

# 基本医疗保险“欺诈骗保”现象的影响因素及路径研究 ——基于我国 31 个省级案例的清晰集定性比较分析

姚强<sup>1,2\*</sup> 杨菲<sup>1</sup> 郭冰清<sup>3</sup>

1. 武汉大学政治与公共管理学院 湖北武汉 430072

2. 武汉大学社会保障研究中心 湖北武汉 430072

3. 中国人民大学公共管理学院 北京 100872

**【摘要】**目的:探索欺诈骗保现象发生的关键因素和路径,为我国医保基金监管改革和欺诈骗保现象的治理提供依据。方法:基于史密斯政策执行理论,利用国家审计署、国家医保局公布的 110 起典型案例,通过清晰集定性比较分析方法,分析欺诈骗保的关键因素和路径。结果:我国欺诈骗保主体和手段主要包括经办机构超范围支付、公立医院自立收费项目或提高收费标准、民营医院和基层卫生机构虚构住院、定点药店上传虚假销售记录以及参保人重复报销等。当地监管政策制定情况、民营和基层医疗机构、居民收入水平、主政官员工作经历、监管技术水平以及医保基金充裕程度是影响骗保现象发生的前因条件,并形成了目标群体妨碍、执行机构失守、政策表面执行和强监管—高发现的骗保路径。结论:目标群体妨碍是我国欺诈骗保发生的重要主体和路径,应加强经济水平较低地区的民营和基层医疗机构治理。执行机构失守从主动和被动两方面加剧了欺诈骗保发生,需通过完善医保监管体制和监管技术方式以提高监管机构能力和水平,避免政策表面执行等问题。

**【关键词】**基本医疗保险;欺诈骗保;定性比较分析;史密斯政策执行理论  
中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2020.11.004

## Study on the paths of basic medical insurance frauds and their influencing factors: A crisp-set qualitative comparative analysis of 31 provinces in China

YAO Qiang<sup>1,2</sup>, YANG Fei<sup>1</sup>, GUO Bing-qing<sup>3</sup>

1. School of Political Science and Public Administration, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

2. Center for Social Security Studies, Wuhan University, Wuhan Hubei 430072, China

3. School of Public Administration and Policy, Renmin University of China, Beijing 100872, China

**【Abstract】**Objective: To explore the key factors and paths of basic medical insurance frauds, and provide a basis for the reform in the supervision of China's medical insurance fund and the treatment of fraudulent insurance cases found in the basic medical insurance system. Methods: Using data from the 110 typical cases announced by the National Audit Office and the National Health Security Administration, clear set of qualitative comparative analysis (csQCA) were used to analyze the effects of potential factors and paths of medical insurance frauds based on the Smith policy implementation theory. Results: The main bodies and methods of insurance fraud include over-payment by agencies, self-supporting charging items or raising charging standards in public hospitals, fictitious hospitalizations in private hospitals and primary healthcare institutions, uploading false sales records in designated pharmacies, and repeated reimbursements of insured persons, etc.. The formulation of local regulatory policies, private and primary healthcare institutions, residents' income level, leading officials' work experience, the regulatory technology level, and the balance of medical insurance funds were the key conditions affecting the occurrence of fraudulent cases in medical insurance. Four types of paths of insurance fraud were found to be obstacles including the target groups, fail-

\* 基金项目:国家自然科学基金青年项目(71603188);国家卫健委卫生技术评估重点实验室(复旦大学)开放基金(FHTA2019-01);中国人民大学中央高校建设世界一流大学(学科)和特色发展引导专项资金(20200090)

作者简介:姚强(1988年—),男,博士,副教授,研究方向为卫生服务和健康保障。E-mail:yaoqianghero@126.com

通讯作者:郭冰清。E-mail:guobingqing@ruc.edu.cn

ure of enforcement agencies, superficial implementation of policies, and strong supervisor or a high-detection of fraudulent insurance path. Conclusions: The target group obstructions is an important subject and path for insurance fraud in China. The governance of private and primary healthcare institutions in areas with lower economic levels should be strengthened. The failure of enforcement agencies has aggravated the occurrence of insurance fraud from both active and passive aspects. Therefore, it is necessary to improve the medical insurance regulatory system and regulatory technical methods to improve the capabilities and levels of insurance monitoring and avoid superficial implementation of policies.

