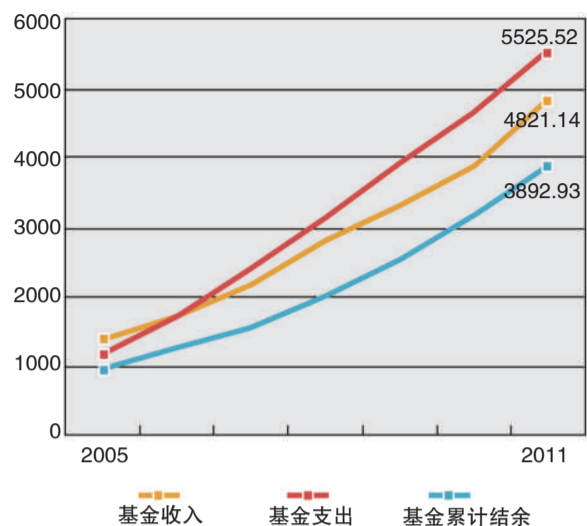


# 近2.5亿人入职工医保

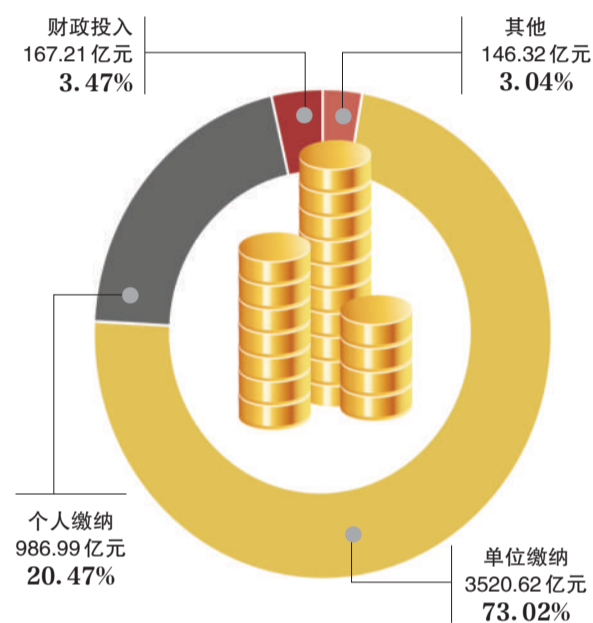
## 审计报告显示,9472万元职工医保资金被违规套取

### 2005-2011年职工医保收支和累计结余变化

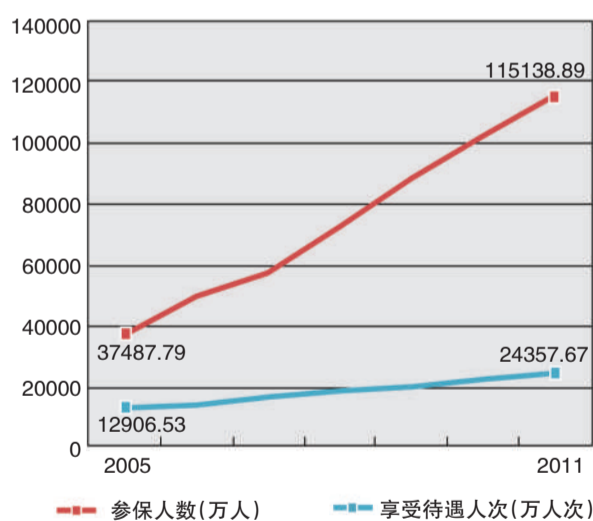
(单位:亿元)



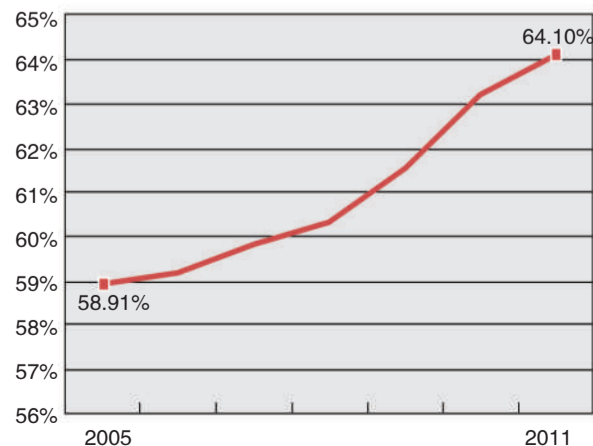
### 2011年职工医保基金来源情况



### 2005-2011年职工医保参保和享受待遇人次



### 2005-2011年医保平均实际报销比例变化



新京报讯 审计报告显示,2011年,全国城镇职工基本医疗保险基金收入合计4821.14亿元,比2005年增长2.53倍;基金支出合计3892.93亿元,比2005年增长2.72倍;2011年底基金累计结余5525.52亿元,比2005年底增长3.47倍。

截至2011年底,全国城镇职工基本医疗保险参保人数24357.67万人,比2005年底增长88.72%。2011年全

国有115138.89万人次享受城镇职工基本医疗保险待遇,比2005年增长207.14%。

同时,城镇职工基本医疗保险政策范围内的报销比例逐年提高,到2011年达到了77%。城镇职工基本医疗保险的实际报销比例近年来也稳步上升。2011年全国城镇职工基本医疗保险平均实际报销比例为64.10%。

