



医保基金欺诈骗保现状及防范对策探析

——以372份裁判文书为分析样本

胡九英¹, 吴娟², 宋月丽¹, 周毅³, 丁昱⁴

1. 安徽医科大学卫生管理学院, 2. 人文医学学院, 3. 第一临床医学院, 安徽 合肥 230032; 4. 安徽医科大学第一附属医院信息中心, 安徽 合肥 230022

摘要: 医保基金关乎民生, 欺诈骗保行为严重损害人民的切身利益。文章对“中国裁判文书网”2011—2021年372份医保基金欺诈骗保案件文书进行深入分析, 基于真实可靠的案件内容, 发现医保基金欺诈骗保行为具有主体多元化、手段复杂化、行为隐蔽化的典型特征。同时, 基于犯罪预防理论和当前中国犯罪预防体系的基本框架, 提出深化制度改革、构建监管系统、优化市场秩序、提高犯罪成本、健全法治和道德教育等防范对策, 进而构建起全方位、多层次、全员参与的医保基金欺诈骗保行为预防体系, 为我国医保基金安全使用和健康治理提供科学决策参考。

关键词: 医保基金; 欺诈; 犯罪预防

中图分类号: C913.7

文献标志码: A

文章编号: 1671-0479(2022)04-363-006

doi: 10.7655/NYDXBSS20220408

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”, 近年来, 医保基金欺诈骗保现象频发, 严重损害广大群众的切身利益, 不利于国家医疗保障制度健康持续发展。国家高度重视医保基金的安全使用, 2021年国务院颁布了医疗保障领域第一部专门的行政法规——《医疗保障基金使用监督管理条例》^[1]。近年来, 学术界关于医保基金欺诈骗保主题的研究成果逐渐增多, 但大多数侧重于理论层面探讨, 基于实践案例的深入研究相对较少。本研究通过“中国裁判文书网”查找医保基金欺诈骗保真实案例, 以客观准确了解医保基金欺诈骗保现状, 开展原因探究, 为防范骗保行为提供对策建议, 旨在为我国医保基金安全使用和健康治理提供科学参考依据。

一、资料和方法

“中国裁判文书网”是中国最高人民法院在互联网上统一公布各级人民法院生效裁判文书的官方网站, 是中国最具权威性的案例文书查询平台之

一。本研究以“中国裁判文书网”(https://wenshu.court.gov.cn/)为检索平台, 以“骗取医保基金”为案件事实, 以“判决书”为文书筛选类型进行高级检索, 截至2021年12月3日, 初步检索到文书422份。进一步核查后, 剔除乱码、二审重复案件、多项罪案件等文书后, 最终获得有效文书样本372份。

二、医保基金欺诈骗保案件分析

(一) 描述性分析

本文以判决书落款日期进行统计, 样本分布于2011年至2021年, 其中, 2012和2013年文书数量为0份; 2018年文书数量最多, 为72份, 占比19.35%; 其次是2019年和2020年, 各有63份判决书, 分别占比16.94%(图1)。同时, 样本涉及29个省(自治区、直辖市), 其中浙江省文书数量最多, 为109份, 占比29.30%; 其次是四川省48份(占比12.90%)、河南省27份(占比7.26%)、湖南省23份(占比6.18%), 而青海省、吉林省、广西壮族自治区、宁夏回族自治区数量最少, 均为1份(分别占比0.27%)。

基金项目: 安徽高校人文社会科学研究重点项目“数字经济时代数字技能对女性创业的影响机制研究”(SK2020A0142); 安徽省哲学社会科学规划青年项目“数字经济背景下安徽女性创业障碍解析与赋能路径研究”(AHKQ2020D21)

收稿日期: 2022-05-05

作者简介: 胡九英(1996—), 女, 安徽安庆人, 硕士研究生在读, 研究方向为医院管理与健康管理; 吴娟(1987—), 女, 安徽明光人, 副教授, 研究方向为医院管理与健康管理, 通信作者, 2008500024@ahmu.edu.cn。