**【Key words】** Basic medical insurance; Insurance frauds; csQCA; Smith policy implementation theory

我国基本医保制度自建立以来,在维护人民群众健康权益、缓解因病致贫发挥了积极作用。然而,医保政策执行偏差问题屡见不鲜。其中,欺诈骗取医疗保险基金是我国医保政策执行偏差中影响最为严重的现象之一。“欺诈骗保”现象频发,致使社会福利遭受重大损失、公众信心受到挫伤。国家医疗保障局成立后,将打击欺诈骗保、维护基金安全作为 2019 年重点任务之一。<sup>[1]</sup> 2020 年,国务院办公厅印发《关于深化医疗保障制度改革的意见》和《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》,再次强调打击欺诈骗保行为的紧迫性和重要性。<sup>[2-3]</sup>

国内学者主要从医保的管理体制、补偿机制、监管技术等方面对我国基本医保基金流失的原因进行了探索。<sup>[4]</sup> 如范转转等基于扎根理论总结提出欺诈骗保个体、组织、制度和环境四个层面的归因路径。<sup>[5]</sup> 然而,国内欺诈骗保原因研究仍以个案研究、定性总结或单纯理论分析为主,缺乏理论与定量证据的结合。<sup>[5-6]</sup> 同时,对欺诈骗保的多重并发原因及其影响路径的关注较少,导致对我国欺诈骗保行为的发生机制认识有限,如何有效治理欺诈骗保现象缺乏理论与实践相结合的有力证据。因此,本文以史密斯政策执行理论为框架,通过定性比较分析方法,对我国 31 个案例省(自治区、直辖市)进行分析,探索影响骗保发生的关键因素及作用路径,为我国医保基金监管和欺诈骗保治理提供参考依据。本文中“欺诈骗保”是指在基本医保的支付环节,组织或个人主动或协助他人通过隐瞒、捏造事实等方式致使基金违规支付的行为,包括虚构医疗服务、非法使用医保凭证、超范围报销等。<sup>[7]</sup>

### 1 理论框架与研究假设

史密斯模型(Smith-Model)广泛应用于公共政策执行结果的因素研究,其认为影响政策执行结果的前因条件主要包括理想化政策、目标群体、执行机构

和环境因素四个维度<sup>[8]</sup>(图 1)。

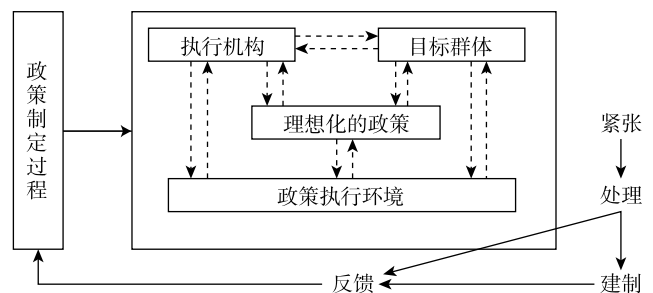


图 1 史密斯政策执行模型

本研究基于史密斯模型及医保基金监管相关研究,结合专家意见综合确定影响骗保现象发生的前因条件。(1)理想化政策维度指政策制定者未充分考虑政策在地方实施过程中的具体状况而导致的执行困境,通常针对特定地域的医保政策更能顺畅和有效的执行<sup>[9]</sup>,提出前因条件 1“省级是否出台了医保基金监管的专门性政策”。(2)目标群体维度指目标群体政策的回应对于政策执行效果的影响,医疗机构和参保人群是医保政策的主要目标群体,同时,医疗机构类型<sup>[10]</sup>和参保人群经济状况<sup>[11]</sup>与欺诈骗保现象密切相关,提出前因条件 2“该省被通报案件是否涉及民营机构”和前因条件 3“该省居民收入水平是否较低”。(3)执行机构维度指领导层特征和执行能力对于政策执行效果的影响,其中医保机构领导的背景特征<sup>[12]</sup>和执行机构的信息水平<sup>[13]</sup>与当地对医保监管的重视程度和监管能力密切相关,提出前因条件 4“省级基本医保管理部门主政官员是否具有人社或卫生领域工作经历”和前因条件 5“医保基金监管技术水平是否较高”。(4)环境维度主要指政治和经济环境对于政策执行的影响,欺诈骗保严重影响基金安全,而医保基金的充裕程度作为反映基金安全的重要方面,提出前因条件 6“该省医保基金是否相对充裕”(表 1)。

