

揪出

“影子病床”  
“影子病人”

## 筑牢“救命钱”的安全篱笆

医保基金被称为人民群众的“救命钱”,是国家为保障人民健康而设立的专项资金。然而,近年来,这笔关乎民生福祉的资金却屡屡遭遇“蛀虫”的侵蚀,成为一些不法分子眼中的“唐僧肉”。多位受访者均向《方圆》记者表示,医保基金的安全正面临前所未有的挑战,一场“救命钱”保卫战已经打响。

## 1.谁动了人民群众的“救命钱”

一组来自国家医保局的数据显示,2024年,全国共追回医保基金275亿元,查实欺诈骗保机构2008家,联合公安机关侦办医保案件3018起,抓获犯罪嫌疑人10741名。而检察机关的数据显示,2024年,全国检察机关共起诉医保骗保犯罪4700余人,涉案金额屡创新高,手段更是花样百出。

这些触目惊心的数字背后,不仅是一场场精心策划的医保诈骗案,被利益蒙蔽双眼的不法分子形成的黑色产业链也终于“现形”。

从国家医保局公布的数据来看,2024年仅追回的医保基金就高达275亿元,那么流失的钱最终去了哪里呢?

在辽宁省辽阳市,一家民办非营利性质的医院,自2016年起便开始了一场精心策划的医保诈骗。医院院长周聂儒利用医保持卡人信息,伪造住院流程和治疗项目,骗取国家医保基金。

为了鼓励员工参与,周聂儒还制定了提成方案,形成了一个由医院多数医护人员共同参与的诈骗团伙。他们通过虚构治疗项目、虚开药品、伪造病历等手段,大肆骗取医保基金,涉案金额高达1500余万元。

2024年7月31日,辽阳市中级人民法院判处周聂儒有期徒刑十四年,并处罚金,其他涉案人员也受到了法律的严惩。

“此案案情复杂,涉案人员众多,我院在审查起诉期间多次指导公安机关补充侦查,固定案件证据。”办理此案的辽阳市检察院刑事检察部副主任丁子芸认为,这类案件具有共同的特性。一些医疗机构通过招揽、利诱群众,以代付住院押金、免伙食费、车接车送及现金返还等方式,诱导参保人员住院,再以“小病大治”“无病假治”的手段,进行“虚假诊疗”,骗取医保资金。

“‘影子病床’‘影子病人’的出现,使得欺诈骗保案件往往持续时间长、涉案金额大,严重破坏了医保

基金的安全。”丁子芸说。

“除了医疗机构,零售药店也成了医保诈骗的‘重灾区’。”浙江省杭州市西湖区检察院检察官施倩告诉《方圆》记者,一些药店工作人员以免费赠送、给回扣等名义,诱导参保人员到店,通过串换药品、空刷医保卡等方式,非法套取医保基金。

朱梅是一位住在药房附近的老人,她禁不住药店老板严宇标“免费拿药、每月还有好处费”的诱惑,将自己的医保卡交给了对方。在每月免费领米、面、粮油和好处费的同时,她的医保卡被别人用于空刷。

经查,2015年至2019年,严宇标利用朱梅的医保卡空刷,骗取医保基金近15万元,朱梅获利1.5万元。案发后,朱梅退出了赃款,但她的行为已经触犯了法律。

施倩还表示,像朱梅这样的“卡农”并不鲜见,他们不仅自己供卡,还将家人、朋友的医保卡给他人使用骗取医保基金。经法院审理,多名“卡农”因犯诈骗罪被判处有期徒刑。

在上海市虹口区检察院第一检察部检察官陶晶晶看来,除了医疗机构和零售药店,一些不法分子还通过超量、重复开药倒卖,形成了医保“回流药”的黑色产业链。这些不法分子专门收集他人医保卡购药或诱导参保人员多开药品贩卖牟利,形成了“收卡—购药—收药—卖药”的非法套利链条。