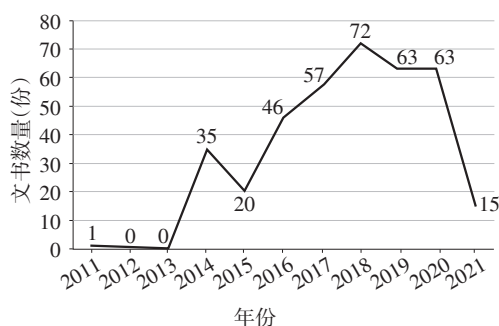


图1 医保基金欺诈骗保文书样本时间分布

多数判决书中公布了被告人的人口统计学特征,这对于了解医保基金欺诈骗保群体特征具有重要意义。本文进一步对被告人性别、年龄和学历进行相关统计分析。性别方面,372份文书中统计出有效样本582人,其中,62.71%的医保基金欺诈骗保被告人为男性,37.29%的被告人为女性。关于被告人年龄,372份文书中统计出有效被告人样本537人,其中40~49岁年龄段人数最多,共169人,占比31.47%,其次是30~39岁年龄段和50~59岁年龄段,分别为137人(占比25.51%)和126人(占比23.46%),此外,被告人样本中还涉及老龄群体(60~79岁),有77人,占比14.34%。关于文化程度,剔除相关信息不全者,372份文书中统计出有效样本522人,被告人学历呈现明显的两极化,初中及以下学历和大学及以上学历人群是医保基金欺诈骗保的主体,分别有250人和220人,共占90.04%,而高中学龄人群数量最少,为52人,占比9.96%(表1)。

表1 医保基金欺诈骗保被告人特征

变量	人数(人)	比例(%)
性别		
男	365	62.71
女	217	37.29
年龄(岁)		
20~29	28	5.21
30~39	137	25.51
40~49	169	31.47
50~59	126	23.46
60~69	69	12.85
70~79	8	1.49
学历		
小学及以下	131	25.10
初中	119	22.80
高中	52	9.96
大学及以上	220	42.15

(二) 医保基金欺诈骗保行为主要特征分析

进一步对文书样本中案件具体内容进行分析发现,医保基金欺诈骗保行为还存在以下典型特征。

1. 实施主体多元化

医保基金欺诈骗保实施主体主要有参保人/患

者、医保工作人员、公立医院、民办医院、定点药店等。其中,既有实施主体单独骗保,也有参保人/患者与医保工作人员、定点医院、定点药店共同骗保,以及定点医院与定点机构或医保主管部门共同骗保。参保人/患者是医保基金欺诈骗保行为的主要群体,共有248份文书样本表现为此特征,占比66.67%。其次,定点医院/医疗机构也是实施医保基金欺诈骗保行为的重要群体,共有76份文书样本表现出此特征,占比20.43%。同时,欺诈行为实施主体是医保工作人员和定点药店的文书样本各有9份,分别占比2.42%。其余30份文书样本呈现多个主体共同骗保特征。

2. 欺诈手段复杂化

通过分析文书具体内容发现,医保基金欺诈骗保实施主体采取的骗保手段多样,呈现出复杂化特征。参保人/患者欺诈骗保采取的手段主要包括虚构病情违规参保、重复参保报销、盗用他人医保卡就医、借用他人(主要为亲友)医保卡就医、伪造医保报销凭证(如患者费用明细清单、出院诊断证明书、出院记录等)、篡改医保报销凭证(如病历本、发票等)、冒开医保药倒卖、重复就诊超量配药。其中,接近一半(43.95%)的参保人/患者欺诈骗保案件是通过伪造医保报销凭证方式实施的。

定点医院欺诈骗保案件中包含公立医院7家、民营医院69家,民营医院骗保发生率远高于公立医院。采取的手段主要包括虚开/增药品(如“鸳鸯处方”、使用替换药、虚增药品用量)以及虚构医疗项目、诱导住院(即定点医院通过虚假宣传、免费体检、免费住院、不收/少收住院门槛费、赠送礼品等方式诱导参保人住院进而套取医保基金)、虚假住院(即定点医院利用参保人信息虚构病症和诊疗服务、伪造医疗文书和票据等证明材料套取医保基金)、串换项目(即将不属于医保结算范围的诊疗项目和药品等更换为医保结算项目)。其中,定点医院通过诱导参保人住院的方式套取医保基金案件文书最多,为28份,占比36.84%,而串换项目案件文书最少,为5份,占比6.58%。