表 1 案例结果、前因条件赋值规则

维度	名称	属性	赋值	资料来源
案例结果	骗保高发	骗保不高发:案件数低于平均水平 (<3.55 起)	0	审计署、国家医疗保障局官网
		骗保高发:案件数高于平均水平 (≥3.55 起)	1	
理想政策	前因条件 1:政策采纳	未出台:案发前三年内未出台基金监管政策	0	国家和地方政府官网
		出台:案发前三年内出台了基金监管政策	1	
目标群体	前因条件 2:民营机构	未涉及民营机构:无民营机构骗保案	0	民政部“中国社会组织公共服务平台”、国家市场监督管理总局“全国企业信用信息公示系统”等确定
		涉及民营机构:有民营机构骗保案	1	
	前因条件 3:居民收入	收入较高:居民可支配收入高于全国平均水平	0	中国统计年鉴(2014~2019)
收入较低:居民可支配收入低于全国平均水平	1			
执行机构	前因条件 4: 主政官员经历	无经历:案发期间至少 1 位负责人无相关工作经历	0	人民网、地方政府官网等
		有经历:案发期间历任负责人均有相关工作经历	1	
	前因条件 5: 信息技术水平	技术水平较低:两大项目*至少有一个项目建设不足(入选地级市数未超全国平均数或 2011 年前未启动基金监管软件联网工作)	0	人社部官方网站
		技术水平较高:两大项目均建设良好(入选地级市数超全国平均且 2011 年前启动基金监管软件联网工作)	1	
环境因素	前因条件 6:医保基金	基金不充裕:案发期间年度基金结余出现负数	0	中国卫生健康统计年鉴(2014~2019)、中国统计年鉴(2014~2019)
		基金充裕:案发期间年度基金结余均为正数	1	

注:\*“金保工程”和人社部基金监管软件联网项目。

## 2 资料与方法

### 2.1 案例选择

本文以我国除港澳台外的 31 个省级行政单位为案例对象,2017 年 1 月审计署通报的基本医保基金问题、2019 年上半年国家医保局通报的三批骗保典型案件为数据源。<sup>[13-17]</sup> 案例选择原则如下:(1)选择中央部门通报案件,而非省级自发通报案件,减少了各省查处力度差异导致的案件数量内生性问题。(2)纳入多部门公布案件,不仅仅关注医保部门公布案件,通过多源数据提高案例的代表性。最终纳入案例 110 起,案发时间为 2013—2018 年,各省案件平均数约 3.55 起,中位数 4 起,其中湖北案件最多,共 8 起,西藏最少,未被通报(表 2)。

### 2.2 研究方法

QCA 是基于集合思想的定量研究方法,能够整合多源数据案例,探究前因条件、路径与结果间的复杂关系。QCA 将案例看成由条件和结果组成的个案,通过前因条件和结果赋值。然后,构建真值表并进行布尔代数运算。最后,通过参数对结果评价,确定导致结果发生的关键条件和路径。<sup>[18]</sup>

表 2 案例基本情况(按案件数排序)

案例省份	案发时间	案件数(起)	案例省份	案发时间	案件数(起)
湖北	2014—2018	8	福建	2015—2018	3
内蒙古	2015—2017	7	河北	2015—2018	3
安徽	2015—2018	6	山西	2015—2018	3
山东	2013—2018	5	四川	2015—2018	3
广西	2015—2017	5	云南	2015—2018	3
甘肃	2015—2018	5	重庆	2015—2018	3
湖南	2015—2018	5	上海	2013—2017	2
江苏	2015—2018	5	河南	2013—2018	2
陕西	2015—2018	5	北京	2015—2018	2
吉林	2015—2018	5	贵州	2015—2018	2
广东	2015—2018	4	青海	2013—2018	1
海南	2013—2018	4	天津	2013—2018	1
黑龙江	2013—2018	4	浙江	2013—2018	1
辽宁	2013—2018	4	新疆	2015—2018	1
江西	2015—2018	4	西藏	2013—2018	0
宁夏	2015—2018	4			

本研究选择清晰集定性比较分析方法(Crisp-sets qualitative comparative analysis, csQCA)。(1)案例赋值:根据 csQCA 的赋值原则和之前相关研究经验(当缺乏成熟理论标准时可使用平均值或中位数等机械分界点),以平均数作为案例结果临界值,对前因条件和结果进行二分化处理<sup>[18]</sup>(表 1)。(2)结果评价:通过一致性(Consistency)和覆盖率(Coverage)两个指标评价影响因素和路径。其中,一致性用于检验必要性,超过 0.9 时,认为该条件或路径是

结果的必要条件(公式 1);覆盖率用于检验充分性,反映解释力,超过 80% 时,说明构成充分条件(公式 2)。<sup>[19]</sup> 路径分析中,整体覆盖率一般以超过或接近 50% 为宜。<sup>[20]</sup> 其中 X 表示前因条件, Y 表示案例结果。

$$\text{Consistency}(Y_i \leq X_i) = \Sigma [\min(X_i, Y_i)] / \Sigma(Y_i) \text{ 公式 1}$$

$$\text{Coverage}(X_i \leq Y_i) = \Sigma [\min(X_i, Y_i)] / \Sigma(X_i) \text{ 公式 2}$$

(3) 稳健性检验:为避免二分标准对结果科学性带来的影响,本研究借鉴既往经验做法,采用提高案件结果赋值标准(赋值为 1 的标准,由 4 起提高为 5 起)和通过模糊集赋值(采用 95%、50%、5% 三个分界点,减少二分化导致的测量误差和信息损失)两个方法进行了稳健性检验。本研究使用软件为fsQCA2.5。

