

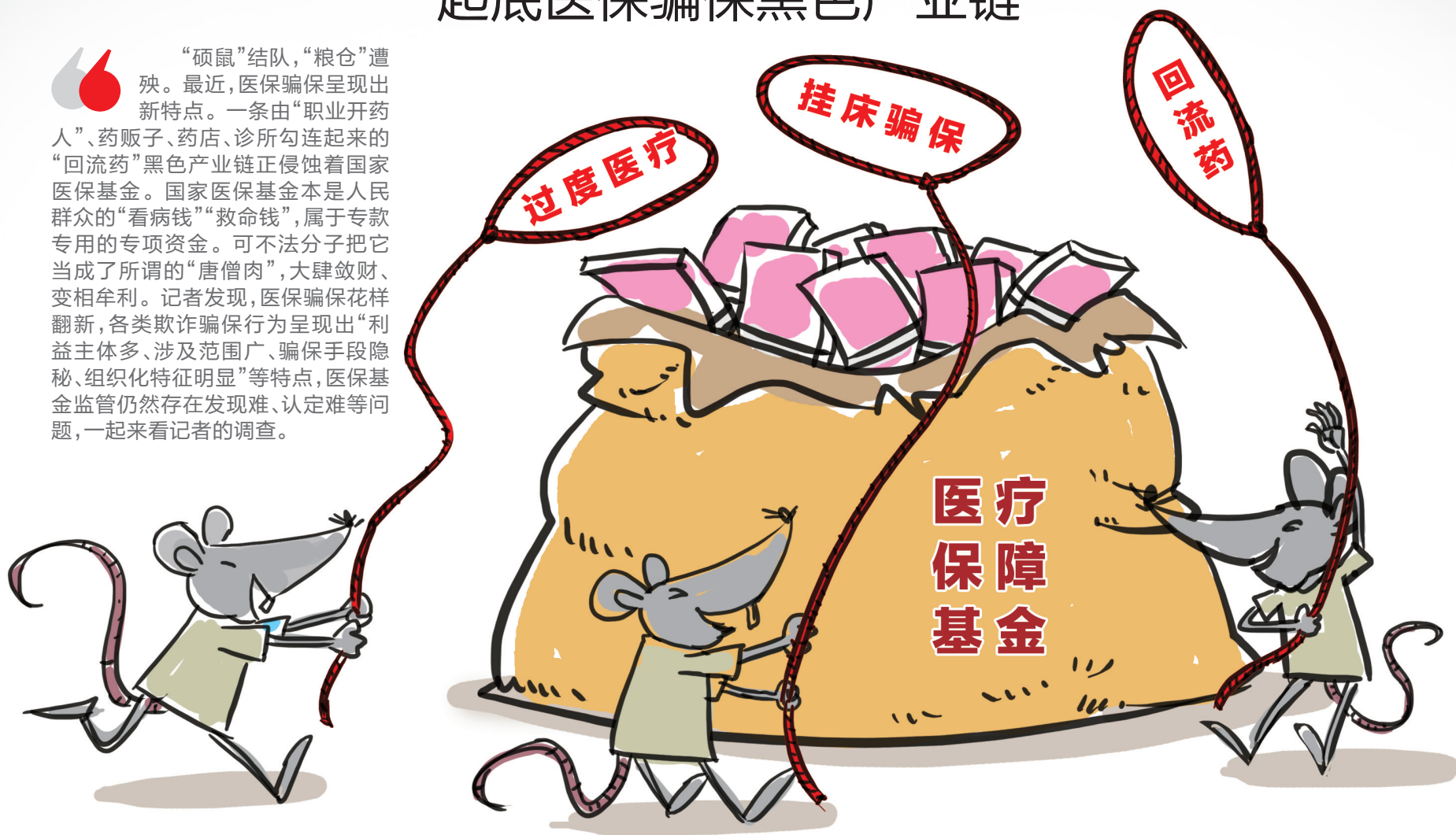


男子3个月用医保买了15年的药 药贩子被抓时囤了近30吨药

百姓“救命钱”成了“唐僧肉”