样本中还包括少量的定点药店工作人员(9份)和医保工作人员(9份)实施医保基金欺诈骗保的案件。具体地,定点药店工作人员主要通过盗刷他人医保卡(6份),串换药品、耗材、虚高药品价格等(3份)手段实施骗保,而医保工作人员则主要通过重复虚假报销和伪造报销凭证两种方式实施骗保。其中,重复虚假报销案件文书2份,表现为医保工作人员利用职务之便,使用参保人员已报销的报销凭证进行重复报销;伪造报销凭证案件7份,表现为医保工作人员通过伪造诊疗文书、保险公司印章、医疗票据等医保报销凭证,进而利用职务之便进行医

保报销,实施骗保行为。

此外,样本中还包含30份多主体联合骗保案件文书。如医生和参保人/患者联合伪造医保报销凭证;定点药店工作人员诱导协助参保人串换药品、虚记项目、虚开发票等;参保人/患者与医保工作人员联合伪造虚假报销凭证;定点医院违反外配处方规定,开具阴阳处方从定点药店套现;医保工作人员与定点医院联合,对药品购销存台账不监管核查或监管不到位。详细情况见表2。

表2 医保基金欺诈骗保实施主体和骗保手段分布情况

实施主体及骗保手段	文书数量(份)	比例(%)
参保人/患者		
虚构病情违规参保	37	9.95
重复参保报销	5	1.34
盗用他人医保卡就医	38	10.22
借用他人医保卡就医	29	7.80
伪造医保报销凭证	109	29.30
篡改医保报销凭证	5	1.34
冒开医保药倒卖	8	2.15
重复就诊超量配药	17	4.57
合计	248	66.67
定点医院		
虚开/增药品及虚构医疗项目	26	6.99
诱导住院	28	7.53
虚假住院	17	4.57
串换项目	5	1.34
合计	76	20.43
医保工作人员		
重复虚假报销	2	0.54
伪造医保报销凭证	7	1.88
合计	9	2.42
定点药店工作人员		
盗刷他人医保卡	6	1.61
串换药品、耗材、虚高药品价格等	3	0.81
合计	9	2.42
多主体联合骗保		
参保人/患者+定点医院	9	2.42
参保人/患者+定点药店	5	1.34
参保人/患者+医保工作人员	2	0.54
定点医院+定点药店	2	0.54
定点医院+医保工作人员	12	3.23
合计	30	8.06

3. 欺诈行为隐蔽化

医保报销凭证是进行医保结算的必要依据。通过伪造医保报销凭证实施骗保行为不仅是各类实施主体普遍采用的手段,且存在严重的重复骗保现象,在一定程度上反映出医保基金欺诈骗保行为的隐蔽性。通过深入分析文书内容发现,参保人通过伪造医保报销凭证重复骗保案例达到101件,其中多次重复骗保案件达92件,超过90%。

具体地,有3例案件中参保人利用伪造虚假票据在医疗保险事业管理局成功重复报销多达20次以上,且涉案周期长,涉案金额高。同时,成功重复

骗保10~15次的案件有8例,5~9次的案件有14例。此外,重复骗保5次以下案件有76例。其中,67例(88.16%)案件中参保人至少成功骗保1次以后才发现,仅有9例案件是在实施首次骗保行为时被发现。

三、医保基金欺诈骗保行为发生原因分析

(一)医疗保障体系仍有优化空间

医保基金关乎民生,欺诈骗保行为严重危害医疗保障制度。在2018年国家医疗保障局成立之前,关于医保基金欺诈骗保的相关法律法规较为分散,主要嵌入在《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国刑法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》等部分条款中。2018年之后,国家高度重视完善医保基金监管制度,陆续印发了《欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法》《关于深化医疗保障制度改革的意见》等政策文件^[2]。2021年1月15日国务院颁布《医疗保障基金使用监督管理条例》,这是我国医疗保障领域第一部专门的行政法规,针对不同违法主体、违法行为分别设置了法律责任。同时国家医保局也配套制定了若干行政规章。至此,我国医疗保障基金监管法律制度体系得以初步构建。然而,医保基金监管法律法规的滞后在一定程度上影响了医保基金监管实践。调查显示,66.67%欺诈骗保实施主体是参保人/患者,参保路径老旧、流程冗杂、服务疏漏都将诱发骗保行为,因此,全方位、全流程、全环节的医保监管体系亟待建立^[3]。