### 3 结果

#### 3.1 欺诈骗保主体及手段

研究发现,欺诈骗保的核心主体涉及医保经办机构及其工作人员、定点机构及其工作人员和参保(合)人群三类,借鉴之前研究按照骗保主体可划分为单一主体和复合主体骗保两大类<sup>[4]</sup>,具体分布情况见表 3。

单一主体骗保案是我国骗保的主要形式,共 72 起(65.64%)。其中,公立医院骗保案最多,为 34

起。其次为民营医院,或是实际由民营医院控制经营的公立性质机构,共 15 起,考虑到定点机构中公立、民营医院数量及其服务量占比情况,民营医院发生率更高。骗保手段方面,经办机构骗保手段是超范围报销或挪用为其他支出,如将基金挪用为卫生院经费。公立医院多采用自立收费项目、提高收费标准等方式,其中不乏大型三甲教学医院。基层卫生院和民营医院则多采用诱导住院、伪造病历等方式。药店则主要为上传虚假销售记录。

复合主体骗保案件共 38 起,约占案件总数的三分之一(35.54%)。其中,经办机构与参保人共同骗保是复合主体骗保的重要形式,共 18 起,骗保手段多为重复报销,其中以险种间重复报销最为常见。该类型中,参保人主观因素是骗保始因,经办机构监管不严或技术漏洞为骗保提供了客观条件。定点机构与参保人合谋骗保共计 19 起,其中定点医疗机构与参保人合谋共 10 起,多发生于民营医院,常见手段是门诊挂床。定点药店与参保人合谋共 9 起,常见手段为违规利用医保卡购买日用品,甚至提取现金等。该类型中,定点机构和参保人共谋骗取医保资金获益是共同动因。此外,经办机构与定点机构合谋骗保案较少,主要通过超标准结算诊疗项目。

表 3 110 起欺诈骗保案件基本情况

案件类型	骗保主体	公私属性	机构类型	案件数(起)	案件占比(%)	主要骗保手段
单一主体	经办机构	—	—	11	10.00	超范围报销(超险种、超封顶线、报销省外非定点医院);挪用为其他支出等。
	定点机构	公立	医院	34	30.91	医疗机构:自立收费项目、提高收费标准;诱导住院、分解住院;伪造病例;过度治疗;虚假发票等。
			基层	6	5.45	药店:上传虚假销售记录;串换处方等。
		民营	医院	15	13.64	
			药店	4	3.64	
不明	医院	2	1.82			
复合主体	经办机构 & 参保人	—	—	18	16.36	多险种、统筹区间重复报销;虚假发票。
	定点机构 & 参保人	公立	医院	2	1.82	医疗机构:医生协助参保人冒用医保卡;挂床、虚构住院等。
			基层	2	1.82	药店:利用医保卡违规销售日用品等。
		民营	医院	6	5.45	
			药店	9	8.18	
经办机构 & 定点机构	民营	医院	1	0.91	超标准与定点机构结算诊疗项目等。	

#### 3.2 前因条件分析

如表 4 所示,所有条件一致性都未超 0.9,均不构成必要条件。未出台政策、涉及民营机构、居民收入较低、主政官员无相关经历、技术水平较低近似为

必要条件。“涉及民营机构+居民收入较低”、“主政官员无相关经历+技术水平较低”的一致性超过 0.9,说明当更全面地考量时,目标群体、执行机构问题会成为骗保发生的必要条件。

表 4 前因条件(组合)必要性、充分性情况

前因条件	一致性	覆盖率(%)
未出台政策	0.88	56.00
出台政策	0.13	33.33
未涉及民营机构	0.13	18.18
涉及民营机构	0.88	70.00
居民收入较高	0.19	42.86
居民收入较低	0.81	54.17
主政官员无相关经历	0.88	48.28
主政官员有相关经历	0.13	100.00
技术水平较低	0.81	54.17
技术水平较高	0.19	42.86
医保基金不充裕	0.38	50.00
医保基金充裕	0.63	52.63
涉及民营机构 + 居民收入较低	0.94	55.56
主政官员无相关经历 + 技术水平较低	1.00	51.61

3.3 路径分析

QCA 路径分析结果包括复杂解、中间解、简约解,其中中间解平衡了启示性与普适性,最具有价值<sup>[21]</sup>,结果如表 5 所示。通过路径分析发现,我国欺诈骗保主要为目标群体妨碍、政策表面执行、执行机构失守和“强监管—高发现”四种类型,其整体覆盖率达到 43.75%,四种路径可以解释我国近一半的欺诈骗保发生现象。

