

B.12

定点医药机构违法违规使用医保基金行为查处情况分析

王震 康蕊 李民*

摘要： 本文基于2019~2020年国家医保局针对医保基金监管开展飞行检查和专项检查的相关数据，对定点医药机构医保基金使用违法违规行为查处的情况进行了统计分析，基于2019~2021年“曝光台”披露的68个查处案例对违法违规使用医保基金行为查处情况的演变特征进行了总结。在分析违法违规行为动机的基础上，进一步从基金监管法制化建设、基金监管方式创新、医疗服务供应体系发展、深化支付方式改革等视角，深入剖析违法违规行为查处演变的原因，并从医疗机构管理体制、行政部门协同、处罚措施效力等方面分析了违法违规行为查处的障碍。最后，通过对医保基金监管的发展趋势进行研判，提出完善定点医药机构违法违规使用医保基金行为查处的相关政策建议。

关键词： 医保基金 违法违规 法制化 医疗垄断

一 引言

医保基金监管是医疗保障制度得以平稳运行的重要保证。然而，由于医

* 王震，中国社会科学院经济研究所研究员；康蕊，中国社会科学院社会发展战略研究院助理研究员；李民，中国社会科学院大学博士研究生。



疗行业的信息不对称等问题突出，医疗保险领域存在的道德风险普遍，医保基金监管面临巨大挑战。定点医药机构作为医保基金使用最关键的一方，在医保基金使用上涉及的主体多、环节多、风险点多，欺诈骗保问题持续高发频发，监管形势比较严峻。

自2018年国家医保局组建以来，全国医保系统按照党中央、国务院的决策部署，将医保基金监管作为首要任务，着重进行了定点医药机构违法违规使用医保基金行为的查处，并取得了阶段性重大进展。在医保基金监管工作推进过程中，定点医药机构违法违规使用医保基金行为查处的类型和特征发生了诸多变化。分析违法违规使用医保基金行为发生动机、查处结果演变的原因以及查处行为面临的障碍，并对未来定点医药机构医保基金监管的趋势进行研判，有助于推进医保基金监管制度建设，提升医保基金监管效能。

基于此，本文通过梳理总结违法违规使用医保基金行为查处的类型、特征，分析违法违规行为的发生动机、行为查处结果演变的原因以及查处障碍，并在此基础上结合趋势预判，为我国定点医药机构欺诈骗保现象的治理提供借鉴。

二 违法违规使用医保基金行为查处的类型和特征

（一）查处概况

1. 专项治理

2019年，全国共检查定点医药机构81.50万家（包括医疗机构46.28万家、零售药店35.21万家）。检查机构数量占定点医药机构总数的99.45%，25个省份的检查覆盖率达100%。2020年，检查机构数量占比提升至99.84%，除西藏、安徽外，其余省（自治区、直辖市）均实现对定点医药机构监督检查全覆盖。

2019年，全国共处理违法违规医药机构26.40万家（包括医疗机构16.16万家、零售药店10.24万家），占检查机构数量的32.39%。其中，河



北的处理率最高，达到 96.25%。2020 年，处理机构增加至 40.07 万家，占比提升至 63.87%，其中河南的处理率达到 99%，居全国首位。在处理违法违规参保人员方面，2019 年全国共处理 3.31 万人，2020 年减少至 2.61 万人。

经专项治理，2019 年共计追回资金 115.56 亿元。2020 年，追回资金增加至 223.11 亿元，相较于 2019 年增长了近 1 倍（见表 1）。

表 1 2019 ~ 2020 年打击欺诈骗保专项治理查处概况

项目	检查定点医药机构 (万家)	检查定点医药机构占比 (%)	处理违法违规医药机构 (万家)	处理违法违规医药机构占比 (%)	处理违法违规参保人员 (万人)	追回资金 (亿元)	追回资金占上一年度支出比例 (%)
2019 年	81.50	99.45	26.40	32.39	3.31	115.56	1.08
2020 年	62.74	99.84	40.07	63.87	2.61	223.11	1.12
增幅 (%)	-23.02	0.39	51.78	97.19	-21.15	93.07	3.70