(二)监督管理工作有待改进

首先,目前我国大部分省市尚无医保基金监管的专门机构,医保执法队伍不健全,专业人才比例不足,监管力量较为薄弱^[4]。其次,虽然各地相继成立了医保局,但主要从事政策研究和相关经办服务,主动监管意识不强,容易出现“重经办、轻监管”现象^[5]。再次,如前分析,医保基金欺诈骗保案件涉及多个主体、种类复杂多样且不断翻新,重复骗保案件频发,骗保行为隐蔽性强,监管人员有效监督难度大。其中,职业骗保现象突出,通过冒充医保工作人员、张贴小广告、电话诱导以及盗用参保人信息等手段,职业骗保人团伙化、专业化实施医保欺诈骗取行为,且通常具有一定的反侦察能力,这对监管人员的能力提出了更高的要求。最后,还存在一些定点医疗机构、药店或医保工作人员本身对医保基金欺诈骗保认识不到位,对骗保法律后果认识不清等现象。存在医保工作人员日常监管流于形式的现象,监管力度小,甚至受利益驱使开展联合骗保,相互隐瞒,这又将进一步增加医保基金欺诈骗保监督管理的难度。

(三) 骗保行为惩处力度有待提高

如前所述,医保基金欺诈骗保的惯用手段就是伪造医保报销凭证,成本支出较少。对于骗保行为,尤其是多主体联合骗保时,隐蔽性强,通常存在多次骗保,持续时间普遍较长,收益相对可观,因此骗保主体容易滋生侥幸心理,不惜以身试法^[6]。2020年国务院办公厅印发的《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》中指出,要加大对欺诈骗保行为的惩处力度,严惩重罚欺诈骗保的单位和个人。事实上,对于情节严重涉嫌犯罪的案件,将依法移交司法机关追究刑事责任。根据全国人民代表大会常务委员会关于《中华人民共和国刑法》第二百六十六条的解释,医保基金欺诈骗保属于诈骗公私财物行为,数额较大的处三年以下有期徒刑、拘役或者管制,并处或者单处罚金;数额巨大或者有其他严重情节的,处三年以上十年以下有期徒刑,并处罚金。然而,整体来看,现行相关政策对医保基金欺诈骗取行为的行政处罚规定较多,一般是追回骗取的医保基金数额,并实施一定的罚款,但在实践过程中经常呈现处罚力度轻、违规人拖延行政处罚、执行不彻底等现象,处罚效果并不满意^[7]。

(四) 医保法治和道德教育有待推进

在医疗保障体系建设的进程中,群众不仅是医保受惠的对象,更是重要的参与主体,而其参与度和法治素养,都会影响建设成效^[8]。当前,医疗机构相对看重医疗质量和科学研究,而对法治和医德教育重视不够,相关知识讲座和活动开展较少。同时,医务人员工作强度大、责任重,相对缺乏有效时间接受相关教育学习。此外,对于医保群众,医保法规规章的宣传教育相对薄弱,相关医保法治知识普及较为滞后,群众对医保惠民政策以及惩罚规定知晓程度较低。

四、医保基金欺诈骗保行为防范对策

上述原因分析对进一步深化和完善医保基金欺诈骗保行为防范对策具有重要现实意义。借鉴犯罪预防相关理论思想以及当前中国犯罪预防体系的基本框架,对于医保基金欺诈骗保行为,同样应遵循“人防并举,以防为主”的原则,以犯罪预防综合治理思想为理论基础,充分发挥全体社会公民作用,既要从深化法律制度改革、完善社会政策等角度出发,也应结合当前数字技术发展加强情景预防和环境预防,进而构建起全方位、多层次、全员参与的医保基金欺诈骗保行为预防体系^[9]。

(一) 深化医疗保障制度改革,充分发挥医保基金公平普惠效用

通过深化医疗保障制度改革,增强医保基金公

平普惠保障效用,从根本上减少诱发医保基金欺诈骗保行为的社会因素,构建多层次医疗保障体系,进一步促进医保公平发展,创造良好医保普惠环境。首先,完善医疗保障的相关法律法规建设,充分发挥医保在药品目录管理、支付方式改革、药品医用耗材集中带量采购、医疗服务价格改革中的基础性引导性作用,以及加强医保绩效考核、信用管理、药品监管、医保协议、医保经办管理、审计制度、财务制度、公安制度等配套医保制度建设^[3],从根本上减少骗保行为产生的社会条件。再者,为满足群众多层次医疗保障需求,需创新医疗资源配置,逐步缩小人群、地区之间的医保差别,优化医保目录结构,使更多临床急需的药品、耗材和技术进入医保,同时明确相关医保经办机构管理权限以及参保路径、流程,使群众享受便捷普惠的医疗服务,进而保障群众看病就医,夯实医保救助托底功能,减少由于贫穷等社会因素产生的骗保行为。