表 5 欺诈骗保事件发生的路径(中间解)

类型	类型一		类型二		类型三		类型四	
路径	1	2	3	4	5	6		
出台政策	—	⊗	⊗	●	⊗	⊗		
涉及民营机构	●	●	●	●	●	●		
居民收入较低	●	●	●	●	⊗	—		
主政官员有相关经历	●	⊗	—	⊗	⊗	⊗		
技术水平高	⊗	—	⊗	⊗	⊗	●		
医保基金充裕	⊗	⊗	⊗	●	●	⊗		
一致性	1	1	1	1	1	1		
原始覆盖率(%)	12.50	12.50	12.50	6.25	6.25	12.50		
唯一覆盖率(%)	6.25	0.00	0.00	6.25	6.25	6.25		
整体一致性	1							
整体覆盖率(%)	43.75							

注:“●”表示对应条件发生,“⊗”表示条件不发生,大圆表示核心条件,小圆代表次要条件,“—”表示该条件未被提及。原始覆盖率指路径所能解释的案例比例;唯一覆盖率指仅能被该路径解释的案例比例,整体覆盖率指所有路径能够解释的案例比例。

3.3.1 目标群体妨碍型

该类型包括路径 1~3,主要指由于定点医疗机构和参保居民目标群体导致的欺诈骗保类型。当医

疗服务发生在民营机构并且当地居民收入较低时,无论其他不利条件是否出现,骗保事件均高发。代表性地区包括甘肃、宁夏、陕西、安徽,四省骗保案中有 4 起为民营医院诱导住院,占全部案例的 20%;案发期间甘肃人均居民可支配收入位列全国第 30,宁夏、陕西分别为 22、21 位,均属较贫困地区。该类型路径覆盖率最高,每条路径覆盖率达到 12.5%,是目前我国欺诈骗保行为的主要发生路径。

3.3.2 政策表面执行型

该类型为路径 4,指当地出台了本地化的医保基金监管政策,但基于医保基金充足的外环境原因,同时当地主政官员缺乏相关专业背景和信息技术条件,本地化政策并未有效避免医保基金欺诈骗保现象的发生。代表性地区为广西,2014 年 5 月人社部要求各省进行基金监管自查,于次年 1 月底上报;该省于 2014 年底出台基金监督举报奖励办法,2015 年 1 月起实施,然而并未避免后期巡查广西骗保事件的高发现象(共 5 起,并列第四)。因此,在医保基金等外环境较为宽松的环境下,本地化政策在执行过程中容易发生“以政策执行政策”的表面执行现象,最终导致政策未发生预期效果。

3.3.3 执行机构失守型

该类型为路径 5,指主要由于医保监管执行机构管理动机或能力不足导致的欺诈骗保路径。当主政官员缺乏医保或卫生相关专业背景,医保信息技术监管水平较低,加之医保基金充足及相关外环境的宽松,即使相对前两类路径目标群体因素减弱,依然容易发生欺诈骗保现象。代表性地区为内蒙古,当地主政官员既往任职于旅游管理等领域,与医保和卫生的专业差异较大,同时当地软件联网启动较晚,监管技术水平也较低,导致内蒙古巡查发现欺诈骗保案例 7 例,高居第二位。因此,医保管理执行机构的监管水平和能力不足是欺诈骗保发生的重要路径类型之一。

3.3.4 “强监管—高发现”型

该类型为路径 6,主要指在目标群体、执行机构和外部环境维度相对其他三类欺诈骗保不利因素减弱的条件下,即每个维度不利因素没有达到完全一致时,因医保基金监管信息技术水平提高,而出现的欺诈骗保事件高发现象。代表性地区为山东、安徽,两省医保基金监管系统较完备,能够高效地发现和查处违规行为,为欺诈骗保的巡查发现提供了条件。因发现率的提高导致欺诈骗保案件通报数量的提高

(安徽 6 起排名第三,山东 5 起排名第四)。与之前三类路径均发生在医保基金监管信息水平相对较低的情况下不同,本路径在其他不利因素均减弱的条件下,欺诈骗保的实际发生率应该更低,然而,由于信息技术水平导致巡查发现率的升高,最终抵消了其他条件的效果,导致欺诈骗保巡查通报数量的单纯性增高。

此外,通过提高案件结果赋值标准和模糊集赋值不同方法分析发现结果路径一致,说明本研究结果具有较好的稳健性<sup>①</sup>。

## 4 讨论与建议

本研究将 QCA 这一较新颖方法引入社会保障基金监管研究中,较好地弥补了本领域以传统定性研究为主的不足,提供了一种科学性更强的全新思路。同时,为我国欺诈骗保事件主体和手段提供了一个整体“画像”,并提出了“目标群体妨碍”、“政策表面执行”、“执行机构失守”和“强监管—高发现”欺诈骗保的路径类型。目标群体中医疗机构公私性质和参保人群经济水平、管理执行机构中领导专业背景 and 信息技术条件以及外环境方面医保基金的充裕程度等是我国欺诈骗保是否发生核心前因条件。

