

外交部官员谈

美国总统国家安全事务助理沙利文访华

新华社北京8月25日电 中国外交部已于8月24日宣布,应中共中央政治局委员、中央外事工作委员会办公室主任王毅邀请,美国总统国家安全事务助理沙利文将于8月27日至29日访华,举行新一轮中美战略沟通。25日,外交部美大司负责人向媒体做了吹风,进一步介绍了相关情况并回答了记者提问。

美大司负责人表示,中央外办主任与美国总统国家安全事务助理进行战略沟通,是2022年11月中美元首巴厘岛会晤达成的重要共识。此后,王毅主任与沙利文助理分别在维也纳、马耳他和曼谷进行了三轮战略沟通,都是实质性和建设性的,取得了积极成果。双方均同意继续用好这一战略沟通渠道。

这也是美国总统国家安全事务助理时隔八年再次访华,是沙利文助理首次访华,是双方落实两国元首旧金山会晤共识的重要举措。旧金山会晤之后,双方外交、财经、执法、气变团队以及两军保持沟通,两国人民往来也在增加,同时美国继续对华遏制打压,中方予以坚决反制,中美关系仍处在止跌企稳的关键关口。

在上述背景下,王毅主任将同沙利文助理就中美关系、敏感问题以及重大国际和地区热点问题深入交换意见。双方将共同梳理两国落实元首旧金山会晤共识取得的进展,充分发挥双方业已建立和恢复的20多个对话沟通机制的作用,继续探讨中美战略认知问题、国家安全和经济活动之间的边界问题。中方将重点就台湾问题、发展权利以及中国战略安全等表达严重关切、阐明严正立场、提出严肃要求。台湾问题是中美关系第一条不可逾越的红线,“台独”是台海和平稳定的最大风险。美方必须恪守一个中国原则和中美三个联合公报规定,落实不支持“台独”的承诺。美方在关税、出口管制、投资审查、单边制裁方面不断采取针对中国的无理举措,严重损害中方正当权益。中方要求美方停止将经贸问题泛政治化和泛安全化。中美关系的基础在民间,美方应同中方相向而行,采取更多措施便利两国人员往来。中方还将敦促美方履行安理会常任理事国责任,为政治解决当前重大、突出的国际和地区问题发挥建设性作用,而不是相反。

美大司负责人强调,中方对美政策一以贯之,就是习近平主席提出的相互尊重、和平共处、合作共赢三原则。这既是从五十多年中美关系历程中提炼的经验,也是历史上大国冲突带来的启示,应该是中美共同努力的方向。中方始终认为,大国竞争解决不了美国和世界面临的问题。

美大司负责人还回答了记者提问。关于乌克兰问题,该负责人表示,中方的立场坦坦荡荡,将继续坚持劝和促谈,推动政治解决,开展斡旋外交。美方应停止滥施单边制裁和长臂管辖,停止对中方抹黑栽赃、施压讹诈。中方将继续采取坚决有力措施维护自身重大利益和正当权利。

关于南海问题,该负责人强调,中国在南海的领土主权和海洋权益拥有充分的历史和法理依据,本地区国家完全有信心、有智慧、有能力处理好南海问题。域外国家不要做挑动对抗、加剧紧张的事情。

该负责人指出,中方在中东问题上致力于推动和平、主持正义,支持各方维护自身正当权益,特别是支持巴勒斯坦恢复民族合法权利。当务之急是冲突各方必须切实执行安理会有关决议,为尽快实现加沙全面永久停火创造条件,国际社会应为此形成合力。希望美方倾听国际社会大多数的声音,采取负责任的立场。

针对美方声称中国是国际秩序威胁的无理指责,该负责人表示,中国的发展是人类发展进步的重要组成部分,是历史向前演进的必然趋势。中国不走西方殖民掠夺的老路,不走国强必霸的歪路,也不搞意识形态输出。中国坚持和平发展,奉行合作共赢,坚定维护以联合国为核心的国际体系和国际秩序,是当今世界和平力量的增长、稳定因素的增强。

“回流药”“头疼医脚”……

起底医保骗保黑色产业链



国家医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”,属于专款专用的专项资金。可总有不法分子把它当成了所谓的“唐僧肉”,大肆敛财、变相牟利。

