

协同治理视角下医保基金欺诈行为监管体系优化研究

陆沈燕, 李红艳

上海工程技术大学管理学院, 上海

收稿日期: 2024年1月18日; 录用日期: 2024年3月15日; 发布日期: 2024年4月26日

摘要

目的: 医保欺诈行为造成医保基金的严重损失。基于协同治理视角, 从监管主体、监管客体、监管手段和反馈机制四个维度优化社会医疗保险欺诈骗保行为监管体系。方法: 通过对样本地区现场调查和相关人员的深度访谈, 了解各地医保欺诈行为及监管现况。结果: 研究发现, 样本地区存在着部门间信息不共享, 联合监管机制运行受阻、医保欺诈界定不够明确, 基金监管立法层次较低、监管力量不充足, 专业化水平偏低、互惠共赢的协同治理氛围未形成, 治理主体的主动性偏弱等问题。结论: 发展医保智能化监管, 完善联合监管机制、丰富立法, 细化医保监管的法律法规、加强稽核队伍专业化培训, 规范医保信息编码体系、营造互惠共赢的协同治理环境, 加强治理主体激励举报机制。

关键词

协同治理, 医疗保险基金, 欺诈骗保行为, 监管体系

Research on the Optimization of Supervision System of Medical Insurance Fund Fraud from the Perspective of Collaborative Governance

Shenyan Lu, Hongyan Li

School of Management, Shanghai University of Engineering Science, Shanghai

Received: Jan. 18th, 2024; accepted: Mar. 15th, 2024; published: Apr. 26th, 2024

Abstract

Objective: Medical insurance fraud causes serious losses to medical insurance funds. Based on the

perspective of collaborative governance, the supervision system of social medical insurance fraud and fraud is optimized from four dimensions: supervision subject, supervision object, supervision means and feedback mechanism. Through on-the-spot investigation and in-depth interviews with relevant personnel in sample areas, we can understand the current situation of medical insurance fraud and supervision in various places. Results: The study found that there are some problems in the sample areas, such as the lack of inter-departmental information sharing, the obstruction of joint supervision mechanism, the lack of clear definition of medical insurance fraud, the low level of fund supervision legislation, the lack of supervision power, the low level of specialization, the lack of mutual benefit and win-win collaborative governance atmosphere, the weak initiative of governance subjects and so on. Conclusion: Intelligent supervision of medical insurance, improvement of joint supervision mechanism, enrichment of legislation, refinement of laws and regulations of medical insurance supervision, strengthening of professional training of audit team, standardization of medical insurance information coding system, mutual benefit and win-win collaborative governance, and strengthening of incentive and reporting mechanism of governance subjects.

Keywords

Collaborative Governance, Medical Insurance Fund, Fraudulent Insurance Fraud, Supervision System

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

中国社会医疗保险制度建立以来,为保障人民生命安全和健康权益发挥了积极作用。然而,欺诈骗保问题的反复出现严重危害了医保基金的安全,损害了广大参保人员的合法权益。根据国家医疗保障局公布的数据,2022年全国范围内有38.9万家医药机构因违法违规违约行为受到查处,同时有3.92万名违法违规参保人员受到处理。在整个年度中,共计追回欺诈骗保资金188.4亿元。医疗保险欺诈活动已经对医疗保险基金的安全构成了严重威胁。鉴于此,本研究采用层次随机抽样的策略,在江苏省内选择了无锡市、南通市和淮安市作为调查样本地区,因为医保欺诈骗保在负面社会事件中具有敏感性,于2023年6月至7月,我们对A市、B市和C市进行了调查和访谈,并采集了涉及医保欺诈行为的数据资料。这些数据将为优化医保欺诈行为监管体系提供必要的的数据支持。

2. 监管体系建构医保欺诈行为的理论框架

就医疗保险欺诈的监管制度而言,学术界至今缺乏权威定义。然而,监管制度在本质上必须依赖监管当局和受监管对象之间的相互作用,监管手段则是为了让监管当局采取更为适宜的举措,从而实现预期的监管目标[1]。从协同治理的角度看,行业的协同合作和社会的参与都是医疗保险欺诈监管体系中重要的反馈机制,与前面提到的三个要素相互依存,共同构建起一个包罗万象的医疗保险欺诈监管体系[2],具体架构见图1。其中,监管主体由行政监管机构和业务经办部门构成。行政监管机构依法行使行政职责,对医保欺诈和骗保行为进行监督和处理。业务经办部门根据医保服务协议对监管对象进行监管和处理;监管客体指的是监管主体所监管的对象,主要包括定点医疗机构、定点药店和参保人员等三个部分。监管手段是监管主体在实施监管行为时采取的一系列方式和方法的总称,主要包括法律法规、医保服务协议、人工核查以及智能信息监控等因素;反馈机制在协同治理视角下,是医保欺诈行为监管体系中不