### 4.1 目标群体妨碍是我国欺诈骗保发生重要主体和路径,经济水平较低地区的民营和基层医疗机构是治理重点

目前,医疗机构和参保人及其之间共谋是我国欺诈骗保发生的核心主体和主动因素,民营、基层医疗卫生机构和药店是欺诈骗保发生的重灾区,同时,居民经济水平较低会进一步加重医疗机构和参保人群之间合谋骗保的发生概率。其中以医疗机构为主导的诱导住院、分解住院及过度医疗、伪造病历、发票及销售记录等,以患者为主导的伪造发票和重复报销,以及双方共谋冒用医保卡、挂床住院和违规销售购买日用品等是目前主要的骗保手段。

从资源依赖理论角度,相比于公立医院,我国民营医疗机构和药店主要依靠民营资本和市场获取资金,对政府资源的依赖小,同时,民营医院与政府之间没有行政管理和隶属管理,因此,政府政策对其约束力相对较弱。<sup>[22]</sup>从犯罪经济学理性选择视角,在经济收益和惩罚风险的效用权衡中,弱势地位的民营

医院和低收入地区人群更倾向于选择承担风险,攫取经济利益。如在机构层面,部分地区存在报销公私歧视,同为一级医院,民营医院的起付线高于乡镇卫生院,使得民营医院在竞争中处于劣势。<sup>[4]</sup>同时,经济水平较低地区医保补偿资金常常到位不及时,使得服务量小、现金流不足的民营医院、基层医疗机构面临危机。<sup>[10]</sup>在个体层面,参保人具有瞒报伤病原因、冒用医保卡以及重复报销骗取报销的利己动机。<sup>[23]</sup>同时,由于认知原因,部分参保人对主动或者被动的欺诈骗保行为并不知晓,如城职保个人账户主要来自个人积累,参保人多认为其中资金属个人资产,购买医疗产品之外的生活用品并不构成欺诈骗保。<sup>[24]</sup>

因此,在监管制度和技术水平不足的地区,民营医疗机构和收入水平较低地区医患在共同的经济利益驱使下合谋欺诈骗保的动机及实施的概率升高,需要引起当地医保管理部门和经办机构的重视。截至 2019 年底,我国民营医院数量已超过公立医院,而民营医院提供的服务量占医院的总量不足 20%<sup>[25]</sup>,民营医院生存状况堪忧,部分机构不惜使用违法方式维持生存,成为欺诈骗保的高发场所。因此,一方面,需要加强监管制度建设,提高欺诈骗保的犯罪成本。如制定完善医保基金监管相关法律法规,规范监管权限、程序、处罚标准等;建立医疗保障信用体系,推行守信联合激励和失信联合惩戒,建立“禁止名单”制度;加强部门联合执法,综合运用协议、行政、司法等手段,严肃追究欺诈骗保单位和个人责任等。<sup>[6, 26]</sup>另一方面,要建立公平的医保报销制度,避免民营和公立医疗机构在医保政策上的待遇差异。同时,进一步提高保障水平,尤其是弱势人群的医疗保障综合水平,降低居民就医负担,从经济角度降低欺诈骗保的动机概率。此外,通过加强欺诈骗保宣传,提高目标群体对于欺诈骗保及其违法严重性的认知,特别是经济文化水平较低地区的老年人群,避免参保人群被动利用或主动合谋的欺诈骗保。

### 4.2 执行机构失守从主动和被动两方面加剧了欺诈骗保发生,完善医保监管体制和监管技术方式以提高监管机构能力是关键

医保基金执行机构存在主观欺诈骗保和监管失守的双重角色。一方面,医保管理经办机构存在超

① 限于篇幅,稳健性检验结果不再详述,感兴趣的读者可联系作者获取。

范围报销和挪用于其他支出等主动违规违法现象。另一方面,由于监管能力和技术水平限制,导致重复报销、虚假发票等监管职能失守,客观上导致了欺诈骗保的发生。其中,医保管理经办机构领导专业背景和基金监管信息技术水平与欺诈骗保的发生密切相关,缺乏医保、卫生专业知识以及信息技术水平落后的地区,对于基金监管重视程度和监管能力往往不足,一方面不会主动出台行之有效的本地化基金监管政策及措施,另一方面,难以有效执行监管政策、及时监督发现和有效避免报销过程中的违规违法行为。