记者调查发现,医保骗保花样翻新,各类欺诈骗保行为呈现出“利益主体多、涉及范围广、骗保手段隐秘、组织化特征明显”等特点,医保基金监管仍然存在发现难、认定难等问题,一起来看记者的调查。

“硕鼠”结队,“粮仓”遭殃。近日,记者调查发现,医保骗保呈现出新特点。一条由“职业开药人”、药贩子、药店、诊所勾连起来的“回流药”黑色产业链正侵蚀着国家医保基金。

犯罪主体多元化:参保人员占比超五成

3个月购买了15年的用量药?陕西榆林的常某患有慢性疾病,需常年用药治疗。但是,医保部门工作人员在数据分析比对其发现,常某购药频次之高、数量之大与常规不符。

原来,患有慢性肾功能衰竭等疾病的常某,按照慢性病医保报销政策,用药费用可报销85%。这让常某看到了可乘之机,他便多开部分低价药转卖给药贩子,药贩子再将药品倒卖、流向市场。记者了解到,像这样的案件并非个例。

陕西榆林市公安局榆阳分局刑警四中队中队长郝星乐:“有人通过超量配药、重复配药获取药品后转卖给药贩子,直接销售、间接辅助销售‘回流药’,导致人民群众本该救命用的医保基金被不法分子侵蚀。”

记者了解到,低买高卖是“回流药”倒卖的主要模式。比如,市面上100元的药品经过医保报销后,参保人员只需自费20元,药贩子以30元的价格收入,再以60元的价格卖出,这就产生了利润空间。

调查中记者发现,肿瘤靶向药、慢性病处方药是药贩子重点收购的种类。不法人员通过过量配药、短时多次配药等方式赚取差价,非法牟利。

比如,以王某为首的诈骗团伙,利用他人医保卡分批次、分剂量在不同社区卫生中心配取药品,截至案发,被查处的药品近30吨。而在另一起医保诈骗案中,药贩子有偿借用医保卡或直接诱导参保人用医保卡多次到医院配取药品。最终,查处的医保卡多达105张,各类药品1万余盒。

记者梳理了近期“两高”发布的医保骗保犯罪典型案例,“回流药”骗保犯罪呈现职业化倾向:形成“收卡—医保开药—收药—销售给医疗机构—购药患者”的闭环。而各环节涉及的开卡人、参保人、收药人、医疗机构均属于共益者,共同致使医保基金遭受损失,损害全体参保人的利益,且药品质量难以保证。

以保障。

调查中记者注意到,一些“回流药”直接存放在阴暗潮湿、墙壁发霉的地下室;有些则无视药品存储避光、冷藏等要求,随意堆放;有些药品临近保质期,但依然被倒卖给了非法药商、不法药店,重新流入市场。这些脱离了正规流通环节和监管环节的药品,隐患重重、风险巨大,甚至成了“夺命药”。

国家医疗保障局基金监管司监管二处处长杨玲:“有的药贩子把真药卖给零散用药的小诊所,然后再把真药盒里装上假药卖给药店,以此来以假乱真;第二是很多药贩子把临近的或者已过期的药品从原包装中拆出来,再装入新的药盒当中,患者看到的只是药盒上新的日期,并不知道自己吃的是过期药;有的药贩子在拆解重组‘回流药’的过程中,剂量、规格、药品种类往往容易产生混淆,比方说小孩吃了成人的剂量等,不仅影响疗效,有的可能危害健康和生命。”

记者查阅了2021年—2023年的最新数据:医保骗保呈现出犯罪主体多元化的特点。犯罪主体包括参保人员及其近亲属;职业骗保团伙以及其他人员;定点医疗机构及其人员;定点零售药店及其人员;部分案件还涉及药品生产企业。其中,参保人员涉案占比高达54.08%,占比超过五成。

除了医保用药欺诈骗保,记者调查发现,还有部分定点医疗机构通过挂床住院、过度诊疗、开具虚假检查报告等形式,套取国家医保基金,成为严重侵害广大参保人员切身利益的“毒瘤”。

骗保手段隐秘化:“头疼医脚”“小病大治”

位于山西大同的大同魏都医院是一家民营综合医院,近年来,大同浑源县某村的50多位村民频繁在这家医院集中住院治疗,且医保报销存在异常。

山西大同市公安局平城分局刑侦大队民警李宣民:“多为建档立卡的贫困户,住院时只需交一部分押金,出院时会把这部分押金全部返还,让村民免费看病,甚至得到补偿。”