(二) 构建全方位大数据监管系统,促进医保基金长期安全可持续运行

犯罪预防不仅需要通过人防还需通过技防,技防也是情景和环境犯罪预防的一种有效途径。我国参保人员基数大、种类多,依靠人工方式进行医保基金监管很难达到理想效果。而医保系统的信息化和智能化水平是打击骗保专项行动的关键因素^[10]。当今,伴随着数字中国战略的深入推进,我国数字技术发展迅速,应善于利用大数据和云计算等信息技术,将其数据分析功能积极引进医保基金监管中,加固医保防线,进一步提高医保基金监管的信息化、智能化和精细化水平。各定点医院、经办机构可将患者信息及时上传至云信息平台,利用异常费用指标等相关医疗数据信息,对可预测骗保风险及时预警,阻断骗保行为发生^[11]。同时在医保经办机构内部设立科学、专业、独立的医保基金监管团队和反欺诈专业小组,专门负责反欺诈和医保监管工作,从主动监管和风险预测出发,将日常筛查和智能监管并用,提高监督管理力度^[12]。此外,还可吸纳市场和社会力量,借助第三方服务,利用大数据等技术构建反欺诈精准识别系统,多方协同,共同防范医保基金欺诈骗保行为,进而保证医保基金的安全运行^[13]。

(三) 优化医疗服务市场秩序,引导民营医院健康发展

支持民营资本进入医疗行业,支持社会办医,对于推动医疗多元化具有积极作用。然而,民营医院通过虚构医疗服务、票据骗取医保基金现象频发,是医保基金欺诈骗保行为的高发地,严重危害医保基金安全^[14]。根据中华人民共和国国家卫生健康委员会官网数据,截至2021年3月底,民营医

院数已占全国医院的66.7%。一些民营医院甚至误将医保基金作为医院的主要收入来源,对医保基金欺诈骗保行为认识有所偏差。综上,对于民营医院医保基金相关监管迫在眉睫。应适当提高民营医院准入门槛,鼓励办医条件好、医疗服务质量高、运营能力强的优质民营医院进入医疗服务市场。同时,考虑到民营医院市场竞争能力弱,给予民营医院过渡期政策支持和财政补助,在一定程度上可优化医疗服务市场秩序。此外,积极倡导和鼓励民营医院加强行业自律和自我约束,依法依规提供医疗服务,推动民营医疗行业持续健康发展。

(四)提高骗保犯罪成本,切实增强执法公信力

犯罪预防是以预防为主,然而一旦发生犯罪仍要严厉惩处,增加犯罪成本是减少犯罪冲动的有效手段。一方面,明确处罚细则,加强多方联动,综合运用司法、行政和协议等手段,严惩重罚医保基金欺诈骗保行为的实施主体。对于涉嫌刑事犯罪的,坚决依法移交司法机关追究刑事责任。此外,医保部门应加大行政处罚力度,对于欺诈骗保情节特别严重的机构应依法作出停业整顿、吊销执业(经营)资格、从业限制等处罚,提升惩处威慑力。同时,建议将欺诈骗保行为纳入社会诚信考量标准,从法律和道德双角度严厉惩处医保诈骗行为。另一方面,明确个体诈骗以及个体参与诈骗的危害,并制定相关奖励机制鼓励群众对骗保等非法行为进行举报。进一步明确医疗保险欺诈骗保行为的性质,对具体处罚制度提供详细的司法解释,推进医保欺诈骗行为行政和刑事处罚的有效联动,严厉打击医保领域的各种违法犯罪行为。同时,积极落实并严格执行《医疗保障基金使用监督管理条例》,各地区应结合当地经济发展水平、医疗质量水平等因地制宜,进一步明确相关主体职责,对不法行为严格监管并彻底执行,切实提高执法公信力。

