

“救命钱”何以成了“唐僧肉”

——从一起案件揭开医保诈骗黑产链条



一对50多岁的夫妻几乎每天都要去市内各大医院、社区卫生中心开药，经常一天要跑好几家医药机构买药。

夫妻二人为什么要开这么多药？

一人一年开药20多万元100余种

江苏省镇江市，有一对50多岁的夫妻，妻子江某未患有疾病，丈夫许某患有高血压、糖尿病，但并不严重，然而两人几乎每天都要去市内各大医院、社区卫生中心开药，经常一天要跑好几家医药机构买药。在2020年，江某开了120余种药，价值超过15万元；许某也开了100多种药，价值超过23万元。

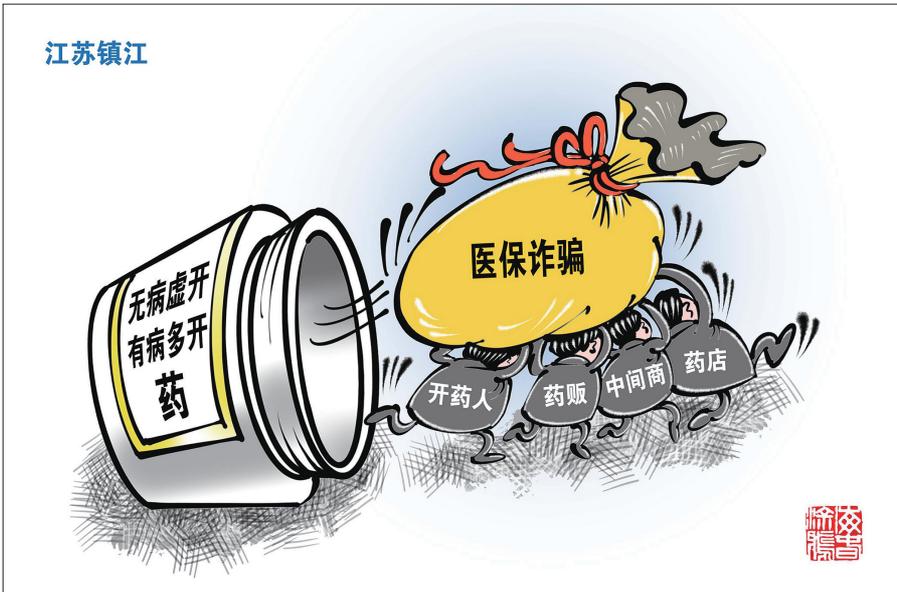
夫妻二人为什么要开这么多药？更令人匪夷所思的是，这些药中有很多是根本不能同时服用的。医疗专家表示，两人若在一年内将这些药全部吃完，不知要丧命多少回。

随着警方深入调查发现，异常开药的背后，竟是一个庞大的医保诈骗的产业链。近期，江苏省镇江市公安局打掉涉及11个省份的20多个医保诈骗团伙，揭开医保诈骗黑产冰山一角。

2020年7月，镇江市医保局向公安机关反映，发现个别参保人员存在异常开药情况。经初步排查，就发现镇江300余人次门诊开药存在无病虚开、有病多开的情况。镇江市公安局着手深挖，历经1年多时间，揪出20多个相互关联的医保诈骗团伙。

最早进入警方视线的，就是许某、江某夫妻二人。2020年，两人在镇江各级医院开药数百种，涉嫌诈骗医保基金30余万元。

江苏镇江



通过排查夫妻二人，镇江警方找到了组织开药、收药的药贩李某，继而又从李某揪出下游倒卖药品的中间商、销赃的药店。李某的公公、丈夫此前因组织开药、收药被抓判刑，可她依然接过公公、丈夫织起的网络，继续从事这一违法犯罪勾当。

之后，镇江警方又从这条线索出发，抽丝剥茧深挖打掉20余个医保诈骗团伙。镇江市公安局刑警支队政委顾剑介绍，截至今年8月底，镇江警方已抓获犯罪嫌疑人180名，收缴涉案药品约3万盒，扣押冻结涉案财物、资金总价值达2000余万元。

另外，根据目前掌握的线索，镇江警方初步研判，至少有分散于国内11个省份的100多名中间商、100多家药店参与倒卖、销赃医保药品，各地开药人员规模更为庞大。

医保诈骗获利惊人。镇江市公安局润州分局刑警大队大队长傅明成介绍，江苏盐城一名中间商，自2014年开始倒药，7年来不仅养活了

一家人，还全款买了7套房产，其中南京3套。在被抓获的那一天，这名中间商倒卖药品的净收益就高达1万元。

医保诈骗从开药到销赃形成网链

镇江警方办理的这起典型案件显示，医保诈骗存在开药人、药贩、中间商、药店四个环节，一个开药人可能对应多个药贩，一个药贩又对应多个中间商，一个中间商对应多个药店，总体呈现网状结构，每个环节都是这张巨大“利益网”的一个节点。

这些开药人在医院买了药，并不是自己用，而是加价卖给药贩。药贩将开药人开的药收集起来，再加价卖给掌握药店资源的中间商。中间商将药分拣、包装后，再加价销售给药店。药店则通过其销售渠道，将这些药卖给普通消费者，只是这些药品进货、销售一般不入账，而是

体外运行。

医保诈骗各环节利益分成基本固定。顾剑介绍，开药人自付5%到10%的药费到医院开药后，一般加价30%卖给药贩，药贩再加价10%卖给中间商，中间商再加价10%到15%卖给药店。药店购进这些药物的价格一般不超过医院售价的65%，然后再按市场价或略低的价格售出。