原来,这家医院以“看病不花钱、吃住不掏钱”为诱饵,引诱老年人和建档立卡贫困户住院,而住院者多为不符合住院指征的参保群众。

调查中记者了解到,医院给“住院者”办理住院时,会收走个人的医保卡,这就产生了套取医保基金的猫腻。有些通过“挂床住院”的方式套取补贴,患者并不是真住院,而是假住院;有些则通过“头疼医脚”“小病大治”、开具虚假检查报告等方式骗取国家医保基金。

记者查阅了相关资料,大同魏都医院成立于2014年5月,实际控制人为董某桢。而

在董某桢名下,还注册成立有大同魏都颐养康复中心。值得注意的是,这两家医院均开设在同一栋大楼内,医务人员和医疗服务交叉使用。两家医院在实际经营过程中相互引流,骗保手段极其隐蔽。

记者从大同市人民检察院提供的该案《起诉书》中了解到,在该起医保诈骗案中,被告人4人均涉嫌以非法占有为目的,骗取国家医保基金。仅董某桢一人就涉嫌骗取国家医保基金2692万余元,其余3人均涉不同金额的诈骗指控。而随着审理的推进,一个骗取医保基金的黑色产业链逐渐清晰。

山西大同市中级人民法院刑事审判第一庭法官赵成:“一是指控罪名集中,主要是诈骗罪;二是定点民营医院院长、实际控制人、股东等非法获利人员。此外,还有中高层管理人员,包括受聘的副院长、科室负责人、其他医护人员;三是犯罪手段多样化,主要表现为空挂住院、串换病种、虚增药品支出、虚开医疗服务项目、制作虚假病例等。各种犯罪行为相互交织,表面合规,实际虚报,潜伏期较长。”

据不完全统计,2021年至2023年,全国法院一审审结医保骗保犯罪案件共计1213件。其中,2021年审结306件;2022年审结407件;2023年审结500件,案件数量逐年增长且增幅较大。其中,部分职业骗保人组织化、分工化程度越来越高;团伙化、专业化特征明显。

骗保行为组织化:分工明确 组织严密

在重庆警方2023年10月通报的一起重特大诈骗医保基金案中,犯罪嫌疑人王某、罗某等人通过包干治疗的方式发展“会员”,获取个人医保卡信息后,通过伪造患者住院治疗费用单据等手段,涉嫌骗取国家医保基金3.3亿元,警方抓获涉案人员143人,查处房产80余处,查封车辆7台,查扣涉案资金8300余万元。

而涉案的两家医院,从上到下全链条造假,比如:

市场部:以硬性指标拉病人找资源;职工:每月须介绍1至5名病人住院治疗,并推行奖惩机制;医生:负责虚开、多开药品和诊疗检查项目、造假病历、多开住院天数挂床位;检验科:负责修改病人检查系数指标,骗取病人办理住院;护理部:负责伪造护理记录、虚假执行医嘱、虚假计费、回流多开药品、耗材;院办:负责医保病历整理,申报国家医保基金……

可谓全流程造假,各科室协同,组织严密,分工明确。

中国政法大学医疗保障法律与政策研究中心副主任刘炫麟:“提供医保定点服务的医保经办机构 and 药店存在定点医保协议,对双方的权利义务是有规定的,如果违反了协议,出现了违法行为应该有退出制度,我觉得应该加强医保定点服务协议的管理。”

近年来,我国持续加大监督检查力度。2018年至2022年,全国累计检查定点医药机构318.9万家次,处理154.3万家次,追回医保资金771.3亿元。

2023年,全国医保系统共检查定点医药机构80.2万家,处理违法违规机构45.1万家,追回医保基金186.5亿元。今年以来,相关部门针对欺诈骗保行为更是重拳不断,呈现出强化基金监管的高压态势。

国务院办公厅近日印发的《深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务》明确提出,探索建立医保、医疗、医药统一高效的政策协同、信息联通、监管联动机制。深化医疗服务价格、医保支付方式、公立医院薪酬制度改革。守好人民群众的“看病钱”“救命钱”,需要建立健全信息化追溯体系;让监管“长牙齿”,让大数据“长眼睛”。只有让国家医保基金的每一分钱都用在刀刃上,才能真正做到“取之于民,用之于民”。据央视新闻