资料来源：国家医疗保障局官网。

2019 年，公开曝光违法违规典型案例 8031 例。2020 年，主动曝光案例数量增加至 42108 例。2019 年，奖励投诉举报 601 人，发放奖励金额 86.80 万元。2020 年，兑现举报奖励金额达 214 万余元。

2. 飞行检查

2019 年，国家医保局共组织 69 个飞行检查组，对全国 30 个省份的 177 个定点医药机构开展实地稽核检查和约谈，查出涉嫌违规资金 22.32 亿元。2020 年，共组织 2 批次 61 个飞行检查组开展现场检查，对除天津、上海外的其余省份均实现飞行检查两轮覆盖，涉及定点医疗机构（含医养结合机构）91 家、医保经办机构 56 家、承办城乡居民医保和大病保险的商业保险公司 40 家，查出涉嫌违法违规资金 5.4 亿元。

（二）违法违规使用医保基金行为的案例分析

2019 年，国家医保局官网“曝光台”开始向社会披露欺诈骗保典型案



例。截至2021年6月底，国家医保局披露典型案例68件，地方披露168件。本文基于国家医保局曝光案件，对违法违规使用医保基金行为查处类型和特征进行分析。

在曝光案例中，发生在东部、中部、西部、东北地区的分别有20件（29.4%）、17件（25%）、26件（38.2%）、5件（7.4%）。涉及违规主体包括医院、社区卫生服务中心、卫生院、药店、经办机构和个人。其中，医院违规的比重最高，为66.18%（医院医生违规占比为5.88%），卫生院和参保人次之，占比分别为14.71%和10.29%。违规行为包括欺诈类（76.47%）、浪费类（13.24%）、其他（10.29%）。其中，医院等医药机构作为违规主体发生频次较高的违法违规行为包括过度检查、过度诊断、编造住院治疗材料、虚记收费、伪造病历、替换和串换药品、挂床住院、诱导住院、伪造进货。参保人发生违法违规频次较高的行为是冒用他人社保卡，且多为联合医疗机构作案。经办机构的工作人员主要涉及挪用医保资金这一违法违规行为。

对于违法违规使用医保基金行为，相关部门采取的查处措施包括行政处罚、刑事处罚两大类，对党员另有党内纪律处分。其中，由医保部门进行行政处罚的占85.29%，由卫健部门进行行政处罚的占11.76%，由公安部门进行刑事处罚的占26.47%，由纪检监察部门进行党内处理的占5.88%。对于违法违规行为的判定和处罚，医保部门主要依据《中华人民共和国社会保险法》、《医疗机构管理条例》以及各地的《基本医疗保险定点医疗机构服务协议》，卫健部门主要依据《医疗机构管理条例》，纪检监察部门主要依据党内规定，属于刑事犯罪的则由当地公安部门依法逮捕，并交由法院审理判决。

在近三年曝光的欺诈骗取医保基金典型案例中，涉案金额平均为167.82万元/件，最高达1569.49万元。通过查处，共追回资金10090.98万元，追回资金平均比例为88.43%；共处罚金2403.39万元，其中最高达565.48万元。除罚款外，其他较为常见的处罚措施包括解除协议（26.47%）、吊销执照（4.41%）。另有相关处罚措施：关停医保报销系统、



暂停医保服务、吊销《医疗机构执业许可证》、限期整改、免职处理、移送相关部门或司法机关处理、刑事拘留、党内严重警告处分或受行政记过处理。另外，从2021年开始，一些地区出现了判处有期徒刑的处罚措施。2019~2021年部分曝光典型案例关于违法违规使用医保基金行为的查处情况如表2所示。