镇江警方还介绍，开药人员数量众多，部分人员也确实身患疾病。组织开药的药贩很多是曾经从事过药材经营的人员，他们中不少人都曾是亲戚、老乡。中间商中不少人曾是药企销售人员，因此得以掌握大量药店资源。销赃药店则散于全国，以监管相对松懈的农村地区药店居多。

惩治“硕鼠”不让“救命钱”被“啃食”

“医保基金是老百姓的救命钱，关系每一名参保人员的切身利益。”镇江市副市长、公安局局长王文生说，“镇江公安联手医保局等部门开展医保反诈‘亮剑’行动，就是要将这些肆意‘啃食’医保基金的‘硕鼠’一一揪出来。”

去年12月以来，镇江警方已就此案进行了三次收网行动，目前还在继续追查中。顾剑介绍，在公安部指导下，对已掌握的线索，镇江警方还在深挖，力争继续打深、打透、打彻底。

对于医保诈骗，公安机关依法严惩犯罪行为，相关部门也在进一步加大力度，严密监管防线。目前，镇江当地已就建立打击欺诈骗取医保基金联动工作机制出台实施意见，法院、检察院、公安机关将与医保、市场监管等部门开展更紧密的协作。

诈骗医保基金黑产环节多、链条长，从这起案件看，遏制医保诈骗，一方面，相关职能部门和医院要进一步加强监管，遏制无病虚开、有病多开等异常开药现象；另一方面，药店销赃作为关键一环，必须严格药店药品销售溯源机制，全力堵住漏洞。只有管住两头，不符合规定的药品从医院“开不出”、在药店“卖不掉”，保障人民群众病有所医的“救命钱”才不会成为不法分子觊觎的“唐僧肉”。

借“医”行诈 这家取名“民泰”的医院被端了

如果不是警方找上门，23岁的杨某并不知道，2018年底到2019年7月间，“自己”在四川省达州市宣汉县民泰医院住了五次院，共32天，医保报销12831.5元。

这个“90后”小伙，曾因急性支气管炎和肾结石，分别于2018年8月和10月到民泰医院看过两次病，此后没再去过。然而，他留在这家民办医院系统内的身份和医保信息，被用于伪造病历，骗取医保基金。

信息被冒用的不只杨某一人，随着宣汉警方深入调查，一个涉案金额近百万的医保基金诈骗团伙浮出水面。

行医中走“歪路” 民营医院借“医”行诈

2020年12月25日，四川省纪检监察部门将一条线索移交宣汉县公安局——两名股东因分红不均，举报宣汉县民泰医院通过虚构病人病历、空挂住院床位等诈骗国家医保基金。

接报后，宣汉县委县政府高度重视，要求公安机关从严从快查处。经前期研判，公安机关发现该案涉及一个诈骗医保基金的特大犯罪团伙。四川省公安厅刑侦局牵头成立专案组，对以犯罪嫌疑人王某才为首的犯罪团伙开展集中收网，抓获犯罪嫌疑人47名。

王某才，曾担任过宣汉县多家卫生院院长。2015年在成都双流仁岗医院(民营)担任业务院长期间，他了解到可以通过虚假报销医药费诈骗医保基金，于是动起了“歪念头”。

2017年底，王某才邀约7人共同出资，在宣汉县注册成立“宣汉民泰医院”，医院内设市场部、护



理部、检验科等8个部门，工作人员共40余人。

经侦查发现，民泰医院核准床位60张，但长期运行达90余张。从纳入医保定点单位起，至2021年3月21日，这家医院累计向宣汉县医保局申报医保基金1600余万元。截至2021年3月7日，宣汉县医保局已向民泰医院下拨医保基金共计1073.6万元。这些钱款，被该院用于支付日常运行成本及股东分红、市场部提成等。

经查，民泰医院运营期间，王某才等人通过虚构165人挂名住院228次，诈骗医保基金近百万元，其他方式伪造病例骗取医保基金的涉案资金正在核查中。

宣汉县公安局局长陈刚表示，医院通过挂床、冒名顶替等手段骗取医保基金，这种行为不仅使国家利益蒙受损失，也让真正需要治疗的病人，因

医保卡被空挂不能入住其他医院或购买保险。

监管、打击两手硬 防止“救命钱”成“唐僧肉”

医疗保障基金使用主体多、链条长、风险点多、监管难度大。近年来，医保诈骗呈高发多发态势，一些定点医疗机构骗保，一批不法分子倒卖药品骗保牟利。

国家医保局有关负责人介绍，2018年至2020年底，全国医保部门共检查定点医药机构171万家次，其中查处86万家次，追回医保基金348.75亿元，定点医药机构在医保基金使用方面存在的问题仍比较突出。国家医保基金是老

百姓的“看病钱”“救命钱”，通过非法手段骗取医保基金的行为，属于刑事犯罪。

公安部10月8日召开新闻发布会介绍，今年4月9日，公安部会同国家医保局、国家卫健委等部门联合部署开展依法打击欺诈骗保专项整治行动，截至9月底，共打掉犯罪团伙251个，抓获犯罪嫌疑人3819名，追缴医保基金2.3亿元。

公安部刑侦局有关负责人表示，全国公安机关将持续加大打击欺诈骗保基金力度，确保专项行动取得更大成效，坚决维护人民群众切身利益，呼吁广大人民群众积极提供诈骗医保基金犯罪线索，支持配合公安机关依法打击欺诈骗保基金犯罪工作，为守护国家医保基金安全贡献力量。

2021年5月1日，《医疗保障基金使用监督管理条例》正式施行，对构建行政监管、社会监督、行业自律相结合的监管体制等作出具体安排。

本版图文均据新华社

