



智能监控确保医保基金使用合规合法

专家解析安徽三甲医院违规超收患者21万多元医疗费一事

□ 本报记者 赵丽
□ 本报实习生 万鹏

近日,安徽省芜湖市第二人民医院被举报向患者超收21万多元医疗费一事,引发广泛关注。安徽省医疗保障局12月3日发布情况通报称,举报涉及的15个问题中有10个问题基本属实。经查,该院存在过度诊疗、过度检查、超量开药、重复收费、套用收费、超标准收费等问题,涉及违规医疗总费用21.82万元。

目前,芜湖市医保局按协议已完成处理措施:全额追回违规使用的医保基金,约谈医院有关负责人,分别移交公安、卫健部门进一步核查处理。

《法治日报》记者根据公开信息梳理发现,对于这一事件,公众关注的焦点主要集中在四个方面:芜湖市第二人民医院此举会不会被定性为骗保?医院账单是怎么形成的?伪造病历、虚开诊疗项目、虚开用药医嘱等问题为何频频出现?如何加强医保基金使用的监督和管理,推动我国医疗卫生事业健康发展?

围绕这些焦点问题,记者采访了相关业内专家。

违规使用医保会被定性为骗保吗

根据安徽省医疗保障局的通报内容,芜湖市第二人民医院“涉及违规医疗总费用21.82万元,其中违规使用医保基金18.70万元”。那么该医院行为究竟会不会被定性为骗保?公安、卫健部门在进一步核查后可能会进行怎样的处理?

“现在医保局认定的违规使用医保,而违规使用医保和多收钱是两个不同的概念。”中国政法大学医药法律与伦理研究中心主任刘鑫说,目前刑法没有专门关于医保犯罪的罪名,涉及医保或保险的刑事犯罪的罪名主要是保险诈骗罪、诈骗罪、合同诈骗罪。

刘鑫介绍,保险诈骗罪主要是指商业保险,而非这类社会保障的社保,所以一般涉及医保资金的诈骗都是按照诈骗罪或者合同诈骗罪来处理的。但无论是诈骗罪还是合同诈骗罪,都涉及虚构事实的问题。因此,就目前情况来看直接认定为犯罪的可能性不大。“不过,如果在后续查证中存在虚构病例骗取国家医保资金等情况,则可能属于诈骗行为。”

“实践中,对于欺诈骗保行为的‘数额较大’‘数额巨大’‘数额特别巨大’的认定比较困难。本案涉及的行为是否构成刑法的诈骗罪,要看具体情节。”首都医科大学医学人文学院副教授孟彦辰告诉记者,2021年12月8日发布的《国家医保局 公安部关于加强查处欺诈骗保案件行刑衔接工作的通知》对骗取医保基金案件行刑衔接的具体金额没有明确规定,我国刑法第266条没有区分单位(法人)犯罪和个人(自然人)犯罪,也没有将情节严重的医保基金诈骗罪和一般的诈骗罪予以区分,所以导致司法实践中如何认定刑法规定的“数额较大”的标准来确定诈骗罪,一直是困扰司法界的难点。

“骗取医保基金涉嫌犯罪的,绝大多数以刑法第326条规定的诈骗罪论处。”孟彦辰说,公安部门立案侦查,对案件进行调查取证,并将案件移交检察机关审查起诉。卫健部门会根据核实的情况,对医疗机构和相关人员的违法行为依法依规处理,如责令改正,给予警告,没收违法所得,罚款等;情节严重的,责令暂停执业活动甚至吊销医师执业证书。

中国医师协会法律事务部主任邓利强则提醒说,在进一步查证过程中,要考虑到医疗诊治的复杂性,医疗是具有强烈个性化、个性化服务的行业,“应安排专业医生参与查证,不能只由财务人员去调查落实该院医保使用问题”。

患者的医疗账单是怎样形成的

对于这起违规使用医保基金案,有民众为患者家属点赞,因为其以“统计模型”方式查出问题;也有民众直言,对于没有相关专业知识的患者来说,看不懂医疗账单怎么办?

那么,每位患者的医疗账单是如何形成的,医院



《违规用医保》漫画/高岳

又是如何记账的?