起底医保骗保黑色产业链

“硕鼠”结队，“粮仓”遭殃。最近，医保骗保呈现出新特点。一条由“职业开药人”、药贩子、药店、诊所勾连起来的“回流药”黑色产业链正侵蚀着国家医保基金。国家医保基金本是人民群众的“看病钱”“救命钱”，属于专款专用的专项资金。可不法分子把它当成了所谓的“唐僧肉”，大肆敛财、变相牟利。记者发现，医保骗保花样翻新，各类欺诈骗保行为呈现出“利益主体多、涉及范围广、骗保手段隐秘、组织化特征明显”等特点，医保基金监管仍然存在发现难、认定难等问题，一起来看记者的调查。



A 医保骗保触目惊心 有药贩子囤了近30吨药

3个月购买了15年的用量？陕西榆林的常某患有慢性疾病，需常年用药治疗。但是，医保部门工作人员在数据分析比中发现，常某购药频次之高、数量之大与常规不符。原来，患有慢性肾功能衰竭等疾病的常某，按照慢性病医保报销政策，用药费用可报销85%。这让常某看到了可乘之机，他便多开部分低价药转卖给药贩子，药贩子再将药品倒卖、流向市场。陕西榆林市公安局榆阳分局刑警四中队中队长郝星乐告诉记者：“像常某这样的案件并非个例，不少人通过超量配药、重复配药获取药品后转卖给药贩子，直接销售、间接辅助销售‘回流药’，导致人民群众本该救命用的医保基金被不法分子侵蚀。”

记者了解到，低买高卖是“回流药”倒卖的主要模式。比如，市面上100元的药品经过医保报销后，参保人员只需自费20元，药贩子以30元的价格收入，再以60元的价格卖出，这就产生了利润空间。调查中记者发现，肿瘤靶向药、慢性病处方药是药贩子重点收购的种类。不法人员通过过量配药、短时多次配药等方式赚取差价，非法牟利。比如，以王某为首的诈骗团伙，利用他人医保卡分批次、分剂量在不同社区卫生中心配取药品，截至案发，被查处的药品近30吨。而在另一起医保诈骗案中，药贩子有借医保卡或直接诱导参保人用医保卡多次到医院配取药品。最终，查处的医保卡多达105张，各类药品1万余盒。

B 犯罪主体多元化： 参保人员占比超五成

记者梳理了近期“两高”发布的医保骗保犯罪典型案例，“回流药”骗保犯罪呈现职业化倾向：形成“收卡—医保开药—收药—销售给医药机构—购药患者”的闭环。而各环节涉及的行为人、参保人、收药人、医药机构均属于共益者，共同致使医保基金遭受损失，损害全体参保人的利益，且药品质量难以保证。

调查中记者注意到，一些“回流药”直接存放在阴暗潮湿、墙壁发霉的地下室；有些则无视药品存储避光、冷藏等要求，随意堆放；有些药品临近保质期，但依然被倒卖给了非法药商、不法药店，重新流入市场。这些脱离了正规流通环节和监管环节的药品，隐患重重、风险巨大，甚至成了“夺命药”。

“有的药贩子把真药卖给零散用药的小诊所，然后再把真药盒里装上假药卖给药店，以此来以假乱真；有的药贩子把临近的或者已过期的药品从原包装中拆出来，再装入新的药盒当中，患者看到的只是药盒上新的日期，并

不知道自己吃的是过期药；有的药贩子在拆解重组‘回流药’的过程中，剂量、规格、药品种类往往容易产生混淆，比方说小孩吃了成人的剂量等，不仅影响疗效，有的可能危害健康和生命。”国家医疗保障局基金监管司监管二处处长杨玲向记者介绍了药贩子的“常规操作”。

记者查阅了2021年~2023年的最新数据：医保骗保呈现出犯罪主体多元化的特点。犯罪主体包括参保人员及其近亲属；职业骗保团伙以及其他人员；定点医疗机构及其人员；定点零售药店及其人员；部分案件还涉及药品生产企业。其中，参保人员涉案占比高达54.08%，占比超过五成。除了医保用药欺诈骗保，记者调查发现，还有部分定点医疗机构通过挂床住院、过度诊疗、开具虚假检查报告等形式，套取国家医保基金，成为严重侵害广大参保人员切身利益的“毒瘤”。

C 骗保手段隐秘化： “头疼医脚”“小病大治”

位于山西大同的大同魏都医院是一家民营综合医院，近年来，大同浑源县某村的50多位村民频繁在这家医院集中住院治疗，且医保报销存在异常。“这些人多为建档立卡贫困户，住院时只需交一部分押金，出院时会把这部分押金全部返还，让村民免费看病，甚至得到补偿。”山西大同市公安局平城分局刑侦大队民警李宣民透露。