可或缺的组成部分,旨在提高反欺诈效率和效果。一般由行业协会、投诉举报和社会舆论等要素组成[3]。

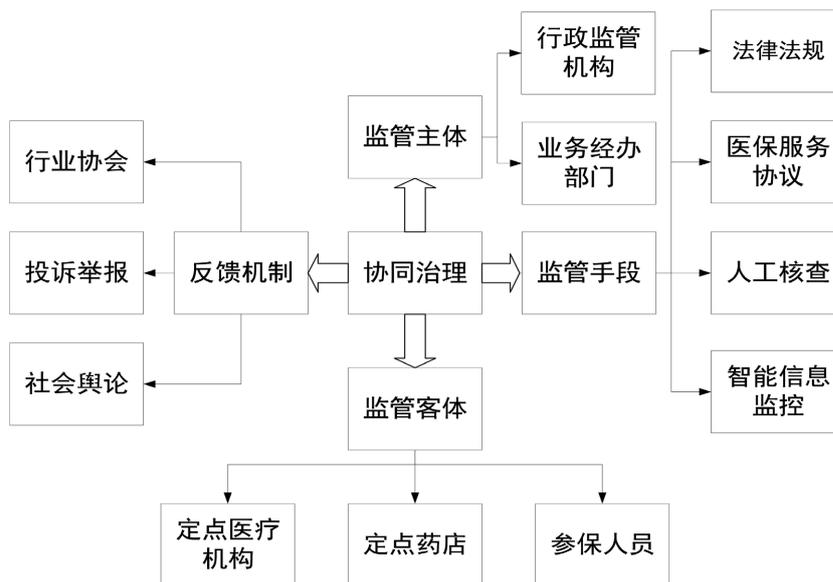


Figure 1. Theoretical framework of medical insurance fraud supervision system from the perspective of collaborative governance
图 1. 协同治理视角下医保欺诈行为监管体系理论架构

3. 样本地区医保欺诈行为监管体系现状

3.1. 欺诈骗保行为查处数量逐年上升

三个样本地区 2020—2022 年欺诈骗保数量查处情况在表 1 中展示。总体而言,各地区的欺诈骗保查处数量呈逐年增长的趋势。以 A 市为例, A 市在 2020 年的定点医院欺诈骗保率从 25%增长至 2022 年的 46%, 而其定点药店欺诈骗保率也从 2020 年的 22%增长至 2022 年的 32%。这些增长幅度相当大。同样地,在 B 市, 2020 年的定点医院欺诈骗保率从 9%增长至 2022 年的 74%, 而定点药店欺诈骗保率从 10%增长至 2022 年的 42%。这两个地方的增长幅度也是相当大的; 据统计, C 市定点医院欺诈骗保率在 2020 年达到了 61%, 而在 2022 年上升为了 98%; 而定点药店的欺诈骗保率则由 2020 年的 9%下降为了 2022 年的 8%。值得注意的是, 尽管定点医院的欺诈骗保率有较大幅度的增长, 但定点药店的欺诈骗保率却呈现下降趋势。这一现象在一定程度上反映了有关部门对于欺诈骗保的查处工作取得了较好的效果。主要原因是由医疗保障局成立以来, 对欺诈骗保行为的查处力度增加。改善了查处手段, 从专项检查转变为源头治理, 通过定点医疗机构的自查自纠、地方的专项检查以及省内的飞行交叉检查等多种方式, 成功打击了欺诈骗保行为。

Table 1. Investigation and punishment of fraud and insurance fraud in various sample areas from 2020 to 2022
表 1. 2020~2022 年各样本地区欺诈骗保查处情况

地区	年份	定点医院 (家)	定点药店 (个)	欺诈骗保的定点医院(家)	欺诈骗保的定点药店(家)	定点医院欺诈骗保率(%)	定点药店欺诈骗保率(%)
A 市	2020	212	1196	52	268	25	22
	2021	218	1209	94	662	43	55
	2022	223	1328	102	425	46	32

续表

B 市	2020	571	508	53	49	9	10
	2021	514	536	255	438	50	82
	2022	472	1518	349	630	74	42
C 市	2020	653	518	399	47	61	9
	2021	714	938	400	52	56	6
	2022	744	1268	727	96	98	8