“基于医疗诊疗项目定价的标准,由临床医师下达医嘱按规范和实际诊疗情况填写就诊人的病历记录,各个医技部门根据医嘱内容和病案记录,将医疗服务项目(药品、医用耗材)的名称、数量、价格、计价单位、金额等信息进行翔实的记载,形成患者每日的明细清单。”孟彦辰说,患者出院或离院时,这些明细清单依据财务指标归类汇总形成结算清单,再根据医保支付政策,划定医保基金、救助(补助)资金、个人自付资金等方式按照规定承担比例进行支付。一般情况下,在个人承担一定自付费用的前提下,剩余大部分医保费用都是通过医保支付的形式由医保部门统筹支出向医院付费。

据首都医科大学医学人文学院卫生法学系讲师乔宁介绍,医院记账分为五步:摘要总账,医院财务部门会首先汇总收到的各种票据,凭证等财务文件,然后进行摘要总账。

凭证录入,把各种财务凭证逐张录入票据中,根据凭证的类型,将其记入各个科目的明细账中。

账户做账,根据凭证分别在应收账款账户、应付账款账户、现金账户、库存账户和收入账户等财务科目中进行记账、核算收支。

核对编制月末(季末)报表。在月底(季末),对所有财务凭证进行核对,在各财务主科目中结转,准备财务报表。

期末结账,期末会根据法定要求,做一次期末结账,确定本期的收入和支出。

“对于患者来说,虽然存在医患信息不对称的情况,但并不代表对医院超收等行为只能‘自认倒霉’。”孟彦辰说,针对患者缺乏诊疗专业知识,不了解诊疗服务流程等问题,卫生行政部门应该加强宣传,同时定点医院也要强化医患之间的沟通,让患者全面了解病情及用药情况,了解前往医院就诊时的各个流程环节。患者务必留存相关信息文件及费用支付账单,仔细对比医嘱、护理记录、费用清单三项资料可能出现的过度诊疗、过度检查、超量开药、重复收费、套用收费、超标准收费等问题。

“患者对账单有疑惑的时候,有权要求医院解释清楚。医生也有义务对医患与病人一一介绍相关的花费问题。”邓利强说。

虚开诊疗项目等乱象缘何频发

本案中,患者家属发现,芜湖市第二人民医院还涉嫌虚构治疗项目,如虚构患者接受运动疗法。《费用明细清单》显示其父亲接受运动疗法231次,共11088元。换言之,其父亲住院117天,平均每天接受2

次运动疗法,即便是在患者危重状态等属于绝对康复禁忌的时期也没有例外。

现实中,伪造住院、伪造病历、伪造票据、虚开诊疗项目、虚开用药医嘱、虚构人库、冒名使用医保卡等现象并不鲜见,背后原因为何?

“这其中的根源或是,医保支付对医生提供医疗行为的影响是显著的。”一名在北京某医院从事多年物价工作的人士指出,不同类型医保支付方式对医生提供医疗行为影响不同,这与相应医保政策的报销范围、报销比例以及起付线等政策内容相关。

“一直以来,我国医院传统的医保支付方式是按项目付费,即根据诊疗过程中用到的所有药品、医疗服务项目、医用耗材等,医院在诊疗过程中使用多少,医保和患者根据比例就支付多少。”孟彦辰说,这种传统制度模式下,慢慢就会滋生“大处方”“大检查”等过度医疗行为,造成医保基金过量支出,医疗资源过度浪费等严重后果,而且使得参保人承担过多的医疗费用开支,产生更重的经济负担。

刘鑫提到,我国对医院的定位一直都是非营利性、公益性的医疗机构,却没有相应的费用支持,医院陷入生存和发展的“尴尬”局面。“目前乡镇卫生院有国家补贴,人员工资有相应保障,省级甚至国家级医院又在大量吸纳病人,而一些地级市的三甲医院、县级医院就处于‘两头受气’的局面,其技术也不如省级医院,就会想尽办法增加收入,可能会驱使其‘动一些歪脑筋’。”

“医院管理人员、医务人员对医院违规使用医保资金持漠视态度,认为从医保资金中套取费用并不是大事,大不了退回或者罚款。此外涉及科室的效益问题,医院会对科室下达一定的创收、绩效等目标考核的要求。在这样的动机驱使下,一些医院会打‘擦边球’,甚至直接违反国家医保政策的规定。”刘鑫说。

乔宁认为,个别医生为了增加利润,违背职业操守,诱导求医者增加不合理的医疗需求,利用诊断、处方的权力为患者做不必要的治疗,或直接利用信息优势联合参保患者编造虚假的住院信息,骗取医保基金。还有一些社会医疗保险机构的部分工作人员不认真履行职责,对虚假的医疗资料不予审查,便向他人支付医疗保险基金,或利用自己的职务便利,和参保人共同骗保,为骗取医疗保险基金提供便利。