表2 2019~2021年部分曝光典型案例关于违法违规使用医保基金行为的查处情况

编号	违规主体类型	违法行为分类	处罚类型	处罚部门	涉案金额(万元)	追回资金(万元)	追回比例(%)	处罚金额(万元)
2019201	医院	浪费	行政	医保、卫计	56.35	56.35	100	90.75
2019202	医院	浪费	行政	医保	38.86	38.86	100	84.95
2019203	医院	欺诈	行政	医保	18.01	18.01	100	54.03
2019204	社区卫生服务站(个人)	欺诈	行政、刑事	医保、公安	60.23	—	0	—
2019205	医院	欺诈	行政	医保	65.71	65.71	100	197.13
2020101	医院	欺诈	行政	医保	4.86	4.86	100	14.57
2020102	卫生院	欺诈	行政	医保	24.13	24.13	100	48.26
2020103	医院	欺诈	行政	医保	255.98	255.98	100	565.48
2020104	医院	欺诈	行政	医保	105.41	105.41	100	70.28
2020105	医院	欺诈	行政	医保	4.34	4.34	100	13.03
2021101	医院(个人)	欺诈	行政、刑事	医保、公安(法院)	290.61	290.61	100	—
2021102	医院(个人)	欺诈	刑事	医保、公安(法院)	425.39	425.39	100	—
2021103	医院(个人)	欺诈	刑事	医保、公安(法院)	10.44	10.44	100	—
2021104	卫生院(个人)	欺诈	刑事	医保、公安(法院)	26.49	26.49	100	—

定点医药机构违法违规使用医保基金行为查处情况分析



续表

编号	违规主体类型	违法行为分类	处罚类型	处罚部门	涉案金额(万元)	追回资金(万元)	追回比例(%)	处罚金额(万元)
2021105	卫生院(个人)	欺诈	刑事	医保、公安(法院)	4.49	4.49	100	—
2021106	参保人(个人)	其他	刑事	医保、公安(法院)	3.90	3.90	100	—
2021107	参保人(个人)	欺诈	刑事	医保、公安(法院)	2.29	2.29	100	—
2021108	参保人(个人)	欺诈	刑事	医保、公安(法院)	15.50	—	0	—
2021109	医保中心(个人)	其他	刑事	医保、公安(法院)	94.78	94.78	100	—
2021201	医院	其他	行政	医保	3.43	3.43	100	17.13
2021202	医院	欺诈	行政、刑事	医保、公安(法院)	13.98	13.98	100	—
2021203	医院	欺诈	行政	医保	17.01	17.01	100	—
2021204	医院	欺诈	行政	医保	105.90	105.90	100	—
2021205	卫生院	欺诈	行政、党内	医保、纪监	34.50	34.50	100	—
2021301	医院	欺诈	行政	医保	1569.49	1000.00	64	—
2021302	医院	欺诈	行政	医保	938.16	938.16	100	—
2021303	医院	欺诈	行政	医保	1557.71	1557.71	100	—
2021304	医院	浪费	行政	医保	311.32	311.32	100	—
2021305	医院	欺诈	行政	医保	490.66	490.66	100	—
2021401	医院	其他	行政	医保	2.80	2.80	100	—
2021402	医院	其他	行政	医保	39.22	39.22	100	—
2021403	护理院	欺诈	行政	医保	116.27	116.27	100	10.00
2021404	医院	欺诈	行政	医保	1123.85	1123.85	100	—
2021405	医院	欺诈	行政	医保	10.80	10.80	100	20.00

资料来源：国家医疗保障局曝光台，<http://www.nhsa.gov.cn/col/col74/index.html>。



三 行为查处演变的原因和障碍分析

（一）违法违规行为的发生动机分析

定点医药机构违法违规行为产生的动机归根结底是利益。医药机构、医务人员、参保人等主体为实现个人利益诉求最大化，受利益驱动，挖空心思利用不同手段追求不正当利益，导致各类违法违规使用医保基金行为的出现。

第一，医药机构为追求利润而违法违规。一方面，基层医疗机构和药店的运营和获利能力十分有限，更容易倾向于承担风险，采取骗保套保获取不正当利润以维持生存发展，长此以往形成恶性循环；另一方面，部分民营医疗机构受利益驱动更加强烈，但其法律意识薄弱，片面追求不正当利润，例如诱导免费住院、串换医保项目、编造虚假诊疗服务、钻政策空子等欺诈骗保问题突出。

第二，医务人员为增加业务收入而违法违规。医务人员或受利润诱惑，或为弥补劳动价值不足，主观上开始寻求“以药养医”等方式，依靠过度用药、过度诊疗、采购高溢价药品、多用医保目录外项目等违规行为增加灰色收入，提高自身收入。