《方圆》记者了解到,2024年,北京、上海、天津等多地均办理了“回流药”类骗保案件。

如上海市宝山区检察院公诉了一起“收—贩—销”全链条医保诈骗案,被告人通过大量借用老年人医保卡,低价购买药品转卖得利,骗取上百万元医保基金。在这些案件中,医保支付比例较高的老年群体、从事医疗护理服务的人员,往往被“药贩”拉拢发展成为“药农”。

## 2.职业骗保呈“蚂蚁吞象”趋势

多位受访者均表示,从近年来办理的医保诈骗案件来看,职业骗保成本低,但获利高,呈现出“蚂蚁吞象”的趋势。

《方圆》记者注意到,在一起案件中涉及治疗糖尿病的常用药,市场价格为105元,按当地医保政策自费部分只有11元,但开药人转手卖给药贩的价格为33元,医保基金损失的94元被整个骗保利益链条瓜分。

“在高额的非法利润诱惑下,骗取医保基金已形成庞大的黑灰产业链。职业骗保人串联起药店、社会办医经营者、医师、参保人、药品销售代表、药贩,形成分工协作、组织有序、长期稳定的骗保团伙。”陶晶晶表示,职业骗保人犯罪往往手段隐蔽,不易查处。他们通过收集亲属、熟人的医保卡,或者私下联系持卡人,达到集中开药倒卖的目的。由于医保金监管涉及多个行政主管部门,监管信息存在壁垒,使得对职业骗保人的发现和打击难度增大。

更令人担忧的是,这条利益链上有很多“普通人”。《方圆》记者发现,许多普通持卡人是被“蝇头小利”诱惑,只要免费赠送米面粮油等礼物和一点好处费,就能“收购”一张医保卡并使用其购药,最终成了骗保中的一环。

其中,老年人,有精神疾病、身体残障等特殊群体,有慢性疾病的长期病患容易成为职业骗保人围猎的对象。而一旦案发,不法分子则立刻“甩锅”给这些参保人,不但追赃挽损困难,还可能影响社会稳定。

“值得注意的是,新兴的互联网医院也可能成为骗保链条的一部分。”天津市检察院第八检察部主任刘洪娟向《方圆》记者介绍说,互联网医生招揽享受门特报

销待遇的医保卡持有人,给予好处费,使用上述人员医保卡在互联网医院挂自己的号,然后顶格顶量开具医保药品,医生取得药品后倒卖给药贩,药贩将所收购药品销往外省市牟利。

如检察机关办理的戚某某、柴某某等人诈骗案。自2019年至2023年5月,柴某某等职业骗保人长期与某互联网医院医生戚某某、某药业公司医药代表孙某、某门诊部经营者刘某等勾结,大量收集他人医保卡并骗取医保基金,造成医保基金损失1000余万元。

《方圆》记者了解到,从已发刑事案件来看,多数案件涉案金额非常大,时间跨度长,许多案件还牵出新的犯罪线索,大量骗保行为已严重威胁医保基金安全。

“看病难、住院难始终是老百姓最急难愁盼的问题,本该花在刀刃上的救命钱被违法者私吞,必将对医疗机构信誉和政府公信力造成恶劣影响。”一位医疗机构人员向《方圆》记者透露,骗保人以极低成本抢购囤积大量癌症、糖尿病等药品,再贩卖到外地获取高额利润,导致医保政策优惠大量外流,而大部分真正需要这些药品的患者却面临购药困难。同时,当前我国医保改革加速推进,在医保待遇、支付、便民等新政策陆续实施的过程中,更需防范不法分子“钻空子”。

此外,医保基金这块“唐僧肉”成了滋生腐败的温床,欺诈骗保团伙通过利益输送滋生医疗领域腐败问题。数据显示,2024年1月至11月,全国检察机关起诉医疗领域职务犯罪1800余人。检察机关配合监察机关深入整顿医药领域乱象,依法惩治“靠医吃医”、套取医保资金等腐败犯罪,推动解决“看病难”“看病贵”等问题。

