

## 不法分子处心积虑钻取医保新规“空子”

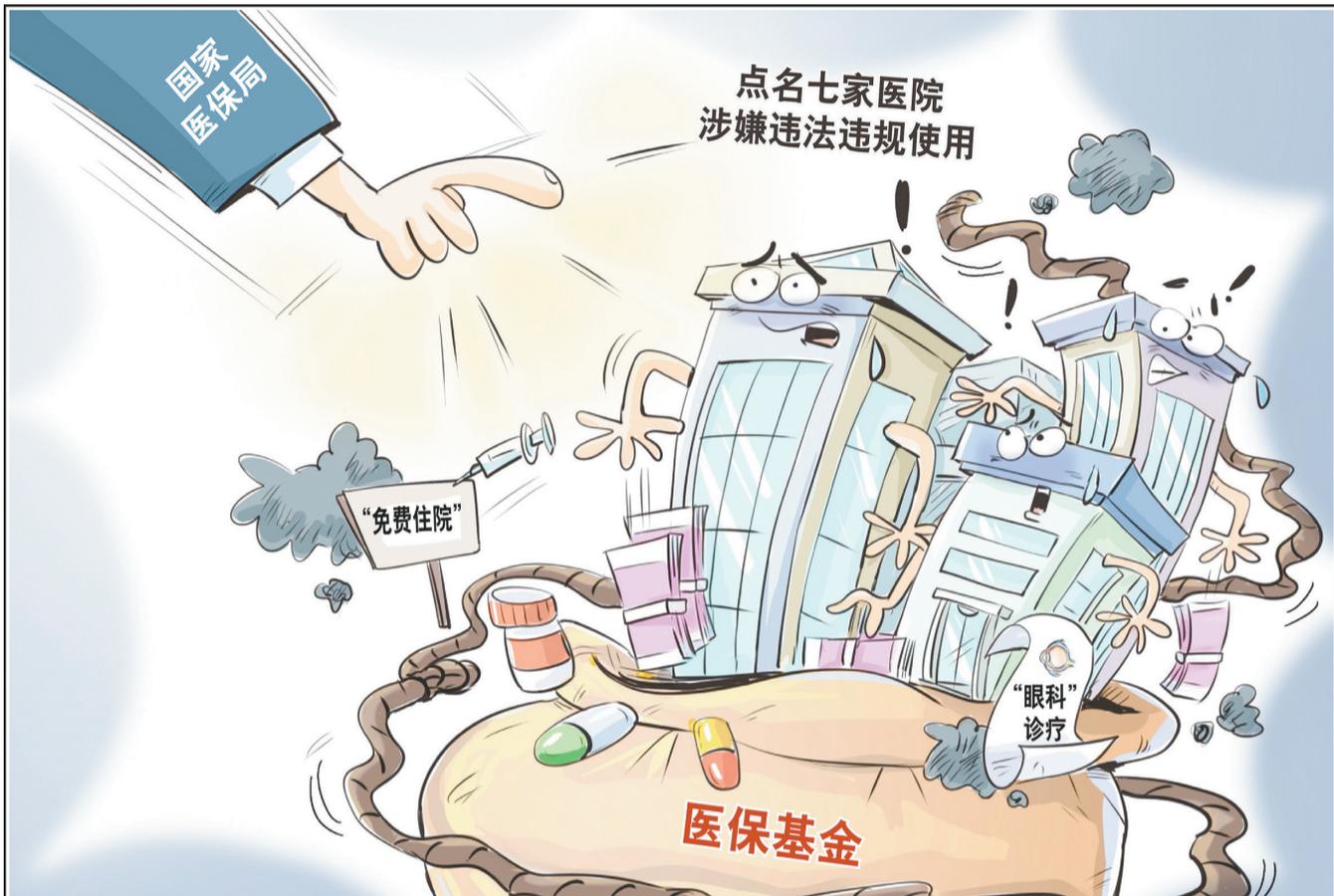
# 遏阻“看病钱”成“唐僧肉”亟需新招

◎民营医院骗保从“体检式”“休假式”“挂床式”转为“真假掺杂式”，传统监管手段很难发现

◎医保改革举措一经推出，需要政策制度快速跟进，加之医保支付方式改革下，医保基金监管面临数据采集、人员储备、标准统一等新挑战

◎在我国基本医疗保险参保133389万人、基本医疗保险(含生育保险)基金总收入33501.36亿元的数据背后，一些地方的县级医保部门只有七八个人，人数少且缺乏专业性人才，监管力量薄弱

今年以来，各级医保部门查处一大批欺诈骗保案件，并持续向社会公布，传递出坚决打击的清晰信号。这也引起社会对欺诈骗保事件频发、严重威胁医保基金安全的高度关注。面对骗保手段更加隐蔽、“专业”给医保基金监管带来种种挑战的现实，多措并举赋能医保基金监管，守护好百姓的“看病钱”“救命钱”刻不容缓。



国家医保局10月16日公布安徽省淮南市七家医院涉嫌违法违规使用医保基金等问题。

新华社发 王鹏作

### 多地骗保案件频发

今年以来，各级医保部门查处了一大批欺诈骗保案件。一些地方拉拢群众虚假住院，无指征住院频发高发，无资质行医、伪造医疗文书、篡改检查检验报告、虚构诊疗项目等违法行为也较常见。