第三，参保者为实现个体利己动机而违法违规。部分参保者为达到看病少花钱目的，或者出于缴纳了医保费未生病报销医疗费就是吃亏的心态，受利己动机驱使，通过冒用他人社保卡、瞒报谎报病情病因等手段骗取报销金额。

（二）查处结果演变的原因分析

以国家新的医保管理体制建立为标志，查处欺诈骗保的力度、密度从上到下空前加大，处理处罚欺诈骗保的手段空前多样，涵盖曝光、违约处罚、行政处罚、刑事处罚等各个方面，追回的违法违规资金数额空前巨大，形成的打击欺诈骗保的高压态势前所未有的，等等。这种“空前”的局面是怎样



形成的？分析并找准其深层原因，对于持续精准打击欺诈骗保、更好地维护基金使用安全、推进高质量医保制度建设具有十分重要的现实意义和深远的历史意义。

1. 基金监管的法制化建设日益加强

国家医保局成立后，陆续出台了《关于当前加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知》《欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法》等部门规章，为违法行为查处提供了政策指引和制度支撑。2020年，国务院公布《医疗保障基金使用监督管理条例》（下称《条例》），并于2021年5月开始施行。这标志着我国医保基金管理开始步入法治化轨道，为有效监管医保基金使用提供了基本依据。与此同时，全国许多地方陆续开展医保基金监管的法制化建设，上海、山东、河北等地的医疗保险监督管理政策均包含对定点医疗机构违法违规使用医保基金行为查处的相关规定。例如，2019年河北省政府印发了《医疗保障基金监管办法》，明确经办机构应与定点医药机构签订服务协议，以及通过建立定点医药机构违约处理信息库等方式加强对定点医疗机构使用医保基金的监管等相关要求。

2. 医保基金监管方式不断创新

2019年，国家医保局启动了医保基金监管方式创新试点、基金监管信用体系建设试点和医保智能监控示范点（简称“两试点一示范”）建设，各试点地区积极探索基金监管方式的创新应用，为医保基金监管创造了经验。一是积极推进“互联网+”医保基金监管新模式。将信息化建设与创新监管方式有机结合，通过异地就医监管平台、防挂床监管平台、城乡居民高血压糖尿病门诊用药管理平台等信息系统对定点医疗机构行为进行监管。二是创新医保监管体制。例如，浙江省湖州市成立的全国首家医疗保障反欺诈中心，内部设置综合协调、信息分析、稽核检查三个工作组，并建立了情报汇集、联合执法等六大工作机制。三是建立第三方合作机制。通过政府采购，引入商保、财务等公司参与监管，以弥补监管力量的不足，提升监管效能。



3. 医疗服务供应体系不断完善

近年来，药品集中采购作为药品价格管理的主要方式之一，被广泛应用于药品采购中，在促进药价回归合理水平、解决“药价虚高”、防止“药品回扣”、破除“以药补医”中发挥了重要作用。2018年，由国家医保局部署组织的“4+7”药品集中带量采购试点方案出台，此后国家医保局持续推进国家组织药品集中带量采购工作，成效明显。通过大幅降低药企供货价，能够有效挤出药价中原有的医院、医生回扣，从一定程度上避免了医生因利益诱导而多开药、开贵药的行为。同时，通过药品集采，药品准入的约束力得到加强，制药技术和药品质量得到提升，药品流通市场秩序日渐规范，为开展违法违规行为查处工作提供了良好的市场环境。

4. 医保支付方式改革持续深化

2020年，国家医保局开始推进职工基本医疗保险门诊共济保障改革。在此之前，多数地区已将部分大病、慢性病的门诊治疗及日间手术纳入统筹支付范围，北京、浙江等地渐次开展了个人账户制度改革与门诊费用统筹的探索。从实践效果看，在一定程度上缓解了原有个人账户制度对医疗行为的负面影响。在“统账结合”的制度设计下，医院等医疗机构为获取更高的收入，倾向于诱导患者住院，导致小病住院、长期住院等现象层出不穷，零售药店串换医保药品以套现个人账户资金问题也时有发生。随着门诊统筹改革的推进，相关类型的违法违规使用医保基金行为有所减少，医保基金的使用效率得到提升。

