一个药师出现在多家药店结算明细中

当下整治医保骗保面临三大挑战

近年来，我国加大对医保基金违规使用、医保诈骗等行为的查处力度，严厉打击医保犯罪行为。据国家医保局统计，近5年来，各级医保部门共追回医保资金约1200亿元，通过智能监管挽回医保基金损失95亿元，医保基金监管工作成效显著。

但医保骗保这一顽疾尚未根治，《瞭望》新闻周刊记者调研发现，骗保形式多样且手段隐蔽、药品进销存管理链条存在漏洞、医保部门专业人才力量不足等，是当下整治医保骗保面临的三大挑战。



严打违法违规行为成效显著

近年来，各级医保部门不断织密制度网络、开展专项整治行动、升级智能监管工具，持续强化对医保违法违规行为的查处打击。

扎紧基金监管制度笼子。4月1日，国家医保局发布的《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则》（以下简称“细则”）正式施行，进一步明确医保行政部门监管职责、经办机构审核责任、定点医药机构主体责任等。

这一细则发布后，国家医保局结合典型突出问题细化监管要求，重点打击四类行为：一是通过车接车送、减免费用、发放好处费、赠送米面油等方式骗保；二是倒卖回流药；三是定点医药机构及其工作人员明知他人以骗取医疗保障基金为目的，冒名或者虚假就医、购药，仍然协助其就医、购药的；四是参保个人实施医保骗保行为。

“细则内容更有针对性、指导性，让监管过程有了更好的抓手。比如，细则对参保人违法行为、病种区分等方面都有更具体的规定，有了一个更精细的操作指南。”山西省大同市医疗保障局副局长孙峰说。

保持专项整治高压态势。回流药问题涉及领域多、交叉面广。4月至7月，国家医保局开展打击医保药品领域违法违规问题专项行动的第一阶段行动，精准打击倒卖医保“回流药”、串换医保药品、空刷套刷医保凭证、伪造处方、敛卡购药、年底冲顶消费等违法违规问题，及时追回医保基金损失。

此外，国家医保局还开展了医院养老院勾连骗保、精神类医疗机构骗保、超量开药、诱导困难群众住院、异地就医违规使用医保资金等一系列专项治理，更好守护医保基金安全。

今年1～6月，聚焦倒卖回流药历史顽疾，国家医保局下发线索14万余条，查处违法违规机构1.1万家，追回医保资金1017万元，移送市场监管、药监、卫健等部门2517家，移送公安机关85人，移送纪检监察机关41人。

强化智能技术监管赋能。近年来，国家医保局着力健全事前、事中、事后相结合，全流程、全领域、全链条的智能监管体系。在细则中，要求强化智能提醒、药品追溯码、视频监控等手段，在制度层面为大数据监督搭建“采集—审核—校核—处置—共享”的完整闭环。

孙峰认为，面对数量庞大的定点医疗机构、定点零售药店，智能化技术可以很好地解决基层人力不足的问题。同时，面对医保政策与规则的快速迭代，智能化体系有着更敏捷的响应能力，能更好保障监管的时效性与精准度。

“十四五”期间，国家医保局构建“异常住院”“医保药品倒卖”“重点药品监测”等大数据分析模型，精准锁定违法违规行为，提高监督检查的精度和力度，全国医保系统共追回医保基金1181.98亿元。

治理医保骗保三大难点

最高人民法院公布的数据显示，2024年，全国法院一审审结医保骗保犯罪案件1156件、判处罪犯2299人。记者采访发现，在高压查处力度之下，医保骗保问题在少数医疗机构仍有发生。

梳理近年来被曝光的相关案例，记者发现，当前医保骗保治理存在三方面突出难题：骗保形式多样且手段趋于隐蔽化，药品进销存各环节监管衔接不畅和医保监管专业人才较为短缺，有待完善制度机制、强化资源配置，多措并举破解监管堵点。

首先，骗保手段层出不穷，隐蔽性不断增强。记者采访发现，当前医保骗保主要表现在虚假诊疗、执业药师多点“挂证”代签等手段上。

一方面，虚假诊疗乱象花样百出：部分医疗机构虚报检验指征，把不满足住院标准的患者纳入医保住院报销；有的无实际诊疗行为，直接编造病历、伪造出院信息，形成“空挂床”现象；还有非执业人员开展诊疗、套用模板制作病历，再由执业医师签字。部分机构还通过发放“营销费”、过度诊疗、有偿收卡等方式诱导患者住院。