医保基金监管机制如何有效落实

为杜绝违规风险,我国一直在医保支付方式的改革中探索解决方案。2019年,我国开始试点按疾病诊断相关分组付费(DRG)和按病种分值付费(DIP)两种新型付费模式。

据孟彦辰介绍,试点地区的医疗机构在新型付费模式下,主动控制成本,减少不必要的诊疗、医药以及耗材项目,精细化管理程度提高。“医院的效率、资源配置等多项绩效指标均有明显改善,比如药均费用、医药耗材费用,住院时长等指标逐年下降,给老百姓看病就医减轻了负担。这两种医保支付方式改革都是通过打包定价的方式,促进医疗机构转变运行机制,促使医疗服务提供方主动控制成本,为参保群众提供健康所需要的最适宜的服务。”

“但芜湖市第二人民医院超收21万元医疗费这一事件,也暴露出我国医保基金监管机制未能得到充分有效的落实。”孟彦辰说。

在他看来,医疗保障最大的特点是第三方支付,这使得医保基金在管理、使用、支付等各个环节存在各种道德风险。从世界范围来看,在整个社会保障体系建设中,医疗保障的困难最多。由于社会医疗保险本身是一种多元付费的体系,基金本身也存在碎片化的现象,监管的主体多,利益关系非常复杂。“因为医保不仅负责筹资,还负责管理医疗服务的供给,而医疗服务行业的各种特殊性,如医患信息不对称、医疗产出不确定、医疗保险的道德风险等,使得监管医疗保障基金存在困难,需要较强的技术手段和制度约束。”

乔宁也提出,就我国目前的医保基金监管而言,监管单位数量较多,涉及医疗服务提供方、政府、医疗保险监管机构、药监局以及保险公司、会计师事务所等第三方机构,然而,各部门本身属于不同的领域,具有不尽相同的职责范围,其在监督管理过程中存在交叉管理和重复监管问题。

“这些部门需要形成联合工作机制,加强信息共享,但多方关系的参与会造成信息共享存在滞后性,使得协同监管存在衔接问题,不利于医保基金的动态实时监管。”乔宁说,在这种情况下,若医保基金的运行监管出现问题,各部门之间也容易推卸责任,导致事件不能在第一时间得到解决。

在邓利强看来,应当尊重医生的处方权和自由处置权,而对于串医保单子,挂床等问题应该加强监管,同时也要保证医院合理的财务来源,让医生能够心无旁骛地给患者看病。

受访专家认为,应当健全完善基金监督检查、智能监控、举报奖励、信用管理、综合监管、社会监督等行业外部的监管制度,共同保障医保基金的安全和合理使用,同时推进行业自律管理,引导和支持医药卫生行业组织在促进行业自律等方面发挥更好的作用。

“当前我国刑法和社会保险法中有对骗保行为的处罚规定和对基金监管的部分规定,并未对医保基金的违规使用环节进行全过程的规制,因可能侵害医疗保险基金的主体复杂,故丰富立法,细化医保基金监管的法律法规,建立多角度的医疗保险监管的法律体系是当前迫切的任务。”乔宁说。

孟彦辰建议,进一步推进医疗信息化,实现收费透明化,医院通过信息化手段将各项收费公开透明地展示给患者,使患者能够清楚了解各项费用的具体情况,从而增强对医院的信任度和满意度。另外,尽快出台针对智能监控系统的标准体系,深入推进医保智能监控制度发展,强化医疗保障信息基础设施建设,维护信息平台运行安全,实现“保障医保数据安全”与“打击欺诈骗保”的有效平衡。

“建立科学有效的监管机制需要政府、社会和医院共同努力,通过完善法律制度,加强行政监督,推进信息化建设,智能监控以及加强教育和培训等多种手段,全方位加强对医保基金使用的监督和管理,促进政府监管、社会监督、行业自律和个人守信有机结合,从而保障患者的合法权益,推动医疗卫生事业的健康发展。”孟彦辰说。

□ 本报记者 潘从武
□ 本报通讯员 赵书城

近日,曾诺(化名)第三次到新疆乌鲁木齐市公安局经济技术开发区(头屯河区)分局火车站派出所现身说法。在当天的禁赌宣传活动中,他与该所副所长唐涛共同讲述不久前发生的事情。