从注意力理论视角,官员的代表性会影响政策注意力,因此主政官员的专业背景对医保监管的决策具有重要影响。<sup>[27]</sup>如雷咸胜认为决策层对基金监管的注意力不足是监管不力的重要原因。<sup>[12]</sup>同时,基金监管涉及基金运行、医院管理等大量科学和政策专业知识,具有社保或卫生系统工作经验的官员更能认识到基金监管的长期性和必要性。<sup>[13]</sup>监管执行方面,医保基金监管内容复杂,仅靠人力难以完成,执行机构的监管信息技术水平深刻影响其监管能力。研究显示,医保监管系统不完善,尤其是信息联网不足时,往往难以及时发现定点医疗机构不当医疗行为、参保人转借医保待遇和重复报销以及管理执行机构内部经办人员违规行为等,导致医保监管制度或政策难以有效执行或落实<sup>[13]</sup>,最终导致“政策表面执行”路径的产生。此外,该路径发生往往伴随着医保基金充裕的宽松外环境。因为,当前在我国监管资源有限的情况下,仅有重点工作能够受到高度重视,作为“理性经济人”的官员对工作重点的选择必然受到环境影响。<sup>[28]</sup>若基金面临穿底风险,医保部门将面临来自政府、定点机构和舆论的巨大压力。而监管也会带来工作负担加重、产生矛盾等负面影响,影响其对便利、安全的追求。在利弊权衡中,作为“理性经济人”的政府官员,在基金充裕时更可能选择放松监管,进而为执行失守型路径的形成提供了条件。

因此,通过医保基金监管体制和能力建设,提升医保基金监管能力和水平,防止执行机构内部骗保行为的发生和监管职能的失守,是目前加强医保基金监管的重点和难点。一方面,需要进一步健全基金监管体制机制建设,如加强医保执行机构内控机构建设。同时,通过实施跨部门协同监管,积极引入第三方监管力量,强化社会监督,建立监督检查常

态机制,避免执行机构内部骗保行为的发生。<sup>[29]</sup>另一方面,要重视医保管理专业队伍建设、充分利用大数据技术创新基金监管方式。如各级政府在选任医保官员时应尽量选任具有相关专业背景或者工作经历的专业人才,同时应注意对非专业出身的官员专业知识培训。经办监管人员招考可向临床医学、信息管理等专业适当倾斜,提高专业和技术效率。<sup>[13]</sup>监管技术和手段是落实监管的重要支撑,应依托大数据和人工智能技术,完善对医疗服务机构和参保人员医疗服务利用过程中关键指标的重点监控,提高欺诈骗保的监管能力和效率。<sup>[30]</sup>需要注意的是,通过信息技术运用能够提高欺诈骗保行为的发现率,然而,被通报骗保案件多不必然意味着当地监管绩效低下,也有可能是由于当地医保部门监管意识强、监管技术水平高,案件查处能力强,这种情况在打击骗保行动的早期十分容易出现,因此在信息技术应用初期应该客观看待。同时,监管部门应重视欺诈骗保监控结果的应用,避免“政策表面执行”路径的产生,政策表面执行和监而不管容易助长被监管者的投机心理,会使得信息技术的应用起到适得其反的作用,导致信息技术在抑制欺诈骗保过程中无法充分发挥效果。

## 5 本研究的局限性

本文仍然存在以下不足。其一,限于数据可获得性,本文仅能纳入 110 起案例进行分析,案例数量较少,一定程度上影响了结果的代表性。其二,尽管本研究采用国家层面统一通报的案件资料,但是仍然存在“实际发生”与“实际发现”的混杂。本研究的“骗保发生”实际上是“发生”与“发现”联合作用的结果,由于发现率的不同,可能导致本研究的“骗保发生”与“实际发生”存在趋势不一致性。

作者声明本文无实际或潜在的利益冲突。

## 参 考 文 献

- [1] 人民健康网. 全国医疗保障工作会议召开 2019 年医保重点任务公布 [EB/OL]. (2019-01-11) [2020-03-17]. <http://health.people.com.cn/n1/2019/0111/c14739-30520676.html>
- [2] 国务院办公厅. 国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见 [EB/OL]. (2020-07-09) [2020-10-31]. [http://www.gov.cn/zhengce/content/2020-07/09/content\\_5525351.htm](http://www.gov.cn/zhengce/content/2020-07/09/content_5525351.htm)