另一方面，药师“挂证”违规同样不容忽视。2025年4月，国家医保局对全国定点零售药店医保结算数据筛查显示，部分药师同一身份信息出现在多家药店结算明细中，涉嫌药师信息被冒用、药师“挂证”，线索涉及24个省份、23997家定点零售药店、9563名药师。

此外，存在医疗机构“改名换姓”规避打击现象。个别医院因违规被查处后，注销主体资质，销毁、隐匿病历与财务账册，通过更名、更换法定代表人重新注册，继续从事骗保活动。大同市公安局云冈分局刑侦大队大队长韩利江表示，2021年第一批医保诈骗案件集中查办后，不少涉案医院销毁账目；2022年第二批集中查处时，办案人员只能从药企等源头溯源对账，办案难度显著上升。

其次，药品进销存环节存在脱节。多名受访人士告诉记者，有骗保动机的医院通常和药厂联系，开一些假的随货通行单，让药品拥有新的“身份证”得以重复出入库。

山西省大同市平城区被查处的某民营医院的药房工作人员说，有时候同一药品有两种不同价格的随货同行单，价格相差3～4倍。

其中，“中药、理疗类项目是医保监管的难点，服务频次、程度难以量化，侦查取证阻力较大。”韩利江说，中药材存在个体处方差异，部分处方会搭配两三种名贵药材，实际可能出现多开少抓的违规情形。

大同市平城区医保局局长张瑞林表示：“药品是否上报，医院有很大的自主操作空间。”虽然多数医院已上线HIS系统，即集门诊住院管理、药品管理等功能于一体的院内信息协同平台，但部分医院使用自主开发的HIS系统，各医疗机构系统之间互不联通，容易出现医保报销数据的偏差与疏漏。

再次，医保监管专业人才力量存在短板。“我们工作人员多为各行业抽调而来，医学、药学专业人才储备不足。”孙峰说。

协同织密医保基金防护网

为了守牢医保基金安全底线，受访人士建议，健全多部门协同联动机制，建强专业化监管队伍，强化法治宣传教育，以多元举措守护好医保基金。

推动各部门联动信息化，进销存系统透明化。多名受访人士建议，完善线索移送闭环，建立统一的骗保线索核查、移送、处置、反馈机制，推动医保、公安、卫健、市场监管等部门建立数据共享、线索互移、联合研判工作机制。

大同市卫健委副主任王海东说，部门之间的信息化联动可以将监督前置，例如某种名贵药材药品频繁开处方，卫健部门和医保部门可以联动共享信息，对过度医疗等行为亮红灯。

韩利江建议，各地有关部门应推动完善医院进、销、存信息系统，将采购、销售、库存、财务等环节数据统一纳入系统，实时同步业务操作与数据，实现全流程可视化追踪和及时监控。

强化队伍专业化，加强与第三方力量协作。由于医保诈骗呈现链条化、数字化、隐蔽化特征，对监管人员的医学、药学、法律、大数据、财务稽查等复合型专业能力提出较高要求。

大同市医保局基金监管科负责人建议，培育成立专业打击骗保的队伍，强化队伍专业化，建立常态化培训机制，重点提升政策理解、经办操作和基金监管能力。同时，完善医保信息系统功能，推动数据平台向区县延伸，通过数字化工具简化流程，降低对人力的依赖，提升服务效能。

孙峰建议，聚焦医保基金核查需求，可加大第三方聘请力度，让医学、财务、计算机等专业人员参与检查，打通跨系统人才流动通道。建立第三方专家库动态管理、按需抽调、轮岗协作机制，规范专家聘请、考核奖惩全流程制度等，常态化参与医保基金专项检查、日常巡查、疑点核查等工作，构建“行政监管+专业核查”的复合型监管模式。

加强法治宣传教育，营造不敢骗、不想骗的社会氛围。大同市中级人民法院执行局一名负责人说，今年医保政策宣传过程中需衔接2029年省级统筹目标、门诊慢特病省内互认等改革方向，分层分类破除认知盲区。立足群众差异化的参保场景，对易受骗、易误入骗保误区的重点群体开展精准化政策普及。

多名基层工作人员建议，公安机关、人民检察院、人民法院进一步延伸办案职能，根据情况适时发布典型案例、开展以案释法，加强法治宣传教育，推动广大群众知法、守法，共同维护医疗保障基金正常运行和医疗卫生秩序。

据新华社