3.2. 欺诈骗保行为查处金额逐年增加

表 2 显示了 2020~2022 年三个样本地区欺诈骗保金额的查处情况。整体而言, 2020~2022 年的欺诈骗保金额逐年增加。与基金收入基本保持稳定增长的情况下, 欺诈骗保金额占总基金收入的比例也在逐年增加。以 A 市为案例, A 市的基金收入从 2020 年的 630,307 万元增长到 2022 年的 692,420 万元, 而欺诈骗保金额则从 2020 年的 149 万元增长到 2022 年的 380 万元。此外, 欺诈骗保占基金收入金额比例也从 2020 年的 0.02% 增加到 2022 年的 0.05%。

Table 2. Investigation and punishment of fraudulent insurance amount in each sample area from 2020 to 2022

表 2. 2020~2022 年各样本地区欺诈骗保金额查处情况

地区	年份	基金收入(万元)	欺诈骗保金额(万元)	欺诈骗保占基金收入金额比例(%)
A 市	2020	630,307	149	0.02
	2021	679,244	192	0.03
	2022	692,420	380	0.05
B 市	2020	782,922	78	0.01
	2021	920,397	120	0.01
	2022	929,644	992	0.11
C 市	2020	850,447	2370	0.28
	2021	1,046,981	3393	0.32
	2022	1,077,727	4333	0.40

3.3. 定点医疗机构欺诈骗保行为更为严重

医保反欺诈工作的进展使得被揭露的医保欺诈金额逐渐增加。近年来, 医保欺诈案件数量不断攀升, 每个案件涉及的金额也都不可忽视。这导致累计医保欺诈金额呈现出庞大的规模, 根据表 3 所示, 我们可以看出, 在 2020 至 2022 年期间, 三个样本地区对欺诈骗保的定点机构进行了调查和处理。总体趋势显示, 随着时间的推移, 欺诈骗保定点机构的查处数量逐年增加。此外, 我们还可以得知, 各市定点医院对欺诈骗保金额的比例最低为 68。通过以上数据的分析, 我们可以得出结论, 定点医疗机构成为欺诈骗保的主要目标, 今后应加强监管, 以降低其欺诈率。

4. 样本地区医保欺诈行为监管体系存在的问题

4.1. 部门间信息不共享, 联合监管机制运行受阻

据调查发现, 各样本地区在智能监控系统上展现出各具特色。例如, A 市率先在系统中增设纪委监委

督模块,使纪委能够迅速获取涉嫌欺诈事件的处理情况、时效和医保违规处理率等相关信息。此外,纪委还能直接处理重大事件,并在系统中公布欺诈违规的医疗机构。纪委对医保监管主体进行了再次监督,实现了应用模块的监督功能;B市是全省首次应用人脸识别技术对住院病人进行智能监控,以监测挂床住院的违规行为,这一创新应用具有低成本、可灵活移动的特点,同时也避免了安装监控设备所带来的高成本;C市采用实时智能监控措施,在药店安装摄像头,用于查处人卡不一致等行为。然而,各个市场中的智能监控系统都没有进行信息交流共享,这使得研发成本增加,对于推广和改进智能监控系统是不利的。

Table 3. Investigation and punishment of designated institutions for fraud and insurance fraud in various sample areas from 2020 to 2022

表 3. 2020~2022 年各样本地区欺诈骗保定点机构查处情况

地区	年份	欺诈骗保金额 (万元)	定点医院欺诈骗 保额(万元)	定点药店欺诈骗 保额(万元)	定点医院欺诈骗保额占 欺诈骗保总额比例(%)
A 市	2020	149	102	46	68.5
	2021	192	138	53	71.9
	2022	380	289	88	76.1
B 市	2020	78	68	10	87.2
	2021	121	101	20	83.5
	2022	992	941	51	94.9
C 市	2020	2371	2364	7	99.7
	2021	3395	3374	21	99.4
	2022	4352	4336	15	99.6

4.2. 医保欺诈界定不够明确,基金监管立法层次较低

在实地调查过程中发现,各市普遍存在行政处罚与协议处理边界不明确的情况。具体而言,对于涉及行为性质的处罚或违规金额的处罚,都没有明确的规定。以A市为例,对于不涉及基金而只涉及参保人利益的情况,认定为骗保行为;而对于涉及基金的情况,则认定为欺诈行为。而在B市,欺诈骗保的界定也不明确,一般将大多数案例认定为骗保行为,只有少数案例才被认定为欺诈行为。对于涉案金额高于6000元的情况,C市将其视为欺诈行为,并将违反法规和协议的行为视为骗保行为。就具体处理方式而言,各地区主要采取协议监管来应对医保欺诈骗保行为,处罚力度较弱,对于欺诈骗保人员或机构的威慑作用有限。