- [3] 新华社. 中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见 [EB/OL]. (2020-03-05) [2020-10-31]. [http://www.gov.cn/zhengce/2020-03/05/content\\_5487407.htm?trs=1](http://www.gov.cn/zhengce/2020-03/05/content_5487407.htm?trs=1)
- [4] 陈起凤. “救命钱”沦为“唐僧肉”:内在逻辑与治理路径——基于百余起骗保案的实证研究[J]. 社会保障研究, 2019(4): 42-51.
- [5] 范转转, 王军永, 向乐怡, 等. 基于扎根理论的医院骗保行为归因分析[J]. 中国卫生事业管理, 2020, 37(6): 429-433.
- [6] 徐冠军, 蔡呈曦. 医保违规案件处理的现状与对策建议——基于各地案情通报的分析与研究[J]. 中国医疗保险, 2020(10): 30-34.
- [7] 杨华. 社会保险欺诈的界定[J]. 河南财经政法大学学报, 2016, 31(4): 37-47.
- [8] Smith T B. The Policy Implementation Process[J]. Policy Sciences, 1973, 4(2): 197-209.
- [9] 马京琪. 建立医保政策制定与执行的一体化机制[J]. 中国医疗保险, 2010(5): 43-44.
- [10] 孙渤星, 彭美华, 张瑞华, 等. 民营医院面临的医保政策困境与对策[J]. 卫生经济研究, 2015(8): 34-36.
- [11] Becker, Gary S. Crime and Punishment: An Economic Approach[J]. Journal of Political Economy, 1968, 76(2): 169-217.
- [12] 雷咸胜. 我国医保基金监管现存问题与对策[J]. 中国卫生经济, 2019, 38(8): 31-33.
- [13] 郜凯英, 杨宜勇. 中国互联网+社会保障信息系统构建——基于大数据挖掘视角[J]. 经济与管理研究, 2016, 37(5): 83-89.
- [14] 中华人民共和国审计署. 2017 年第 1 号公告: 医疗保险基金审计结果 [EB/OL]. (2017-01-24) [2020-05-25]. <http://www.audit.gov.cn/n5/n25/c92641/content.html>
- [15] 国家医疗保障局. 关于 8 起欺诈骗取医保基金典型案例的通报 (第一批) [EB/OL]. [2020-04-10]. [http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/1/25/art\\_20\\_870.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/1/25/art_20_870.html)
- [16] 国家医疗保障局. 关于 8 起欺诈骗取医保基金典型案例的通报 (第二批) [EB/OL]. [2020-04-10]. [http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/3/29/art\\_20\\_1051.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/3/29/art_20_1051.html)
- [17] 国家医疗保障局. 关于 8 起欺诈骗取医保基金典型案例的通报 (第三批) [EB/OL]. [2020-04-10]. [http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/5/15/art\\_20\\_1307.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/5/15/art_20_1307.html)
- [18] Ragin C C. The comparative method moving beyond qualitative and quantitative strategies [M]. University of California Press, 1987.
- [19] Ragin C C. Redesigning Social Inquiry: Fuzzy Sets and Beyond [J]. 2010, 88(4): 1936-1938.
- [20] 郝瑾, 王凤彬, 王璵. 海外子公司角色分类及其与管控方式的匹配效应——一项双层多案例定性比较分析 [J]. 管理世界, 2017(10): 150-171.
- [21] 杜运周, 贾良定. 组态视角与定性比较分析 (QCA): 管理学研究的一条新道路 [J]. 管理世界, 2017(6): 155-167.
- [22] 韦潇, 孟庆跃. 社会办医政策环境的调查分析 [J]. 中国卫生政策研究, 2017, 10(5): 59-63.
- [23] 李眉云, 陈鹏飞. 堵住新农合资金运行中的漏洞——陕西眉县地区 1172 例新农合资金报销调查 [J]. 医学与哲学, 2019, 40(13): 45-47.
- [24] 宋占军, 齐晶, 李海燕. 职工医保个人账户改进方向探析: 基于参保人意愿的角度 [J]. 中国卫生经济, 2020, 39(1): 37-40.
- [25] 国家卫生健康委员会统计信息中心. 2019 年 1-11 月全国医疗服务情况 [EB/OL]. (2020-01-17) [2020-03-17]. <http://www.nhc.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s7967/202001/55e9bce9829e41278ea29d15e2ad10c1.shtml>
- [26] 赵嵘岭, 张依勤, 徐星宇. 关于完善打击骗保行刑衔接机制的探讨 [J]. 中国医疗保险, 2020(10): 11-13, 19.
- [27] 琼斯. 再思民主政治中的决策制定, 注意力、选择和公共政策 [M]. 李丹阳, 译. 北京: 北京大学出版社, 2010.
- [28] 威廉姆·A·尼斯坎南. 官僚制与公共经济学 [M]. 王浦劬, 译. 北京: 中国青年出版社, 2004.
- [29] 阳义南, 肖建华. 医疗保险基金欺诈骗保及反欺诈研究 [J]. 北京航空航天大学学报 (社会科学版), 2019, 32(2): 41-51.
- [30] 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.

[收稿日期:2020-04-24 修回日期:2020-11-03]

(编辑 赵晓娟)