

医保诈骗犯罪构成及大数据治理机制研究

张云超 梁金鹏 毛鹤谕

四川警察学院基础教学部, 四川 泸州 646000

摘要: 医疗保障基金是我国社会保障体系的重要组成部分, 其安全运行直接关系到医疗资源配置的公平性与社会保障制度的稳定性。近年来, 随着医保覆盖范围与基金规模不断扩大, 骗取医保基金的违法犯罪行为呈现出组织化、隐蔽化与链条化的发展趋势, 对医保基金安全构成严峻挑战。传统依赖人工审核与事后监管的治理模式在应对复杂化、数据化的犯罪形态时, 逐渐暴露出线索发现滞后、证据获取困难以及跨部门协同不足等问题。基于此, 本文从犯罪构成理论视角出发, 对医保诈骗犯罪的主体特征、行为模式及侦查困境进行系统分析, 并进一步探讨大数据技术在医保诈骗治理中的应用机制。研究认为, 通过整合医保结算数据、医疗机构诊疗数据以及药品流通数据, 构建多源数据融合的医保数据库体系, 并利用智能分析模型对“高频就医”、“异常用药”、“药症不符”等风险指标进行动态识别, 可实现对潜在骗保行为的精准预警, 从而推动医保监管模式由事后查处向事前预防与事中干预转变。构建以“数据驱动、智能预警、协同治理”为核心的治理体系, 对于提升医保诈骗识别效率与保障医保基金安全具有重要意义。

关键词: 医保诈骗犯罪; 犯罪构成; 医保基金监管; 大数据治理; 智能预警

DOI: 10.64649/yh.jydk.issn3080-2660.202603041

0 引言

医疗保障基金是我国社会保障体系的重要组成部分, 其安全运行不仅关系到医疗资源配置的公平性, 也直接影响社会保障制度的可持续发展。近年来, 随着我国医疗保障制度不断完善以及医保基金规模持续扩大, 骗取医保基金的违法犯罪行为呈现出明显增长趋势^{[1][2]}。据国家医疗保障局统计, 2024年全国共追回医保基金275亿元, 查实欺诈骗保机构共2008家; 全国法院一审审结医保骗保犯罪案件1156件, 同比增长131.2%。医保诈骗犯罪不仅造成公共资金的严重损失, 也在一定程度上破坏了医疗保障制度的运行秩序, 对社会公平与公共治理带来不利影响。

从犯罪形态来看, 当前医保诈骗犯罪逐渐呈现出组织化、隐蔽化与链条化特征^[3]。一些犯罪行为通过虚构诊疗记录、伪造医疗凭证、重复开具处方以及药品倒卖等方式骗取医保基金, 并借助医疗信息系统或跨区域结算机制实施违法活动。这种将违法行为嵌入正常医疗服务流程的作案方式, 使传统依赖人工审核与事后监管的监管模式在案件线索发现、证据固定以及跨区域协同侦查等方面面临较大挑战^[4-5]。

在现有研究中, 学界多从法律性质、典型作案模式以及医保基金监管制度等角度展开探讨, 而从犯罪构成理论视角对医保诈骗犯罪进行系统分析的研究仍相对不足^[6]。此外, 近年来大数据技术在社会治理中的应用不断深化, 但将犯罪构成理论与数据治理技术相结合、系统探讨其在犯罪识别与侦查中的作用的研究仍较为有限^[7]。基于此, 本文从犯罪构成理论视角出发, 对医保诈骗犯罪的主体结构、行为方

式及侦查难点进行分析, 并在此基础上探讨大数据技术在医保诈骗治理中的应用机制, 为提升医保基金监管效能与完善相关治理体系提供理论参考。

1 医保诈骗犯罪的构成要件特征及其侦查困境

医保诈骗犯罪在刑法体系中属于诈骗罪在医疗保障领域的具体表现, 其构成要件同样要求行为人以非法占有为目的, 通过虚构事实或隐瞒真相的方法骗取医保基金, 并达到刑法规定的数额标准。然而, 在医疗保障制度运行的特定情境下, 该类犯罪呈现出明显的专业化与隐蔽化特征, 使传统侦查模式在案件线索发现、证据固定以及犯罪认定等方面面临较大挑战。从刑法理论视角, 犯罪构成通常包括犯罪主体、犯罪客观方面、犯罪客体以及犯罪主观方面四个基本要素。基于此分析框架, 本文系统分析医保诈骗犯罪在上述四个方面的特征及侦查困境。

