

近日，最高人民法院披露，2024年，全国法院审结医保骗保犯罪案件1156件，判处罪犯2299人，同比增长1.3倍。

外包科室伪造病历成诈骗温床，披慈善外衣“拆灯泡”规避检查……浙江省绍兴市中级人民法院近期审判的一起案件中，一名“游医”违规承包民营医院眼科，靠“下乡义诊”等活动诱骗农村参保老人接受白内障手术，短短5年间套取医保基金3000余万元，折射医保监管新的攻防态势。



以“复明工程”等为幌子 诱导大量参保老人手术

市场引流人员披上白大褂摇身一变成为“医生”，凭借话术诱骗大量老年人开展白内障手术，采用伪造病历、篡改视力数据、虚开发票等手段偷梁换柱……被告人林某某承包民营医院眼科后，通过上述手段将参保老人骗上手术台。

2017年1月至2020年4月，林某某与人合谋商定，借用上海某投资管理有限公司名义共同出资承包东南沿海某民营医院的眼科，以“复明工程”“慈善基金会”等福利活动为幌子，假借“义诊”名义进入村社，宣称仅需部分自费或免费即可治疗白内障疾病，诱导大量参保老人到院手术。

接受“义诊”的当地一名村干部说，2018年5月到6月间，村里20多位参保老人被接去做“免费”白内障手术。“他们在村里用裂隙灯照完后说，每个都有白内障，再不手术就会变得严重，甚至会失明。”这名村干部说，不少老人反映，术后视力更差了。

眼科的市场引流人员在田间地头穿上白大褂变成“医生”。“不管老人视力好坏，这些假医生都会引导做手术。”知情人士透露，为让老人看起来的确需要手术，该眼科甚至人为篡改视力数据，将老人视力改到0.3以下。

另外，林某某物色进入医保名录的高值耗材，医保项目作为“敛金”载体。例如，他采购的人工晶体价格仅几百元，但借助经销商虚开的发票，按两三千元的价格向医保局报销。市场引流人员说，手术病人越多，提成也就越多，骗多了还举办“庆功宴”。

这家民营医院只是林某某犯罪版图的冰山一角。2017年至2022年期间，他在东南沿海承包多家民营医院眼科，招揽团队招摇撞骗，共计骗取医保基金超3000余万元。

最终，这一看似隐秘的“敛金术”被医保部门日常督查发现，线索移送公安机关。

2024年5月，法院依法判决林某某犯诈骗罪，鉴于诈骗金额大部分已被追回，判处其有期徒刑十二年十个月，并处罚金。2024年下半年，绍兴市中级人民法院对该案作出终审裁定，维持原判。林某某的多名同伙亦被依法追究刑事责任。

根据规则“量身定制” 真假参半少用多报

针对医保报销项目及规则，林某某带领团队“量身定制”诊疗模板，试图借助多种方式规避监管。

“单纯造假的骗保模式逐渐向真假掺杂、过度诊疗的模式演变，骗保行为人往往选择具有基础疾病的中老年人过度诊疗，真真假假难以辨别。”业内人士分析，医院疼痛科、康复科、眼科是重灾区。

此案中，林某某等人浑水摸鱼利用人工晶体价差骗保。2022年的一起同类案件中，另一名犯罪分子则承包民营医院疼痛科，诱骗老年人治疗，通过伪造病历、虚增项目等方式骗保。“真假参半，少用多报。”业内人士说，缺乏规范医疗意识的农村老人是骗保“易感”人群。

此案中，涉事医院虽未承担刑责，但承担相应行政责任，最终付出代价。

“与公立医院将科室外包视为‘高压线’相比，一些民营医院受创收需求驱动，出租、外包科室等行为较为普遍。”一名法律界人士说。

事实上，《基本医疗卫生与健康促进法》明确规定，医疗卫生机构不得对外出租、承包医疗科室。

国家医保局、国家卫健委2020年联合发文，要求整治利用“包吃包住、免费体检、车接车送”等名义，诱导不符合住院指征的参保群众住院等骗取医保基金的行为。

面对收紧的监管，林某某扯起“福利活动”大旗，辗转将钱“捐”给慈善机构。上述民营眼科医院一名高管透露，眼科先把钱转给慈善机构，由慈善机构出面支付病人自费费用，其余由医保报销。