## 3.医保基金监管的难点与挑战

“目前来看,不仅涉医保基金案件的办理面临难点,其监管更是存在不小的挑战。”施倩向《方圆》记者表示,司法机关在办理此类案件时,传统办案思路多赖于药店工作人员和持卡人的对合口供。在单张医保卡用于空刷的涉案事实侦办过程中,如果医保卡卡主无法到案或者口供难以突破,很有可能就只能依据犯罪嫌疑人自认的部分金额来认定,造成大量真实发生的涉案金额无法认定。

“医疗领域专业性强、涉及面广,传统监督中存在行政稽查执法人员人手短缺、任务繁重以及行政调查证据手段有限的现实问题,医保机构和公安机关、检察院、法院之间也存在行刑衔接不畅,公安侦查存在辖区局限以及取证面广、难度大等因素,现实中大量存在的定点医保单位处于监管盲区。”施倩进一步表示。

从国家医保局公布的数据看,截至2023年底,我

国基本医疗保险参保133389万人,2023年全国基本医疗保险(含生育保险)基金总收入33501.36亿元,总支出28208.38亿元。

“医保基金监管涉及多个部门,部门间协调配合机制不完善,难以形成监管合力;部分地方医保部门人数少且缺乏专业性人才,监管力量不足,难以对辖区内所有定点医疗机构进行有效监管;还有一些医疗机构利用信息化手段造假,隐蔽性强,增加了查处难度。”陶晶晶说。

“从已办的医保诈骗刑事案件能看出,有的诊疗数据明显不符合正常诊疗方式,但医保信息平台未能通过大数据筛查有效发现。同时,重点领域监督不严,骗保主体主要涉及社会办医机构和参保人,相关部门对上述主体违法使用医保基金的行为存在监督不严、应对不力等问题,反映出医保大数据智能监控能力存在不足。”陶晶晶还表示。

## 4.大数据监督揪出“影子病床”“影子病人”

面对医保基金监管的严峻形势,国家医保局正在积极行动。2024年,国家医保局持续巩固“不敢骗”的高压态势,深入推进医保基金使用管理专项整治,联合相关部门开展打击欺诈骗保和整治违规使用医保基金专项行动。同时,全面推进药品追溯码监管应用,精准打击倒卖“回流药”、串换医保药品等行为。

在地方,一些检察机关和医保部门已经开始探索运用大数据技术进行监管。

据刘洪娟介绍,针对医保基金监管主体多、专业性强的复杂问题,天津市检察机关研发、运用“虚假偏摊门特骗保”“组团空刷骗保”大数据法律监督模型深入调查,协同相关部门提供数据支持,全面收集归纳证据,精准提炼履职问题,通过制发检察建议推动健全医保基金综合监管机制,切实保障医保基金安全。

“在办案过程中,天津市检察院第一分院按照精准、规范的高质效办案要求,向相关单位制发《调取证据通知书》,先后调取医疗保障行政部门执法检查文书等十大项证据材料,将检察机关研发的大数据法律监督模型与相关部门掌握的医保基金数据‘强强联合’,对医保诈骗行为模式与医保基金海量数据进行集合串联、筛查碰撞,查明医疗保障行政部门在大数据智能监控、常态化监管制度落实等方面存在类型化、普遍化的履职问题,进一步确认了公益损害后果,为案件办理提供了有力证据支撑。”刘洪娟说。

杭州市西湖区检察院则构建了“医保定点药店空刷医保卡型医保诈骗”数字监督模型,利用已有空刷骗保案件的持卡人结算记录,

筛选出可能存在空刷医保卡行为的定点药店,再根据药店的结算记录,反查可能存在空刷医保卡行为的持卡人。

据施倩介绍,目前,该院运用该模型筛查出异常持卡人289人,异常机构135家,纠正漏罪102人,立案监督30件。

此外,杭州医保及主管部门也在加大监管力度,采用“智慧监管”的方式。零售药店安装“云监控”,医药机构运行“就医购药人脸识别系统”,全天候监管已成为常态。同时,全面应用了大数据预警平台,在总结分析以往医保违规案例的基础上,预警平台可利用相关数据进行“智能画像”,对团伙刷卡、结算频次异常等可疑点构建违规算法模型,及时发现问题、解决问题,为医保基金安全设置了一道防火墙。