4.3. 监管力量不充足,专业化水平偏低

三个样本地区的管理人员均反映监管人力不足、工作量大,为了盈利,很多医疗机构采取了过度诊疗、身份冒用、床位挂账、违规收费等违规手段来骗取医疗保险资金。但由于法律法规不完备,对这些医疗机构欺诈行为通常只能通过医保协议来处理,行政处罚难以实施,威慑作用有限。监管工作主要依赖于第三方保险人员进行。以2020年三个样本地区监管人员为例,A市在编人员数量为5人,第三方人员数量为15人;B市在编人员数量为6人,第三方人员数量为5人;C市在编人员数量为4人,第三方人员数量为10人。总人数与投保人数之比分别为1:250,800、1:413,273、1:242,071。根据上述数据,监管机构需要管理大量的投保人员,给监管工作带来巨大压力。此外,医疗行业是一个高度专业化和复

杂的行业,对监管人员的能力要求很高。它需要具备医学、医药、医疗保险、金融、信息、管理等各领域知识的人才。然而,由于人员配备的限制,他们大多是第三方人员,导致人力不足,专业性不高,监管过程困难,发现的问题难以彻底查证。无论是在智能监控技术方面实现更新速度与临床实践匹配,还是在日常人工检查中更加准确地发现存在的医保欺诈行为,都离不开专业人员的支持。

4.4. 互惠共赢的协同治理氛围未形成,治理主体的主动性偏弱

近年来,在国家大力倡导协同治理的背景下,各地采取了一系列举措,以建立医保协同治理框架为目标。然而,互惠共赢的协同治理氛围尚未形成。值得注意的是,我国医保欺诈协同治理体系的建设主要依赖于政府的政策法规和强制命令,缺乏各个治理主体的主动性。就政府部门协同而言,目前主要是通过国家医保局与卫生健康、公安、司法等部门联合监管骗保行为。在此过程中,国家医保局发挥了主导作用,卫生健康部门负责对定点医疗机构进行专项治理,市场监管局则负责联合检查定点药店和门诊部,而公安部门则负责立案调查并抓捕犯罪嫌疑人,最后由司法部门负责对案件进行进一步审理和判决。各部门通常以联席会议的形式采取行动,但在实际行动过程中存在着“表面协同”的现象[4]。

就纵向协同而言,定点医疗机构作为医保基金需方,它的重要收入主要来自基金补偿。因此,它希望能得到尽可能多的医保基金,为此甚至不惜采取欺诈手段。医保局作为医保基金的管理部门,则希望需方支出尽量减少,因为基金资金有限。在社会参与方面,虽然我国各地广泛采用了群众举报制度,但由于公众意识和专业知识的匮乏,其效果受到了限制。为了协调工作,通过召开联席会议的方式,统一安排行动,但是在具体执行过程中,可能会出现消极联合的情况,表现为参与人员出勤率不高。与此同时,不同地区的医保机构之间的合作动力依然不足[5]。根据B市管理人员访谈揭示的情况,异地医保机构并无实质性利益激励,因为异地医保机构协助参保地查处的欺诈违规资金要全额退回参保人所在地。因此,异地医保机构通常只是按照国家考核任务的要求机械地执行工作,往往不会主动对参保人就医行为进行监管。此外,在社会参与方面,尽管存在群众举报制度,但其效果有限。以B市为例,尽管在2020年启动了举报奖励政策,但群众举报案件数量并不多,2022年仅有4起,详见表4。

Table 4. Cases and rewards of medical insurance fraud reported by the masses in B in recent 2 years

表 4. B 地近 2 年群众举报医保欺诈骗保案件及奖励情况

年份	群众举报案件数量(件)				群众举报案件实际追回资金额(元)				举报人获得的奖励额(元)
	定点医院	定点药店	参保人员	总计	定点医院追回额	定点药店追回额	参保人员追回额	总计	
2021	5	7	2	14	97890.2	2315	1110	101,315.2	580
2022	1	2	1	4	99680.2	5364	3482.51	108,526.71	5247

