

假病人、假病情、假票据：

“三假生意经”骗取医保救命钱

医保基金是群众的“救命钱”，然而不少人却把这笔钱视作“唐僧肉”。有的无中生有，仅凭一张医保卡就能虚构“影子病人”；有的擅使“病情放大镜”，把原本达不到住院标准的患者批量伪造成手术患者；有的化身“做账高手”，把非营利性的医疗服务完全做成了一门造假“生意”……记者梳理欺诈骗保典型案例并调查发现，以“假病人、假病情、假票据”为重点的“三假”骗保行为损害每位参保群众利益，尤其值得关注，必须出重拳“靶向治疗”。

欺诈骗保的要诀在造假。有的仅凭一张医保卡，即可虚构出一个住院资料、签名等信息一应俱全的“影子病人”，凭空套取医保基金。

国家医保局 2021 年第一期曝光的辽宁锦京医院欺诈骗保案件中，医院院长黄某某伙同医院内外多人，大量借用参保人员医保卡，在锦京医院医保系统刷卡办理虚假住院，制作虚假病历及虚假费用结算表等资料，累计骗取医保基金 290 万余元。

“影子病人”除了医保卡是真的，其他

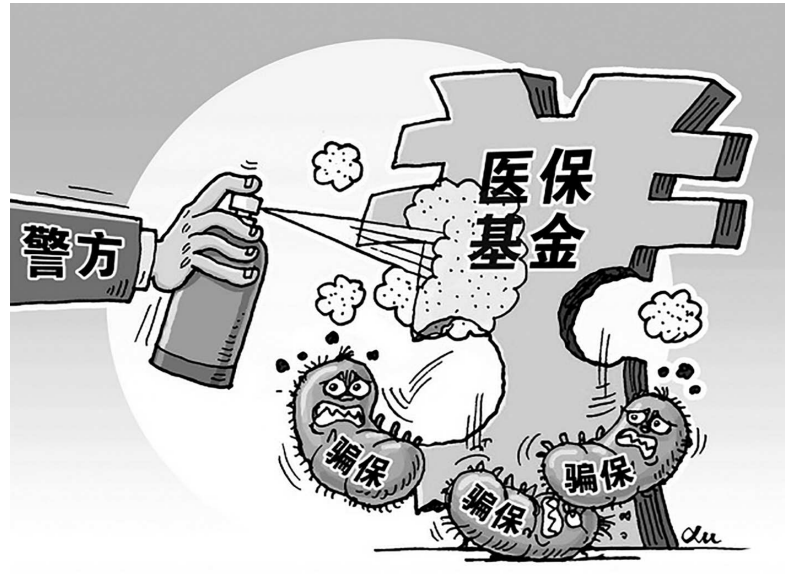
有的患者是真的，但病情是假的。此类骗保主要通过虚假诊断放大病情，把原本达不到医保报销门槛的患者，造假成能套取更多费用的手术或危重患者。患者是否需要住院不看病情，只看是否为参保群众，能否出院则看费用是否套足。

2020年7月，江西赣州市中级人民法院作出终审判决，原信丰县嘉定镇马鞍山医院7名工作人员因骗保获刑引发关注。半月谈记者调查发现，这一当地卫生部门2011

无论是“假病人”，还是“假病情”，最终套取费用关键还是要在票据上做手脚，通过票据造假把事实上没有发生的诊疗项目、没有使用的药品耗材等，变得有凭有据。

“假患者”“假病情”意味着诊疗中并未真正使用相应药品、耗材，由此带来的药品耗材进销存台账问题成“假票据”骗保行为的共性表现。监管部门针对西部某三甲医院的飞行检查发现，医院相应药品的采购入账数目超过了该批次医药供应商出库的数目。参与检查的一名专家道出背后的猫腻：为躲避检查，定点机构往往把各科室在药房

作为我国首部医保监管条例,《医疗保障基金使用监督管理条例》5月1日起正式施行。该条例的颁布施行,将进一步加强医疗保障基金监督管理、保障基金安全、促进基金有效使用,守好老百姓的“救命钱”。



资料照片

医疗保障基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，商业保险资金亦是民众的“救急钱”，两者之所以成为某些人眼中的“唐僧肉”，主要有以下几个原因：

首先是认知问题：一是占便宜心理。有些人对医保、商保运行规律不甚了解，认为有机会揩点油不是大问题。比如某地一所学校的学生平安险赔付率极高，保险公司集中调查后发现约一半的理赔报案都是假的，在与家长及老师沟通的过程中发现，很多人都抱着“保险公司不会追究，即使追究也可能够不上犯罪”的侥幸心理。二是利益驱使不惜冒险。一些性质恶劣的重大骗保案中，个别从人从医保或商业保险中看到了不劳而获、一夜暴富的所谓“机会”，明知犯罪，仍然不吃不快，甚至甘愿以身犯险。

其次是防范骗保的机制有待完善。以医保为例,医疗保障基金使用主体多、链条长、风险点多、监管难度大,欺诈骗保问题持续高发频发,监管形势严峻。在一些骗保案的链条里,医院、中间人和一些医保中心内部人士结成了隐秘的利益同盟,共同瓜分骗取而来的国家医保资金,加大了骗保问题识别和查处难度。更有甚者,还有医保、商保两头骗的情况。

无论是医保,还是商保,骗保带来的危害都是巨大的。医疗保障基金的使用安全问题涉及广大群众的切身利益,关系医疗保障制度的健康持续发展。从商业保险来看,各类骗保案间接推高了保险产品价格,侵害了消费者利益,也破坏了市场秩序。有人估算,保险欺诈的存在,导致保费贵了10%-20%。保险欺诈不光带来经济损失,一些重大骗保案往往还藏有刑事案件。