21世纪初，已有统筹地区开始探索疾病诊断相关分组（Diagnosis Related Groups, DRG）医保支付方式改革。2018年，广东省开始实行“总额控制下的病种分值结算办法”，即DIP（Big Data Diagnosis-intervention Packet）。2019年，国家医保局等四部委发布《关于印发按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单的通知》，确定30个城市作为DRG付费国家试点城市。这些按DRG和DIP付费改革的运行，有利于监管部门充分运用大数据平台，确定有关监管指标，进行基于病种的量化评估，明确各类监管工作的审计对象，从而更加精准地开展违法违规行为的查处工作。



（三）查处面临的障碍

1. 长期行政管理体制的束缚

当前，医保基金监管仍面临来自“医疗垄断”的挑战。长期的行政管理体制背景下，公立医院一方独大的局面导致医保基金监管缺乏竞争的供方市场，尽管当前医疗机构管理体制改革正在不断推进和深化，但对于定点医药机构的监管难度仍然较大。比如，针对违法违规公立医院等医疗机构的诸多惩罚措施难以落实到位。在一些欠发达地区仅有一家公立医院的情形下，医院“大而不能倒”，取消医院医保定点资格等措施显然不适用。再如，目前对定点医药机构的监管缺乏相对标准，“医疗垄断”导致对公立医院监管缺少可比较的标杆，不利于监管工作的开展。

2. 行政部门间的协同机制欠缺

从当前对于定点医药机构违法违规使用医保基金行为的处罚来看，各行政部门之间的联动性有待加强。对于应交由相关部门或上一级部门进行查处判定的违法违规行为，由于部门间工作机制的割裂，应有的处罚措施难以落实，在一定程度上减损了处罚效力。例如，部分涉案金额较大的案件，未交由公安、司法部门进一步处理，导致处罚判定的严重程度相应降低，查处效果减弱。

3. 处罚措施的有效性不足

一方面，当前针对定点医药机构违法违规行为的处罚措施并无全国统一标准，一些地区进行处罚时无可参考依据，往往根据以往工作经验确定处罚措施和处罚程度，对部分涉案金额较大的违法行为，通常情况下处罚较轻；另一方面，由于各地医保局开展医保基金监管工作的时间较短，无法有效预见处罚产生的社会影响，各地处罚措施普遍较轻，难以形成威慑作用，不利于医保基金监管工作的开展。

四 未来趋势研判和政策建议

（一）违法违规使用医保基金行为查处的趋势研判

第一，对违法违规使用医保基金行为的查处将日益法制化、体系化、专



业化。从目前定点医药机构违法违规使用医保基金行为发生的动机和查处特征来看，医保基金使用风险点多，监管难度大，“头痛医头、脚痛医脚”的管理模式已经不再适应当前的违法违规行为查处。2021年5月1日起实施的《条例》，为国家以法治手段解决医保基金使用监督管理中的突出问题定下了总基调。各地在具体实践中，也逐渐形成了多种监管方式并存的违规行为查处体系。随着第三方参与的不断加强以及试点经验的推广，各地的违法行为查处体系向着日益全面化、系统化方向发展。另外，一些地区已建立了专门的医保基金使用监管部门和队伍，今后组织专业监管力量、依法开展专业化监管渐成发展趋势。

第二，违法违规使用医保基金行为查处将关注几个重点任务。当前国家已经部署推进了门诊共济保障、门诊费用跨省直接结算，这些改革举措对医保基金管理提出了更高要求。门诊常见病放开后，违法违规行为查处的重点将从挂床住院等转向更加注重多次开药等行为。个人账户使用范围扩大后，监管须进一步约束零售药店的行为，相应地，要求各地开展对个人账户使用、结算等环节的审核，对个人账户实施动态管理方式。当前，药品和高值医用耗材集中带量采购仍在不断推进，对药品流通环节回扣、药品进医院“走后门”等违法违规行为的精准识别并坚决整治也是一定时期内的重点查处任务之一。