彼时,曾诺与一起到新疆务工的19名同乡因参与“押宝”类赌博被民警查获。据统计,该赌局涉案资金颇大,仅桌面赌资便达2万余元。

唐涛:巡逻途中发现异常

作为火车站派出所分管案件的副所长,我对这起案件印象深刻,因为很少遇见这么明目张胆的赌博行为。

那天凌晨2点,我与同事在辖区开展夜间巡查,巡逻一处自建房屋时,我们发现异常:已是深夜,这间房屋却亮着灯,还不时传出说话声和笑声。

起初我们认为是朋友聚餐,想提醒他们小点声,但靠近房屋时,一位同事隐约听到“给钱”“再来一局”等叫喊声。

凭借多年的工作经验,我们立即意识到屋内可能涉嫌聚众赌博,随后,我们排除了房屋周边道路,在确认无人“放风”后,我与同事多点出击,同时冲入房内,控制现场。

自建房宽敞的客厅中间摆放着一个大方桌,10余人围在桌旁,桌上有大量现金和塔状的小盒子。

取证工作随之展开,我与同事有条不紊地收缴赌资,控制人员。同事突然高声呵斥:“扔什么呢!”我上前查看发现,一名男子将桌上的现金扔进脚边的垃圾桶,并将赌具装进口袋,意图隐藏证据。

“我是被迫的!我不参加赌局,他们就不认我是同乡。”被发现后,男子赶忙辩解。

“似乎能从他身上寻找突破口。”我这样想着,认识了这名叫曾诺的男子。

曾诺:翻盘回本就收手

那天我们在新疆务工的同乡聚餐的日子,接到同乡陈某组织聚餐的电话后,我立刻赶赴饭局。

席间,大家都很高兴,我也喝了好几杯酒,一时有些“上头”。当听到陈某“玩几把‘押宝’”的提议时,我没有拒绝,反而趁着酒劲儿鬼使神差地坐上了赌桌,眼看输了近百元,我后悔了,站起身想离开,但在场的同乡却不同意,陈某甚至说:“这就要走,你还算什么同乡。”说罢,他又安慰我,“小赌怡情,不会有事的。”我只得硬着头皮坐下了。

“押宝”玩法十分简单,只要在塔状的小盒子内放置一个可旋转的正方形盒子,玩家通过竞猜盒子各面图像的方式押注赌博。我们玩得“不大”,每局最少押注20元,上限200元,但在赌桌上,人会失去理智,对金钱的掌控越来越弱。

不到1个小时,我就输了1500元。作为一名务工人员,这是我为孩子报绘画兴趣班攒下的学费,我不甘心,又通过转账向妻子要了1000元作为赌本,抱着“翻盘回本就收手”的心态,再次押注。

这期间,我虽然有输有赢,但整体处于负收益状态。赌至深夜,我的赌本仅剩200元。此时,我已赌红了眼,看着赌桌上大把的现金,我总想着赢进自己的口袋,贪欲膨胀之下,我又向同乡借钱参赌。

我再次下注时,门突然被撞开,我尚未来得及回头,喝止声便从背后传来:“都不许动!”

警察来了!我猛然一惊,仍不忘趁乱在赌桌上抓了一把现金,伺机扔进了垃圾桶,并将“押宝”赌具塞进口袋。

扔钱、藏赌具,我以为这样就能躲过法律惩戒,还可使部分资金避免被收缴,挽回我的损失,没想到还是被民警发现了。但正是民警的呵斥,将我从“赌徒心理”中拉了出来。

被拘留期间,回忆起赌桌上疯狂的自己,我深感后悔和害怕。拘留结束后,我多次来到派出所接受禁赌宣传培训,并决定将自己的经历分享给大家,希望以此警示他人认清赌博的危害。

尾声

据了解,火车站派出所此次现场抓获涉嫌参赌人员19人,查获赌具麻将个,“押宝”赌具4副,现场查获赌资2万余元。

目前,19名参赌违法行为人分别受到行政拘留15日并处罚款1500元的处罚。

赌局组织者陈某因涉嫌聚众赌博另案处理,案件正在进一步侦办中。

涉赌人员现身说法,感叹:贪欲膨胀,上桌容易下桌难

法治进步足迹的全面记录 最新司法信息的及时发布 司法形象展示的主要窗口 法治精神传播的主要阵地 司法经验交流的重要平台

欢迎订阅2024年度 人民法院报