“他们放宽条件，引流激进。”某民营眼科医院涉事医生回忆，该院每月手术从100多台增至600多台。

林某某还示意工作人员将视力表灯管拆掉一个，使老年人表现出视力不佳的状态。一名护士承认，医保部门现场检查时，眼科还会诱导老人自述视力表“最上面几排看不清”。

民营医院成为 骗取医保高发区

近年来，医保大数据监管取得显著成效。根据国家医保局披露，2024年全年通过“异常住院”“倒卖医保药品”等大数据监管模型追回医保资金近6亿元，通过大数据筛查线索追回近1亿元，通过智能监管子系统，追回医保基金31亿元。

新的攻防态势下，医保骗保犯罪手段多样、花样翻新，侵害医保基金安全的情况仍然存在。个别医疗机构招揽、利诱群众通过虚假诊疗、虚假住院、虚增耗材等方式骗取医保资金。

切实提升“易感”人群规范意识，构筑“心防”体系应成为重要一环。专家建议，镇街村社、卫健及相关职能部门定期以案说法剖析常见犯罪手法，广泛普及骗保行为的社会危害和应承担的法律责任。尤其要增强医保参保人员法律意识和风险意识，确保宣传教育的全面覆盖与深入实施。

“骗保问题屡禁不绝，呈链条齐全、内外勾结的特点。有的案例中，从寻找虚假住院人员到虚构住院方案，再到开具虚假处方，往往系多方参与，策划、虚开、收药、销赃一条龙。”泰和泰(上海)律师事务所律师陈琼珂说，面向组织策划者的打击是关键。

业内人士建议，应加强多部门协作开展医保支付和管理环节专项整治行动，形成打击医保诈骗合力，从严从快批捕起诉一批医药领域重大欺诈骗保案件，对犯罪分子和行业“潜规则”形成震慑。

“对于少数屡教不改者，可以定性为职业骗保人予以惩治。”陈琼珂表示，近期案例中民营医院成为骗保高发区，医疗行业从业人员应提升自身合规意识，同时希望有关部门加大飞行检查力度，全国一盘棋将严重违规者纳入禁业黑名单，严防“打一枪换一个地方”逃避监管，切实守护百姓的“救命钱”。

延伸阅读

大数据监督揪出 “影子病床”“影子病人”

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。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。

据介绍，2024年，国家医保局持续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，推进药品追溯码监管应用，精准打击倒卖“回流药”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。

据天津市检察院第八检察部主任刘洪娟介绍，天津市检察机关研发、运用“虚假偏瘫门特骗保”“组团空刷骗保”大数据法律监督模型，协同相关部门提供数据支持，全面收集证据，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。

“在办案过程中，天津市检察院第一分院先后调取医疗保障行政部门执法检查文书等证据材料，将大数据法律监督模型与医保数据结合分析，查明医保部门在大数据智能监控和常态化监管等方面存在类型化、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。

据介绍，目前西湖区检察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，杭州市医保及主管部门推行“智慧监管”，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，全面应用大数据预警平台，在总结分析以往医保违规案例的基础上，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。

截至2024年10月，江苏省连云港市赣榆区检察院通过医疗保险基金法律监督模型，汇集医保结算等数据约10万条，发现监督线索176条，督促追回医保基金130余万元。该模型已在全省推广，并在全国检察机关大数据法律监督模型管理平台上架，共发现监督线索1300余条。

小链接

医保骗保手段 “五花八门”

医保基金是老百姓看病就医的“钱袋子”，有人却把医保基金看成“唐僧肉”，想方设法从中“滴漏渗透”，骗取医保基金。近年来，医保骗保手段不断升级，可谓“五花八门”：

过度医疗、小病大治增加开销。有的医院通过不合理的检查、治疗、用药等方式推高医疗费用，既增加患者“负担”又增加医保支出。

挂床住院，虚假治疗骗取医保基金。部分医疗机构将不符合入院条件的患者收治入院，挂床报销门诊费用，甚至虚构治疗。

串换药品，拆分收费，巧立名目变相骗保。个别医疗机构采取串换更高收费的药品项目，或零售药店通过串换药品售卖日用品，甚至直接采取套现方式进行骗保。

超限用药，浪费资金又损害健康。为骗取医保基金，有的医院对患者使用非必须用药，并在试用期间频繁切换。

诱导就医，医患串通合谋骗保。部分民营医疗机构以体检、回扣、返现等方式诱导参保人员住院，串通患者合谋骗保。

本版稿件据新华社、正义网等

视力好坏一律手术，骗多了举办“庆功宴”

小小外包眼科五年骗保三千万