近年来,随着医保诈骗导致的问题日益凸显,国家对医疗保障基金使用监管工作高度重视,对骗保违法行为的打击力度空前。近日,我国首部医保监管条例《医疗保障基金使用监督管理条例》发布,明确要求医保基金专款专用,任何组织和个人不得侵占或者挪用,特别是对于骗取医疗保障基金行为将施以重罚。

“骗保将重罚”——条例相关内容的设定正合社会关切。此前，重大医保骗保案主要依据《刑法》第二百六十六条“诈骗罪”相关规定进行处罚。此次条例针对涉嫌骗取医疗保障基金行为，根据主体不同设定了责令退回、罚款、吊销执业资格等多种处罚方式，进一步延伸至以前法规没有覆盖的领域，不仅对医保基金的安全运转具有重大意义，对于试图骗保的人也带来震慑。其作用和效果值得期待。

除了完善制度法规和强化监管，遏制骗保还需要各政府部门持续重拳出击，相关机构加强合作以及个人的积极参与，营造不敢骗保、不愿骗保的氛围。系列举措包括，加大防范骗保政策宣传力度，坚持有法可依、有法必依，将骗保扼杀在意识萌芽时；建立更加完善的骗保发现机制，引入大数据和人工智能等技术，在医保和商保间建立防范骗保交流平台，让骗保行为无所遁形，让民众的“看病钱”“救命钱”得到更好的守护。

都是假的，所需成本并不高。在锦京医院欺诈骗保案件中，医院借用一张医保卡仅需支付 100 元或 200 元的好处费。为获得好处费，当地一所教师进修学校教师找到多所小学的相关教学人员，从在校小学手中大量借用学生医保卡，提供给医院用以盗刷费用。

利用参保人医保卡虚构“影子病人”，城乡基层群众、老人群体等易成为重点目标。中部某市医保局工作人员告诉半月谈记者，有的村级定点机构往往利用群众对医保政策的不熟悉，集中收取参保人员医保卡套

年批准设立的非营利性医疗机构，设立不久即被以每年 23 万元托管经营，低成本投入，换来的却是一年内超百万元的高额造假回报。

为便于操作，这家医院专门设计了骗保模板。当地医保工作人员介绍，经虚构病情达到入院标准的患者被分配到住院部后，经管医生对照提前设计好的治疗项目模板，开具对应的虚假入院、病程、检验、手术、用药等记录，制作虚假病历材料，一个原本无

领出但没有实际使用退回药库的药品、耗材等，以虚假采购的名义重新购入。

购买发票冲账成为完成虚假采购的重要环节。广东省高院 2020 年 8 月就友好系医院骗取医保基金一案作出终审裁定。法院审理认定，医院通过回收各科室虚开用药、买假发票伪造药品采购成本的方法，累计向医保部门虚假申报药品报销的金额高达 1.3 亿余元。在这一过程中，医院购买假发票花费 881 万余元。

国家医保局连续3年开展打击欺诈骗保专项治理。仅2020年全国处理违法违规定

管合作机制作出安排。

“医保基金使用链条长，涉及主体多。”国家医保局副局长施子海介绍，该条例着力强化法律责任，加大对违法行为的处罚力度。对医疗保障行政部门、医疗保障经办机构、定点医药机构、参保个人等的违法行为均细化了相应的法律责任，对欺诈骗保行为规定了严厉的处罚措施。

取医保基金，以至于从医保信息系统上看，会发现“整个村庄都病了”。

因为无中生有，虚构“影子病人”往往需要多人参与、全流程造假。在一起骗保案中，医院负责人要求医院各部门在拉假病人住院、空挂病人、药品空转、控制医保报销单量等方面协调配合。业务员招揽的参保群众做完免费体检即离开，但针对空挂病人的“诊疗”仍在继续，医生为空挂病人下医嘱、出费用，护士执行虚假医嘱……整个操作堪比流水线。

需住院的患者在医保系统中摇身一变成了手术患者。

“假病情”欺诈骗保行为较多发生在病源不足的基层定点机构。一名从事医保稽核工作的专家透露，定点机构通过降低住院标准收治病人、虚构住院者病情等手段骗取医保基金，骗取的费用医患双方按照一定比例进行分配。在这一特定利益同盟下，“假病情”骗保行为往往难以查实证据，打击查处难度更大。

点医药机构 40.1 万家，追回医保资金 223.1 亿元。5 月 1 日，我国医疗保障领域的首部行政法规《医疗保障基金使用监督管理条例》正式施行，明确为老百姓的“看病钱”划清不能触碰的红线，多方联手的制度设计有望进一步扎牢监管笼子，确保有限的基金用在刀刃上。

中国社科院公共经济学研究室主任王震认为,在持续保持打击高压态势、追回被套取的医保基金的同时,还要致力于构建行政监管、社会监督、行业自律相结合的监管体制。

目的,采取将本人的医保凭证交由他人冒名使用、重复享受医疗保障待遇、利用享受医保待遇的机会转卖药品等方式,骗取医保基金,将暂停其医疗费用联网结算3至12个月,并处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款。

对于涉嫌骗取医保基金支出且拒不配合调查的参保人员，其医疗费用联网结算可以被暂停，而暂停联网结算期间发生的医疗费用，将由参保人员全额垫付。

(来源：半月谈、证券时报、新华网)