(五)健全全系统全社会医保法治和道德教育,营造全社会反欺诈良好氛围

知法是安康的基石,守法是和谐的根本,做好医德法治的教育普及也是实现犯罪的有效预防。因此,加强对医保全系统的法治培训工作,提高其法治思维和依法行政能力,选派相关人员赴地方对基层医保人员进行专题培训,进一步强化医保部门法治意识。同时,将个人品德、职业道德、职业责任以及职业能力等纳入医保相关人员考核标准,提高

医保经办人才队伍的整体素养。此外,做好医保法规规章的宣传解读,采用多种方式和渠道加大宣传和引导,如通过新闻报道、医保法节目、社区教育等途径,普及医保知识,引导群众主动学习,约束自身行为,切实提高自身的法治素养,营造全社会反欺诈的良好氛围。

参考文献

- [1] 中华人民共和国中央人民政府. 医疗保障基金使用监督管理条例(国令第735号)[Z]. 2021
- [2] 李金灿,徐珂琳,於州,等. 欺诈骗取医保基金风险防范的国际比较[J]. 中国卫生法制,2022,30(1):9-15
- [3] 孙淑云. 完善医疗保障基金监管法律制度论纲[J]. 中国医疗保险,2021(12):43-47
- [4] 隋凯欣,赵晨杰,肖赟,等. 基于舞弊三角理论的医保欺诈骗成因分析及监管策略探讨[J]. 中国卫生经济,2021,40(11):33-36
- [5] 王月强. 医疗保障基金监管的问题检视与法律优化研究[J]. 卫生软科学,2022,36(1):17-19,25
- [6] 应晓华. 医保诈骗原因分析:基于收益和成本[J]. 中国社会保障,2018(12):85
- [7] 吴杰,张立娟,关如东. 维护医保基金安全之防骗保障措施初探[J]. 现代医院,2022,22(1):101-103,107
- [8] 颜杨,舒梓剑,彭懿佳. 健康视域下我国医疗卫生领域的法治宣教研究[J]. 医学与法学,2022,14(1):84-89
- [9] 巩国朋. 马克思主义犯罪预防思想及对我国的借鉴意义[D]. 杭州:浙江理工大学,2015
- [10] 姚强,杨菲,郭冰清. 基本医疗保险“欺诈骗保”现象的影响因素及路径研究——基于我国31个省级案例的清晰集定性比较分析[J]. 中国卫生政策研究,2020,13(11):24-31
- [11] 方卫,徐海亚,熊振华,等. 上海市社会办医疗机构基本医疗保险医疗费用预警指标体系的构建[J]. 中国卫生经济,2018,37(6):9-12
- [12] 许娇,吴群红,单凌寒,等. 打击医保欺诈骗成效及影响因素研究[J]. 中国医院管理,2021,41(11):25-29
- [13] 阳义南,肖建华. 医疗保险基金欺诈骗保及反欺诈骗研究[J]. 北京航空航天大学学报(社会科学版),2019,32(2):41-51
- [14] 尹庄. 医保基金有效监管的机制创新——以镇江市医保反欺诈骗“亮剑”行动为例[J]. 卫生经济研究,2019,36(4):25-27

(本文编辑:姜鑫)

Research on the current situation and countermeasures of medical insurance fund fraud

——Use 372 judgment documents as analysis samples

HU Jiuying¹, WU Juan², SONG Yueli¹, ZHOU Yi³, DING Yu⁴

1. School of Health Management, 2. School of Humanities Medicine, 3. First Clinical Medical School, Anhui Medical University, Hefei 230032; 4. Information Center, the First Affiliated Hospital of Anhui Medical University, Hefei 230022, China

Abstract: The medical insurance fund is closely related to people's livelihood, and its fraudulent behavior will seriously damage people's vital interests. In this paper, based on the 372 documents of medical insurance fund fraud cases through "China judgment online" from early 2011 to late 2021, it reveals the typical characteristics of fraudulent medical insurance fund behavior are diversified subjects, complex means and behavior concealment. Additionally, based on the theoretical ideas related to crime prevention and the basic framework of the current crime prevention system in China, the paper puts forward several countermeasures by deepening institutional reform, building a regulatory system, optimizing market order, raising the cost of crime, and improving the rule of law and moral education, aiming to build up an all-round, multi-level and all-participant system for preventing fraudulent and deceptive behavior of medical insurance funds, and to provide scientific decision-making references for the safe usage and healthy management of the medical insurance fund.

Key words: medical insurance fund; fraud; crime prevention