

国家医保局全国范围打击骗保 揭开违规医院的骗保手段： 虚构病例、过度医疗、挂床骗保

日前，国家医保局部署在全国范围内开展打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动“回头看”。长春、唐山、乌鲁木齐等多地也陆续公布打击欺诈骗取医保行为专项检查结果。“新华视点”记者采访发现，在有些地方，被检查的公立医院违规率超八成，违规名单中不乏公立三甲医院，有的医院违规屡查屡犯。一些医院骗保手段花样翻新，出现各种“升级版”。



A 有的地方医院违规比例高 一些公立医院参与套取医保基金

近期公布的专项检查结果显示，一些地方违规医院数量大、占比高。

唐山市医保局通报“2018 公立医院专项检查行动”情况，该市本级 24 家公立医院中 20 家存在医保违规问题，违规率超过八成；乌鲁木齐市人社局通报，41 家医疗卫生机构因违规而被退出医疗服务协议管理；长春市人社局专项检查了 1166 家医保定点服务机构，其中 761 家定点服务机构存在违规行为。

记者注意到，不仅民营医院，一些公立三甲医院也存在违规行为。长春市内不少公立三甲医院和知名民营医院都在处罚名单内，吉林大学中日联谊医院、长春市中心医院、长春拜博口腔医疗管理有限公司净月口腔门诊部等机构，分别被处以拒付违规费用、扣除年度考评分数、责令整改等不同程度的处罚。

有的医院屡查屡犯。例如，吉林新华医

院在今年检查中被发现违规，而在 2013 年的专项检查中，这家医院已经出现过挂床住院的医保骗保行为。

各地专项检查显示，不少违规医院涉及金额较大。长春市 761 家医保定点服务机构医保违规金额达 1000 余万元，四川 11 家涉案民营医院涉嫌骗取国家医保基金 5400 余万元。

B 骗保套路多： 虚构病例、过度医疗、挂床骗保

记者在四川、吉林、湖南等多地调查发现，目前骗保手段出现各种“升级版”。

——虚构支出、伪造病历是常用花招，甚至半公开集体造假。

“比如抽血一项，虽然没有实施，但在费用支出栏里扣取了费用。”今年 7 月，湖南泸溪县某乡镇卫生院院长带着 12 万余元现金，主动向县纪委监委交代了自己医院虚报套取医保资金的行为。

鞍山市某医院原院长李某在职期间，以“为医院创收”为名，呼吁全院职工一起伪造虚假病历、住院治疗费等，骗取医疗保险金。近期，辽宁省鞍山市中级人民法院对此案作出终审判决，李某因合同诈骗罪被判处有期徒刑 10 年，并处罚金 10 万元。

——过度医疗、诱导性看病，患者、医保“两头骗”。

今年 6 月，湖北咸宁市就曝光一起过度医疗骗保的案列：湖北武汉某医疗管理公司一伙不法分子，盯上咸宁的乡镇卫生院。该公司安插 3 名员工同时在咸安区 6 个乡镇卫生院工作，用免费检查的方式，引诱村民体检，夸大病情并进行过度治疗，然后用村民的新农合医保卡报销套取医保基金，致使卫生院报销费用增长 200 多倍。

目前，多地出现专门针对高龄老人的骗保案列。记者了解到，现在有的医院、诊所为了骗保，以免费体检、义诊等名义把一些高龄老人骗到医院，声称他们身体有各种问题，然后随便开点药给这些老人，再利用老

人的医保卡虚构病历，套取医保基金。这种方式隐蔽性强，难以发现和查处。

——有的地方挂床骗保成风，几乎成为行业“潜规则”。

“近期，我们对一家医疗机构实施远程查房，发现医院有 24 人存在挂床骗保行为。”湘潭市人力资源与社会保障局医疗生育保险科科长章奋强介绍，在检查时，发现这家医疗机构登记住院的病人不少，但病房里却见不到几个人，原来是医院和病人“联合”在医院登记住院，通过空挂床位套取医保资金。

章奋强告诉记者，湘潭市 2018 年以来开展了专项督查行动，发现有医院挂床骗保行为成风。

C 加快建立基金监管长效机制 可应用大数据动态审核

多地一些基层医保局工作人员告诉记者，职工医保监管主要依据医疗服务协议，缺乏法律政策依据，监管部门发现医院“请人住院”、挂床骗保、小病大治等违规行为，只能一罚了之，而处罚内容主要是暂停医院医保支付协议，由于违规成本低，一些医院屡查屡犯。

专家建议，应完善社保领域失信行为惩戒政策，对欺诈骗保形成有力震慑，同时加

快建立基金监管长效机制，加快医保监管立法。

针对医院和病人数量大、监管机构力量不足的问题，专家建议，可利用大数据技术，加强动态监管，对数据预警做好防范。吉林大学经济学院副教授丁肇勇说，当前亟待健全监管机制，推进医保全国联网，实行全过程监管，提高违规识别能力。

记者了解到，从 2014 年起，成都就试点

了医疗保险智能辅助审核信息系统，同样审核一份医疗费用单据，要筛出疑点，人工审核平均需要 20 分钟，而智能审核不到 1 分钟。

西南财经大学保险学院社会保障系主任丁少群认为，当前医保部门监管人手严重不足，应当引入更多专业人才，加强医保基金监管团队建设，充实监管力量。

(新华社成都 12 月 3 日电)

