

山西一医院拉“五保”老人 假看病骗保

农村“五保”老人主要指年老体弱、无子女或子女无力赡养的农村老人。他们由国家托底保障住院就医。

记者近日在山西省汾阳市采访,发现当地残康中医医院以免费接送、免费检查、免费治疗等名义诱导一些无病或轻症的农村“五保”老人住院治疗,过程中存在虚增项目、“挂空床”等行为,涉嫌套取医保基金。

目前,汾阳市公安局已立案调查此案,相关责任人被采取刑事强制措施。



(CFP)

A 农村“五保”老人 被拉去假看病、假住院

“车接车送、包吃包住、免费检查、免费住院、免费治疗……”在汾阳市冀村镇等乡镇,不少“五保”老人有过被拉到残康中医医院住院的经历。

残康中医医院是一家民营医院,成立于2020年,现有医护人员28人,床位48张。

根据线索,记者拿到了曾在该医院就诊的42位“五保”老人名单。名单中“五保”老人的最早住院时间是在2023年2月,住院最多的老人从去年到现在住院4次。记者选择其中十几名进行逐一走访。

近日,记者陪一名农村老人到该医院就诊,全程只进行了把脉、量血压、听诊器听心脏3项简单检查,问诊不足10分钟,医生便给出“需要住院治疗”的诊断。接着,老人被带入一间7人间病房输液,并服下一袋药汤。

之后,在这名老人当日的“住院费用一日清单”上,凭空出现了“心电图”“血液检测”“尿液分析”等多个并没有进行检查的检测项目,总计花费1313.86元。“实际检查也就300块钱左右。”一位内部人士透露。

这间住院病房里还有其他几位老人正在输液。尽管身体状况各不相同,但大家的就诊流程几乎一样:被以“免费检查、免费治疗”等名义诱导前来,专车接送,“简单问了问就来输液了”。

一些“五保”老人反映,有几次接到要去医院“住院”的通知,到达后却被告知不用住了,当天去当天回,住院费用依然被记在名下。

71岁的冀村镇城子村村民李虎老人今年2月8日被邀请去医院检查,并被告知要住院。然而,“抽了血、做了心电图,当天就被送回村了。”他记得很清楚,那天同村共有包括他和赵如高在内的6位“五保”老人被接到残康中医医院,每人从医院领了一袋10斤大米、一壶5斤麻油。

杏花村镇敬老院老人高清德在去年夏季也有同样经历。“早晨出发,到残康中医医院就已经11点了,中午吃了一顿饭,傍晚就坐车回来了。”他说。

记者通过国家医保服务平台查询发现,李虎在2024年2月10日(正月初一)至2月17日期间有住院治疗记录,医保报销5456.72元。高清德名下住院时间为2023年6月28日至7月5日,8天医保共计报销4296.14元。

B “拉人头”收回扣 医保骗保成生意

“普通人在医保报销目录内需要支付医保起付线以下金额和超出报销封顶线的金额;‘五保’户实际住院时,个人负担的医疗费用由医疗救助给予保障,住院前不掏押金,出院结算不花一分钱。”某位基层医保报销的执行人员说。

一些曾在残康中医医院“住院”的老人表示,去医院就诊、住院有专车接送、免费吃饭,自始至终没有个人花销,还能领取米、面、油等礼物。

“不管是住一星期还是几天,我们都不花钱。”冀村镇城子村69岁老人赵维录说。“去年住了3次,今年春天住了1次,计划夏天再去住几天。”冀村镇唐兴庄村70岁老人王和忠说。

业内人士表示,病人在没有住院的情况下被登记了住院,俗称“挂空床”,即假住院,属于医保骗保行为。

这些“五保”老人是如何被“锁定”的?

记者了解得知,残康中医医院主要通过各村的村干部、网格员和农村养老院院长寻找“五保”老人,“拉人头”可以领取一定报酬。“我们养老院里3个‘五保’户是接到院长通知去的医院。”高清德说,院长让去就去了。

赵维录告诉记者,村里以前是大队长通讯员联系“五保”户去医院,现在变成网格员负责联络,“每次去,他们也有钱拿”。

记者联系到该村一名网格员,对方承认组织过本村20多位“五保”老人去医院检查治疗,“医院的业务员找上我,我让他们去残康中医医院住院,我说的话他们都相信”。

这名网格员对陌生人进村与“五保”户接触的情况早已掌握,但否认自己从中牟利,称没有拿过残康中医医院的“介绍费”。但当记者以省城民营医院业务员身份询问是否可以合作时,对方说“可以合作,给多少钱你们看着办”。

一名医院内部人士告诉记者,医院有专人负责“五保”老人的搜寻和接洽工作,他们会按每人600元的“人头费”标准,给各村或各养老院的对接人支付报酬。

C 需形成合力 加强打击

经公安部门初步核查,汾阳残康中医医院以定期体检名义,上门接送当地农村的特殊人群到该医院住院,住院期间提供免费餐饮,有8人的调查笔录与医保系统显示的住院情况不符。医院迫于压力开展自查,于5月2日向医保监管部门上交违规使用的医保金额197601元。

多位业界人士认为,国家医保局等部门多次开展医保骗保问题专项整治,像残康中医医院这种“拉人头”假看病、假住院等骗保行为,组织化程度高,手段隐蔽,是医保监管中的难题。

参与过医保局飞行检查的业内人士透露,医院可以伪造出符合医保报销的病历、药品和耗材编码清单、收费单据等一系列就医材料,飞行检查时单纯从静态病例数据、财务账单上很难发现造假。现场检查时,即便找院长、医生、病人来谈,如果这些人参与其中,也不会说实话。

地方医保部门工作人员介绍,当前医保基金要监管的医院和乡镇卫生机构众多,资金量庞大,加上海量的结算数据,基层事多人少矛盾突出,很难应对医保发展形势的需要。

记者了解得知,智能审核、智能监控、大数据监管等现代信息技术手段一定程度上提升了监管的精准性和实效性。但业内人士表示,大数据筛查主要看医院的诊疗行为有没有超出医保药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围目录,有没有过度检查、过度开药等行为,对诱导住院等违规行为难以发现。

山西大学社会学教授邢媛等受访专家认为,完善医保基金监管,需要变“发现问题、事后处罚”为“监管关口前移、提前预警”;坚持传统监管方式和现代化监管方式相结合,充分利用已验证有效的大数据模型筛查分析苗头性、倾向性、趋势性问题;健全医保、公安、财政等部门的数据共享、线索互移、联查联办机制,强化联合惩戒,推动行业治理。

(新华社 柴婷 李子怡)