9月23日，国家医保局派出飞行检查组进驻无锡虹桥医院检查发现，该院以勾结中介或免费体检为名，拉拢诱导参保人员虚假住院，通过伪造医学文书、虚构诊疗服务等，涉嫌欺诈骗取医保基金。

国家医保局官网信息显示，在新疆，乌鲁木齐市医疗保障局接到群众反映，某社区卫生服务中心存在将不属于医疗保障基金支付范围的费用纳入医疗保障基金结算的情况。经实地核查，该中心眼科主任刘某，通过诱导、引诱参保人员，将不属于医保支付范围的角膜塑形镜，通过虚构诊疗项目的方式套刷门诊统筹费用结算，并收取一定比例的手续费用。

在黑龙江，国家医保局检查发现，相关定点医院涉嫌通过虚构项目、虚记费用、伪造报告等方式欺诈骗保。例如，有的医院心脏彩超报告显示的是腹部肠管图像；有的医院B超报告单除患者姓名等基本信息外，其余图像等全是空白。

在广西，工作人员发现，有的医院患者短期内多次住院，但病程记录前后矛盾，出现性别忽男忽女、身高忽高忽矮、偏瘫肢体忽左忽右、患者签字笔

迹前后不一等情况，涉嫌虚假住院、虚假诊疗等。

业内人士表示，从国家医保局和地方医保部门已经公布的涉嫌欺诈骗保典型案例看，相关情况涉及多个省市区市，显示出医保基金监管形势的严峻复杂。

### 医保监管的三个承压点

记者采访发现，当前医保基金跑冒滴漏和欺诈骗保案件多发背后，是骗保手段更加“专业”、不法分子处心积虑钻取医保新规“空子”、监管力量薄弱等多因素作用的结果。

骗保手段更加“专业”，全链条“专业化”造假。受访专家表示，目前，明目张胆骗保行为得到极大遏制，但违规行为更加隐蔽、骗保手段更加“专业”。民营医院骗保从“体检式”“休假式”“挂床式”转为“真假掺杂式”，传统监管手段很难发现。江苏省无锡虹桥医院欺诈骗取医保基金过程中，临床医生接到虚假住院人员信息后，根据患者个人状况，“量身定制”虚假住院方案。医院内科、外科、骨科医生，编写糖尿病、腰椎间盘突出等慢性病诊断，据此下达虚假医嘱、开具虚假处方、编造治疗记录。体检中心、放射科、超声科、检验科等根据医生诊断，直接从超声等图像报告库中，复制、截取与诊断对应的其他患者影像图片，手动修改报告数值，伪造对应的CT、核磁共振、超声、血尿化验等报告记录。

不法分子处心积虑钻取医保新规

的“空子”。当前我国医保改革加速推进，在医保待遇、支付、便民等新政策陆续实施的过程中，更需防范不法分子“钻空子”。一些基层干部表示，医保改革举措推出后，需要政策制度快速跟进，客观上有些制度不配套、跟进不及时，加之医保支付方式改革下，医保基金监管又面临数据采集、人员储备、标准统一等新挑战，容易被不法分子利用。

监管力量薄弱凸显。以东北某省为例，全省医保基金平均每年收支规模超1000亿元，参保群众2700多万人，定点医药机构2万余家，点多面广、分布分散。随着异地就医直接结算、支付方式改革、门诊共济改革等医保政策推进实施，该省基金监管难度明显增加，基金监管力量相对薄弱。

从全国视角看，截至2023年底，我国基本医疗保险参保133389万人，2023年全国基本医疗保险(含生育保险)基金总收入33501.36亿元，总支出28208.38亿元。有基层医保部门负责人告诉记者，一些地方的县级医保部门只有七八个人，人数少且缺乏专业性人才。“查一家大三甲医院，上千本病历，十个人没有一周时间都出不来。”记者在基层采访发现，由于缺少医保监管专业性人才，不少地方把纪检干部调到医保部门担任一把手。

### 多措并举赋能医保监管

为防范欺诈骗保事件发生，确保医保基金安全，受访人士提出加强医疗行业监管、技术赋能基层医保监管、

加强专业人才储备等三方面建议。

一是加强医疗机构监管，规范医疗服务行为。业内人士表示，医保基金监督检查中发现不少无资质行医、虚假诊疗、过度诊疗等前端不规范行为，造成医保基金的跑冒滴漏。建议行业主管部门进一步加强对医疗机构和医务人员的规范管理，制定出台关于过度诊疗的标准，清晰界定如何判断过度检查等，让监督检查有法可依，抓手更牢。

二是技术赋能，推进医保监管信息化。业内人士表示，目前大数据和人工智能等技术在医保基金监管中的应用逐渐增多，但多数基层医保部门尚缺乏有效、高效的监管检查手段，面对历史性、广泛性、顽固性的医保领域违法违规问题，仍需加强信息化监管。此外，建议合理下放监管权限，加强基层医保部门对医保基金使用行为的实时动态跟踪，实现事前提醒、事中审核、事后监管全过程智能监控。国家、省级层面牵头，通过大数据分析锁定医保基金使用违法违规行为，不断完善医保基金欺诈骗保行为的大模型。

三是加强专业人才储备，提升医保监管能力。地方医保部门负责人提出，对定点医药机构的监督检查通常涉及病历资料、药品耗材、诊疗行为等多方面，面广知识杂，应加强基层队伍建设和内部人员培养。同时，定期为医保工作人员提供专业培训，详解新政策、新流程、新技术，提升其专业能力和服务水平。

据新华社