另外,2008年至2009年,中央财政先后两次共安

排509亿元专项补助,帮助地方解决关闭破产国有企业退休人员参加职工基本医疗保险等长期未解决的问题,并采取以奖代补方式推动地方统筹解决关闭破产集体企业退休人员和其他城镇未参保人员医疗保障问题。截至2011年底,累计将1031万关闭破产企业退休人员和其他城镇未参保人员纳入医疗保险。

### 其他

#### 失业保险 个别地方自行降低缴费比例

审计报告显示,截至2011年底,2个省本级和2个县自定政策降低失业保险缴费比例或基数,导致少征收失业保险费1.98亿元。

3个省本级、1个市本级和1个县自定政策对失业保险参保年龄、户籍等参保条件作出限制。

此外,部分地区未严格做到专款专用,有40.86亿元失业保险基金在不同保障项目间相互串用等。

#### 工伤保险 4亿保险基金被串用

审计报告显示,截至2011年底,有1个市本级和1个县自定政策对工伤保险参保年龄、户籍等参保条件作出限制。

此外,部分地区未严格做到专款专用,有4.02亿元工伤保险基金在不同保障项目间相互串用等。

截至2011年底,全国有55家单位仍自行管理工伤保险基金28.07亿元,其中10家单位执行不同于当地的缴费基数核定和缴费比例政策,有3家单位执行不同于当地的待遇核定办法。

#### 生育保险 个别地方存在户籍限制

审计报告显示,截至2011年底,2个省本级未履行规定的报批程序,自行降低生育保险缴费比例或缴费基数,导致少征收生育保险费0.74亿元。

3个省本级、2个市本级和1个县自定政策对生育险户籍等参保条件作出限制。此外,部分地区未严格做到专款专用,有1.68亿元生育保险基金在不同保障项目间相互串用等。

记者了解到,北京市此前生育保险也不包括外地户籍职工。不过从今年元旦起,外地职工也可享受生育保险。

### 问题

## 1 2600万医保费违规用于投资

部分地区扩大范围支出或违规运营基金9729.25万元。其中:用于基层经办机构等单位工作经费1948.33万元,平衡县级财政预算548.32万元,用于设备购置等其他支出303.6万

元,委托理财6929万元。

4个省本级、22个市本级和42个县的经办机构审核不够严格,为不符合城镇职工基本医疗保险条件的人员报销医疗费用826.09万元。

部分单位和个人违规牟

取不正当利益。部分地区的医疗机构等单位通过虚开发票、虚假病例、滥开药物等手段套取资金9472.28万元;个别人员挪用代收的医疗保险费2600万元,用于向房地产公司借款或投资。

## 2 66.38亿基金存在核算等错误

9个省本级、28个市本级和101个县71.88亿元城镇职工基本医疗保险基金未纳入财政专户管理;8个省本级、90个市本级和272个县的经办机构等部门和单位多头开户767个、违规开

户385个;22个市本级和161个县城镇职工基本医疗保险基金预算编制不规范,133家企业封闭运行的城镇职工基本医疗保险基金未纳入当地社会保险基金决算;2个省本级、12个市本级

和32个县社保、税务等部门延压医疗保险费收入等5.97亿元;1个市本级和1个县3382.47万元调剂金管理不规范;66.38亿元城镇职工基本医疗保险基金存在会计记账和核算错误等问题。

## 3 部分地区欠缴医保费37.86亿

3个省本级、36个市本级和275个县41.73亿元财政补助资金未及时足额拨付到位;8个市本级和34个县征收机构应征未征医疗保险费2.32亿元;4个省本级、9个市本级和9个县征收机构擅自减免医疗保险费7.69亿元;21个省本级、173个市本级和785个县的参保单位和个人通过少报缴费基数等方式少缴医疗

保险费25.8亿元。

6个市本级和22个县隐瞒欠费1.41亿元;7个省本级、37个市本级和154个县欠缴医疗保险费37.86亿元;3个县未按规定办理补缴医疗保险费89.58万元;1个市本级和17个县未及时报销医疗费用等1615.63万元;部分地区存在医疗保险经办机构与定点医疗机构结算费用

不及时等其他业务管理不规范问题,涉及金额43.35亿元。

另外,部分人群相关保障政策尚未完全落实到位。审计抽查农民工较为集中的企业中,有102.85万名农民工未参加城镇职工基本医疗保险。

部分单位城镇职工基本医疗保险基金仍封闭运行。

## 4 500多万人重复参加多项医保

部分险种间尚未完全实现有效衔接。城镇职工基本医疗保险、新型农村合作医疗(以下简称新农合)、城镇居民基本医疗保险三项基本医疗保险

中,城镇职工和城镇居民基本医疗保险以个人为单位参保,新农合以家庭为单位参保,险种间保障对象有交叉,即便同一险种各地政策也有

差异。上述情况造成重复参保,截至2011年底,538.47万人重复参加新农合、城镇职工或城镇居民基本医疗保险,造成财政多补贴7.92亿元。

## 5 部分地区少征医保费4.24亿

部分地区保障政策尚不完全统一。3个市本级和5个县未履行规定的报批程序,自行降低缴费比例或缴费基数,少征医疗保险费收入4.24亿元;1个

县自定政策,对城镇职工基本医疗保险的参保年龄、户籍等参保条件作出限制;14个非独立行政区域的开发区执行不同于当地的城镇职工基本医疗保险

政策。此外,部分地区未严格做到专款专用,有150.8亿元城镇职工基本医疗保险基金在不同保障项目间相互串用等。

本组稿件/新京报记者 韩宇明