原来，这家医院以“看病不花钱、吃住不掏钱”为诱饵，引诱老年人和建档立卡贫困户住院，而住院者多为不符合住院指征的参保群众。调查中记者了解到，医院给“住院者”办理住院时，会收走个人的医保卡，这就产生了套取医保基金的猫腻。有些通过“挂床住院”的方式套取补贴，患者并不是真住院，而是假住院；有些则通过“头疼医脚”“小病大治”、开具虚假检查报告等方式骗取国家医保基金。

记者查阅了相关资料，大同魏都医院成立于2014年5月，实际控制人为董某栓。而在董某栓名下，还注册成立了大同魏都颐养康复中心。值得注意的是，这两家医院均开设在同一栋大楼内，医务人员和医疗服务交叉使用。两家医院在实际经营过程中相互引流，骗保手段极其隐蔽。

记者从大同市人民检察院提供的该案《起诉书》中了解到，在该起医保诈骗案中，被告人4人均涉嫌以非法占有为目的，骗取国家医保基金。仅董某栓一人就涉嫌骗取国家医保基金2692万余元，其余3人均涉不同金额的诈骗指控。而随着审理的推进，一个骗取医保基金的黑色产业链逐渐清晰。

山西大同市中级人民法院刑事审判第一庭法官赵成向记者介绍了这起医保诈骗案的特点：“一是指控罪名集

中，主要是诈骗罪；二是，主要是定点民营医院院长、实际控制人、股东等非法获利人员。此外，还有中高层管理人员，包括受聘的副院长、科室负责人、其他医护人员；三是犯罪手段多样化，主要表现为空挂住院、串换病种、虚增药品支出、虚开医疗服务项目、制作虚假病例等。各种犯罪行为相互交织，表面合规，实际虚报，潜伏期较长。”

据不完全统计，2021年至2023年，全国法院一审审结医保骗保犯罪案件共计1213件。其中，2021年审结306件；2022年审结407件；2023年审结500件，案件数量逐年增长且增幅较大。其中，部分职业骗保人组织化、分工化程度越来越高；团伙化、专业化特征明显。

D 骗保行为组织化： 分工明确 组织严密

在重庆警方2023年10月通报的一起重特大诈骗医保基金案中，犯罪嫌疑人王某、罗某等人通过包干治疗的方式发展“会员”，获取个人医保卡信息后，通过伪造患者住院治疗费用单据等手段，涉嫌骗取国家医保基金3.3亿元，警方抓获涉案人员143人，查处房产80余处，查封车辆7台，查扣涉案资金8300余万元。而涉案的两家医院，从上到下全链条造假，比如：市场部以硬性指标拉病人找资源；职工每月须介绍1至5名病人住院治疗，并推行奖惩机制；医生负责虚开、多开药品和诊疗检查项目、造假病历、多开住院天数空挂床位；检验科负责修改病人检查系数指标，骗取病人办理住院；护理部负责伪造护理记录、虚假执行医嘱、虚假计费、回流多开药品、耗材；院办负责医保病历整理，申报国家医保基金……可谓全流程造假，各科室协同，组织严密，分工明确。

近年来，我国持续加大监督检查力度。2018年至2022年，全国累计检查定点医药机构318.9万家次，处理154.3万家次，追回医保资金771.3亿元。2023年，全国医保系统共检查定点医药机构80.2万家，处理违法违规机构45.1万家，追回医保基金186.5亿元。今年以来，相关部门针对欺诈骗保行为更是重拳不断，呈现出强化基金监管的高压态势。

国务院办公厅近日印发的《深化医药卫生体制改革2024年重点工作任务》明确提出，探索建立医保、医疗、医药统一高效的政策协同、信息联通、监管联动机制。深化医疗服务价格、医保支付方式、公立医院薪酬制度改革。中国政法大学医疗保障法律与政策研究中心副主任刘炫麟表示，守好人民群众的“看病钱”“救命钱”，需要建立健全信息化追溯体系，让监管“长牙齿”，让大数据“长眼睛”。只有让国家医保基金的每一分钱都用在刀刃上，才能真正做到“取之于民，用之于民”。

据央视、光明网