

人民时评|绝不让医保基金成为“唐僧肉”

来源：人民日报

“绝不让医保基金成为‘唐僧肉’！”不久前，国务院新闻办公室举行的一场新闻发布会上，国家医疗保障局局长胡静林的这句话赢得众多网友点赞。

医保是减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。2018年至2022年，基本医疗保险基金（含生育保险）年度总支出由1.78万亿元增长至2.46万亿元，切实发挥了解决群众看病就医后顾之忧的作用。可以说，医保基金关系到每一位参保群众的切身利益，关乎社会稳定，其安全稳定运行至关重要。

作为医保基金的监管方，国家医保局始终将加强医保基金监管、维护基金安全作为首要任务，5年来处理违法违规的医药机构154.3万家次，追回医保基金771.3亿元，曝光典型案例24.5万件，彰显了看好人民群众“看病钱”“救命钱”的决心和力量。

守护好每一分“救命钱”，制度建设功不可没。近年来，《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》《关于加强医疗保障基金使用常态化监管

的实施意见》等政策文件相继出台，一些技术规范先后实施，医保基金监管有法可依、有章可循。

守护好每一分“救命钱”，有赖于各部门协同参与。几年来，国家医保局联合公安、卫健部门持续开展专项整治，聚焦骨科、血透、心内等重点领域和重点药品耗材、虚假就医、医保药品倒卖等重点行为，开展靶向监督，除去侵蚀群众“救命钱”的“病灶”。仅2022年就破获案件2682起，抓获犯罪嫌疑人7261人，追缴医保基金10.7亿元。

守护好每一分“救命钱”，数据赋能大显身手。充分运用智能监控、大数据等现代信息技术，加速建立全方位、多层次、立体化的监管体系。2022年，通过智能监控拒付和追回38.5亿元，约占追回基金总数的26%。综合施策、严打违法，强力监管有效堵住了“跑冒滴漏”，保障了医保基金安全运行。

也要看到，即便在监管的高压下，不规范使用基金问题仍然存在。一些定点医药机构通过违规收费、串换医药服务项目、过度诊疗等手段违规使用医保基金；有些甚至通过虚构医药服务项目等手段恶意欺诈骗保。同时，“一人刷卡、全家吃药”、冒名用卡、一人持多卡分散报销的情况在各地时有发生。医保领域的违法违规问题手段更加隐蔽、形式更加多样，仅靠医保部门单方面力量，很难发现这些“穿上隐身衣”的骗保行为，必须切实织密基金监管网。

医保基金来源于参保人缴费和财政补贴，这几年，我国基本医保参保率稳定维持在 95% 左右。蚕食医保基金，损害的是每个参保人的利益。从这个角度说，切实织密基金监管网、坚决守住基金安全底线，不仅是医保部门的责任，也是每个参保人的义务，需要构筑起全社会参与的监督防线，持续发挥社会监督对于打击违法违规问题的重要作用。

加大对违法违规行为的检查、打击、曝光力度，巩固“不敢骗”的高压态势；构筑全社会监督防线，织密“不能骗”的天罗地网；引导医保定点医疗机构、定点药店和医务人员自觉规范服务行为，推动构建“不想骗”的长效机制，才能彻底斩断违法违规医药机构和不法分子钻空子的念头，让每一分每一毫医保基金都花在治病救人、增进民生福祉上。