5. 优化医保欺诈行为监管体系的建议

5.1. 发展医保智能化监管,完善联合监管机制

一是在技术层面全面提升智能监控系统的监管内容。目前大多数监测系统只能识别明显和直观的违规行为,如超额收费、重复收费、药品交换等明显违规行为。但是,对于临床用药是否合理、检查是否合理、治疗是否合理、是否存在过度医疗等稍微复杂一些的违法行为,则很难准确识别此类违法行为。因此,今后需要加强监测识别指标的建设,从合理治疗、合理用药、合理检查等方面设计指标[6]。二是要从顶层设计出发,由国家进行统一开发,建立大数据监控平台,实现欺诈骗保监管远程化、智能化、高效化管理,及时、准确、完整的收集和监测医保欺诈信息,并在部分地区进行先行试点,

最后全国推广[7]。

5.2. 丰富立法, 细化医保监管的法律法规

为厘清行政处罚与协议处理边界混淆的问题, 可从行为性质和违规金额两个方面建立健全法律法规, 从而明确违规骗保与欺诈骗保的处理界限, 以及三个样本地区各相关监管部门的权责范围。补充必要的条款、修订相关的法律规定, 允许地方制定符合当地切合实际的反欺诈地方性法规[8]。另外, 可适当加大对医疗机构欺诈骗保的处罚力度, 增加欺诈骗保违法成本, 增加对医疗机构的威慑力[9]。近年来, 医保反欺诈法律法规、规章政策正在不断完善, 然而社会公众的法律法规知晓率却仍处于中等水平, 为解决这个问题, 需要在教育方面作出努力, 一是要对医务人员加强学科教育, 在医务人员的每个培养环节都注重医德医风教育, 增设医疗保险法律法规、规章制度教育课程, 同时要与实际工作联系起来, 可邀请当地医保局管理人员和医务专业人员联合展开讲座, 将理论与实践相结合。二是要对普通在校学生加强基础教育, 可在高等教育阶段邀请专家开设医疗保险知识公开课, 提高在校学生的认知水平。针对低年级大学生, 进行城乡居民基本医疗保险制度教育; 针对应届毕业生, 进行城镇职工基本医疗保险制度教育。对医保欺诈监管进行专门立法。由于《社会保险法》的概括式规定难以针对性地为医保欺诈监管提供详细法律依据, 且《医疗保障基金使用监管条例》法律层级较低。所以应当对医疗保险欺诈监管进行专门立法, 在提升医保监管法律权威性的同时, 对医保服务协议管理制度、医保信用管理制度进行更加详细的规范。在此基础上与《社会保险法》《基本医疗卫生与健康促进法》《药品管理法》等法律法规一道, 形成我国医疗保险欺诈法律监管体系。

5.3. 加强稽核队伍专业化培训, 规范医保信息编码体系

一是成立专门的基金监管部门, 引入一批具有知识化、专业化的人才, 打造专业化监管队伍, 增强监管人员的认同感与责任感[10]。二是加强监管人员业务培训, 分层次、分类别组织开展培训教育活动, 明确各类欺诈骗保行为的特征与表现形式, 通过不断的实践检查积累经验, 培养一支具有丰富实践经验的监管队伍。三是与当地保险公司合作, 积极引入第三方人员力量, 不仅能解决编制人员少的问题, 而且能使监管队伍更加专业化、全面化[11]。目前, 我国已形成自上而下、统一规范的医保信息业务编码体系, 跨省异地就医结算工作也取得突破性进展, 全国所有省份、所有统筹地区都已纳入异地就医结算系统。在此基础上, 可以利用异地就医结算系统进行医保监管。将各地骗保记录等信息录入异地就医结算系统, 结合大数据分析, 减少异地就医结算中的信息不对称, 从而避免欺诈骗保的发生。

5.4. 营造互惠共赢的协同治理环境, 加强治理主体激励举报机制

协同治理是优化医保欺诈监管的重要策略之一, 优化医保欺诈监管体系要加强对协同治理环境的探索[12]。首先要促进监管部门之间的执法协作, 建立共赢的治理环境。通过明确各部门的职能和责任, 并建立核查机制, 推动各部门积极主动地履职。其次, 可对异地医保部门的欺诈违规资金及其数量进行审查, 并采取逐级支付方式, 将查处的欺诈骗保金额按照适当比例返还给异地医保部门。另外, 还应加强激励举报机制, 为举报人提供更多的保障和激励措施, 以鼓励民众积极参与举报, 从而真正实现对医保欺诈行为的有效预防和严厉打击[13]; 拓宽公众参与渠道, 畅通举报途径, 便利公众举报, 同时, 注重举报人的信息保护, 让公众放心地参与举报[14]; 让公众充分意识到参与医保欺诈行为协同治理就是在保护自己的救命钱, 激发公众积极参与协同治理的心理共鸣。