第三，长期来看，违法违规使用医保基金行为查处将日益精细化。首先，随着违法行为发生风险点的不断演变和查处技术的完善，各地按照成因和特征对违法违规行为进行分类，设置更细化、多样的稽查办法和分层分类的惩罚措施势在必行。其次，在“互联网+”医疗的背景下，以信息化、网络化推动经办便捷化的趋势将愈加明显。以浙江湖州为代表的“两试点一示范”地区，不断创新智能化监管方式，得到了国家医保局及相关部门的肯定，其他试点地区在推进试点任务时纷纷学习该类经验。未来，在全国范围内推广监管创新方式已经成为发展趋势。并且，由内控稽核向执法管理等外延不断扩展，执法队伍的建设管理也将被纳入违法违规行为查处体系中。



（二）政策建议

第一，建立和强化长效监管机制，实现行为查处的标准化、制度化。构建长效机制首先应做好顶层设计，做到立法先行。未来应在《条例》的基础上进行法律适用范围、执法主体、各相关机构的权责利、公民的权利与义务、保障与奖惩等具体监管问题的细化明确，实现与《刑法》等现有法律体系的衔接，填补法律与监管漏洞，织密扎牢医保基金监管的制度笼子，确保违法违规使用医保基金行为的惩处有法可依。受医保属地化管理特征的影响，当前我国医保基金监管尚未形成统一标准，影响了医保基金特别是异地就医基金监管的效率。这要求除了将全国统一的《条例》作为指引外，各地还须尽快形成参考性、实用性较强的违法行为查处标准手册和实施细则。同时，还需要在全社会长期宣传普及医保基金相关法律知识，形成政府监管与社会监督的良性互动。

第二，构建多主体参与的监管体系，建立健全医保基金监管组织架构。从中央到地方各个层级中，行为查处均应调动各相关行政管理部门的积极性，加强医保、卫生、民政、公安、审计等部门之间的信息互通，开展联合办案等方式的监管合作，各地还应尽快将银行系统的信用管理纳入违法违规行为处罚体系。对医保经办机构，确保编制和人员配备的充足性，同时建立医保基金监管业务的激励机制，推进探索法人治理结构改革。积极发挥市场力量，鼓励支持经办机构向社会企业购买服务，由审计机构、商业保险公司等负责具体监管业务，发挥市场主体在医保基金监管中的作用。建立第三方专家评议制度，构建包含医学专业、法学专业相关专家在内的多元化专家库，进行评审、咨询、争议处理。

第三，不断创新监管方式，实现医保基金监管的信息化与智能化。从目前来看，国家医保局采用的专项检查、飞行检查、“双随机一公开”检查的组合检查模式对违法违规使用医保基金行为的查处是有效的。未来应不断完善该类监督检查机制，在增强各种检查方式本身规范性、针对性、有效性的基础上，不断创新基金监管方式。任务目标之一是在全国范围内实现智能监



管系统的全覆盖，建立全国各地联通的智能监控数据库，提升监控效率，增强监控效果。充分运用现代信息技术，实现监管数据的跨统筹区域共享。任务目标之二是运用大数据分析总结违法违规行为的特征规律，以此为基础，建立道德风险识别路径和防范屏障，以及违法违规行为查处的预警机制。任务目标之三是将线上信息分析提醒与线下严打相结合，通过系统控制和弹窗提示等方式规范医师诊疗行为，通过要求药店实时上传药品入库、销售、存量明细数据，构建风险模型，多维度筛查疑点数据。

参考文献

- [1] 王震：《完善门诊统筹，改革个人账户》，《中国医院院长》2020年第8期。
- [2] 黄华波：《加强医保基金监管和打击欺诈骗保工作的思考》，《中国医疗保险》2019年第3期。
- [3] 黄华波：《探讨基金监管制度体系改革的三个基本问题》，《中国医疗保险》2020年第11期。
- [4] 黄华波：《浅议医保基金监管的体制性特点、机制性问题与长效机制建设》，《中国医疗保险》2020年第4期。
- [5] 王震：《治理视角下医保利益相关方权责界定的思考》，《中国医疗保险》2019年第12期。
- [6] 康蕊、王震：《“互联网+”医疗服务医保基金监管的风险与对策》，《中国医疗保险》2021年第4期。
- [7] 阳义南、肖建华：《医疗保险基金欺诈骗保及反欺诈研究》，《北京航空航天大学学报》（社会科学版）2019年第32期。