通过研发的医疗保险基金(外伤类)法律监督模型,江苏省连云港市赣榆区检察院发现了多起监督线索。

“医保基金是人民群众的‘看病钱’‘救命钱’,一定要管好用好。”据该院检察长刘培志介绍,通过建立数据模型,快速发现、依法惩治医保欺诈行为,同时督促行政机关依法履行监管职责,合力守牢医保基金安全红线。

截至2024年10月,数据模型共汇集赣榆区医保结算、工伤认定、交通事故、故意伤害等数据约10万余条,发现监督线索176条,向医保部门制发类案检察建议,督促追回流失医保基金130余万元。模型目前已在在全省、全市部署推广应用,并上架全国检察机关大数据法律监督模型管理平台,共发现监督线索1300余条。

## 5.筑牢“救命钱”的安全篱笆

医保基金安全关系到广大人民群众的切身利益。守护医保基金安全,需要多方发力。2024年3月1日,最高人民法院、最高人民检察院、公安部联合召开发布会,发布《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》,进一步明确医保骗保犯罪定罪处罚、法律适用、政策把握、办案要求及有关工作制度机制等相关问题。

自2023年最高检加入打击医保领域欺诈骗保专项整治工作以来,各地检察机关聚焦专项重点诊疗领域、重点药品耗材以及虚假诊疗、医保药品倒卖等高发多发的违法犯罪行为,加强介入侦查、引导取证,坚持全链条打击,从严从快批捕起诉一批医药领域重大欺诈骗保案件,对犯罪分子形成有力震慑。

同时,实现从个案办理到类案监督的转变,探索并开发了“特种病药物”“异常人员就医”“空刷医保统筹基金账户”等数十种诈骗医保基金案件数字监督模型,精准发现并打击各类侵犯医保基金犯罪。针对类案问题制发检察建议,筑牢医保资金安全“防护网”。

“医保基金是人民群众的‘救命钱’,绝不能成为不法分子的‘唐僧肉’。只有织密监管网络,堵塞制度漏洞,才能确保医保基金用在刀刃上,真正成为人民群众的健康保障。”

有专家指出,首先,要加快医保基金监管立法进程,加大对欺诈骗

骗行为的惩处力度。其次,要推进医保智能监控系统建设,运用大数据、人工智能等技术提升监管效能。再次,要加强部门协作,建立医保、卫健、公安等部门联合执法机制。最后,要鼓励社会监督,畅通举报渠道,形成全社会共同维护医保基金安全的良好氛围。

“保障医疗基金安全需要各方携手,既要加强行政监督管理和行业自律,又要加大司法打击力度;既要重点打击骗保主犯,也不能放过利益链上的其他共犯。通过强化刑行衔接、检警行协作等多方合作延伸,持续打击骗保犯罪,净化行业风气,形成对医保违规行为的监管合力,增强对医保诈骗行为的震慑力,以检察力量守护民生福祉。”施倩建议。

“从医保这个小切口入手,检察机关实现了‘个案办理一类案监督—系统治理’,守护好群众‘健康钱袋’。”全国人大代表、陕西有色宝钛集团有限公司宽厚板材料公司职工郭文生向《方圆》记者表示,为保障医保基金的安全,检察机关做了很多工作,比如“两高一部”联合印发《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》,为依法办理医保骗保刑事案件提供了重要的工作指引。建议检察机关有针对性地在医疗机构、医药公司、药店等开展普法宣传,加大案件曝光力度,有效发挥警示教育作用。

(来源:《方圆》)

(文中涉案人员均为化名)