6. 结语

社会医疗保险欺诈行为因其成因复杂、稽查困难、破坏性强, 相对应的法律规制的制定需要统筹分

析,做到既全面又细化[15]。医疗保险欺诈的类型识别及其法律监管是社会医疗保险制度体系中,保障社会医疗保险制度能够良好运行的重要部分。首先,医疗保险欺诈可以依据实施欺诈的行为主体,将医疗保险欺诈的种类区分具有不同识别特征的四种类型:一是以伪造患方材料为特征的投保人欺诈,二是以依赖处方权为特征的定点零售药店或定点医疗机构欺诈,三是以医方引诱患方为特征的定点医院或药店与个人合谋欺诈,四是以依赖医保监管经办职权为特征的投保人与医保经办机构合谋欺诈。其次,我国医疗保险欺诈的法律监管仍然存在立法层次较低,规范内容模糊、部门信息阻塞,联合监管困难、监管力量薄弱,队伍素质不强等现实问题,亟需通过优化法律规范体系、建构执法监督体系、完善风险预防体系的方式予以针对性的解决[16]。从长远来看,应当统筹运用医保政策与立法手段,在强化对医保欺诈的监管力度的同时,不断优化医保基金管理体制,疏解人民群众的医疗费用压力,依法保障社会医保体系稳定运行,积极推动“健康中国”发展战略稳步落实。

参考文献

- [1] 芦欣怡, 王亚东. 医疗卫生行业综合监管制度体系构建——基于扎根理论的质性分析[J]. 中国卫生政策研究, 2020, 13(12): 68-73.
- [2] 张敬伟, 马东俊. 扎根理论研究法与管理学研究[J]. 现代管理科学, 2009(2): 115-117.
- [3] 何权瀛. 21世纪医疗服务模式必须转变[J]. 医学与哲学, 2017, 38(19): 1-2.
- [4] 吴恒亮, 于本海, 翟宇翔, 张巍巍. 大数据环境下医疗保险欺诈审计实施路径研究[J]. 财会月刊, 2019(24): 105-110.
- [5] 陈清华, 吴海波, 刘青. 医保欺诈协同治理机制研究[J]. 卫生经济研究, 2022, 39(12): 34-37.
- [6] 邵海亚, 陶鹏. 新医改下社区卫生服务机构的逻辑——基于扎根理论视角的研究[J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(3): 54-60.
- [7] 詹长春, 黄晶晶. 协同治理视角下医保欺诈行为监管体系优化研究[J]. 中国卫生事业管理, 2021, 38(9): 668-671.
- [8] 田玉麒. 破与立: 协同治理机制的整合与重构——评 Collaborative Governance Regimes [J]. 公共管理评论, 2019(2): 131-143.
- [9] 唐霁松. 打击医保欺诈维护基金安全[J]. 中国医疗保险, 2018(5): 5-7.
- [10] 朱子文. 社会医疗保险欺诈行为研究——基于上海市医疗保险实证分析[D]: [硕士学位论文]. 上海: 上海师范大学, 2017.
- [11] 高国生, 王冉. 我国保险协同治理的实践、问题与路径选择[J]. 金融发展研究, 2019(10): 79-84.
- [12] 刘云章, 赵金萍, 戴晓晖, 边林. 患者何为: 在“医患命运共同体”构建过程中[J]. 中国医学伦理学, 2019, 9(32): 1099-1102.
- [13] 陈燕. 新形势下公立医院医患关系负面表现以及应对策略探究[J]. 科技经济导刊, 2019, 27(27): 202.
- [14] 陈清华, 陈永成, 刘青, 明爱恋, 吴海波. 基于 fsQCA 组态视角的基本医疗保险欺诈骗保的影响因素研究[J]. 医学与社会, 2023, 36(4): 116-121.
- [15] 李泽华, 孟彦辰. 我国医疗保险欺诈的典型形式与防范机制研究——基于国家医疗保障局公开的 24 起骗保典型案例研究[J]. 中国卫生法制, 2021, 29(5): 17-20+72.
- [16] 李杰, 兰巧玲, 马士豪. 基于大数据的基本医疗保险参保人欺诈风险评估[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(10): 43-50.