

■新华社记者 任沁沁 熊丰

# 借“医”行诈国家医保基金，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元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。

## 招揽“病人”——虚开项目——申报基金，“一条龙”骗保

“真正减轻群众负担，切实解决了群众看病难、看病贵的问题”“高薪返聘三甲医院以上退休专家团队，配置各种先进设备、免费体检、低价治疗”……为了拉拢、诱骗病人来就医，民泰医院编造出种种噱头。

在王某才指挥下，医院安排市场部人员在外拉“病人”，每人每月任务量为20个“病人”。市场部及医院职工每介绍一个“病人”，就能提成300元。

这家医院的真实资质如何？经调查，只有院长王某才和副院长张某具有医师资格证，其他在院医生均无医师资格，其标榜的所谓“名医”多为盗用的虚假信息。为了申报医保基金，民泰医院这些披着白大褂的“医生”们，大肆虚开多开药品、多开诊疗检查项目、造假病历、多开住院天数、空挂床位……

从成都中医药大学专科毕业的阳某，在读期间就被招揽到该院实习，成为检验科护士。

她告诉记者，王某才要求检验科配合医生，人为调整病人检查系数指标，让病人“达到”入院指标。

“一开始我觉得不妥，没有按要求做，被批评了。”她承认自己一共修改过11份血液检测报告中的白细胞指标。

护理部以护士长李某为首的人员，在王某才授意下，配合医生参与假执行医嘱、造假护理记录、虚假计费，并于当日销毁空挂床位、多开

住院天数产生的未使用的药品、耗材。而后，该院医保办人员将所有的“病历”按照医保要求整理成册并申报国家医保基金。

“滴水不漏，多次逃避卫生主管部门的督查。”办案民警尹万旭说，他们搜索出一套“碎片化”骗保机制，任何违规动作不留痕迹，只是形成口头指令；各科室之间不串门，医护、市场人员不私下联系；伪造病历，在数据上传中避免逻辑漏洞。

## 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诈骗医保基金力度，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

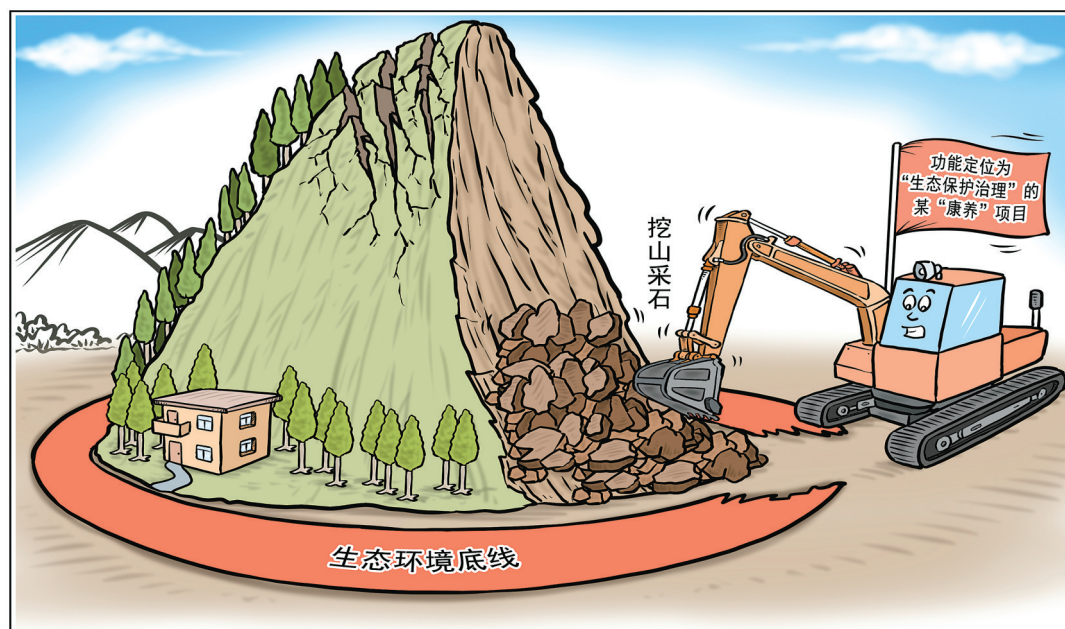
基金犯罪线索，支持配合公安机关依法打击诈骗医保基金犯罪工作，为守卫国家医保基金安全贡献力量。

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。

四川大学法学院院长左卫民表示，将医保基金全面纳入法治化监管，不仅通过立法明确监管机构的职责与监管程序，而且能从源头上切断一些“骗保医院”骗取医保基金的途径。

医疗保障基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，必须用在刀刃上，花在明白处。这家名为“民泰”的医院，披着救死扶伤的外衣，却干着诈骗医保基金的违法勾当，必须依法严肃查处，坚决打击。

近年来，各地诈骗医保基金案件时有发生，骗保手段也在不断翻新，打击治理工作任重道远。有关部门要进一步完善监管、堵塞漏洞、综合治理，不断提高医保基金使用监管法治化水平，切实把老百姓的“救命钱”看住、管好，让觊觎医保基金的“硕鼠”无计可施、无漏洞可钻。



## 突破底线

功能定位为“生态保护治理”的康养旅游项目，却长期实施挖山采石，将大片山地挖得千疮百孔、面目全非，开采矿石达600余万吨。

中央第三生态环境保护督察组在湖北发现，位于三峡库区水土保持生态功能区的宜昌市长阳土家族自治县，为推进项目建设放任企业非法挖山采石。“大开大挖”引发地质灾害，2021年4月和5月，项目建设场地周边山体多次出现严重滑坡和开裂。

新华社发 刘道伟 作