1.1 犯罪主体: 组织化与专业化趋势

从犯罪主体结构来看, 医保诈骗犯罪已逐渐由个体偶发作案演变为团伙化、组织化犯罪。一些犯罪团伙通过分工协作形成较为完整的利益链条, 例如由中介人员负责招募参保人并收集身份信息, 由医疗机构内部人员提供虚假诊疗记录或开具处方, 再由相关人员负责药品回收与非法销售。此类犯罪组织往往呈现出明显的公司化运作特征, 使骗保行为在形式上与正常医疗活动高度交织。这种组织化犯罪结构在一定程度上增加了侦查难度。由于医保基金属于公共资金, 缺乏明确的直接受害人, 相关违

法行为往往难以及时发现。实践中，案件线索主要依赖医保部门的审核发现、群众举报或专项检查，导致对犯罪构成中“虚构事实”行为的识别具有明显的滞后性。

1.2 犯罪客观方面：链条化与隐蔽化作案手法

在犯罪客观方面，医保诈骗犯罪通常通过虚构诊疗行为、伪造医疗材料或重复开具处方等方式骗取医保基金。随着信息技术的发展，一些犯罪行为逐渐形成覆盖“信息收集—材料伪造—虚假诊疗—药品回流—非法销售”的黑色产业链。这种链条化作案方式使得案件调查取证难度显著增加。相关证据多以电子数据形式存在，例如医保结算记录、医院信息系统(HIS)数据以及电子病历等。侦查人员不仅需要从海量数据中识别异常行为，还需要对可能被篡改的电子证据进行固定与核验。同时，在团伙犯罪情形下，如何通过证据链条证明各成员之间的分工协作关系，也成为案件侦查中的重要难点。

1.3 犯罪客体：跨区域行为与基金安全

从犯罪活动方式来看，部分医保诈骗行为呈现出明显的跨区域特征，例如“甲地参保、乙地就医、丙地开药、丁地销赃”。这种跨区域作案模式不仅扩大了违法行为的影响范围，也对医保基金监管秩序造成冲击。在案件认定过程中，跨区域犯罪往往带来涉案金额认定困难的问题。如何从医疗费用中准确识别基于“非法占有目的”骗取的金额，是区分合法医疗行为与诈骗行为的关键。同时，在多地协同作案情形下，不同参与人员的主观故意程度存在差异，对犯罪构成中“非法占有目的”的证明也提出了更高要求。

1.4 犯罪主观方面：电子证据与行刑衔接难题

在证据形态方面，医保诈骗犯罪高度依赖信息系统，其关键证据多以电子数据形式存在。这要求侦查机关在案件侦办过程中加强对电子证据的提取、固定与审查。然而，在现实执法实践中，医保部门与公安机关之间仍存在一定的信息壁垒，在案件移送标准、证据转换规则等方面尚未完全统一。此外，由于部分案件涉及跨区域协作，在案件管辖、证据互认以及调查取证程序方面往往需要多部门协同配合，增加了侦查成本并在一定程度上影响案件办理效率。

2 大数据赋能医保诈骗治理的理论基础与技术支撑

2.1 理论基础：大数据揭示异常风险

面对上述困境，大数据技术为破解侦查难点、精准认定犯罪构成提供了全新路径。从理

论基础来看，数据驱动侦查理论认为，医保诈骗犯罪的资金流、信息流、物流必然在各类数据库中留下痕迹，侦查思维应从“由供到证”转向“由数据到证”，通过主动分析数据来发现犯罪线索、重构犯罪过程。关联主义与整体性认知理论则强调，大数据技术能打破“数据孤岛”，将分散的医疗、财务、人员数据进行多维关联分析，揭示隐藏在正常业务流下的异常模式和犯罪网络，为证明团伙犯罪的组织结构和整体故意提供全景式视角。预测性警务理论主张通过分析历史数据构建风险预警模型，实现对高风险机构或行为的早期识别，将打击防线前移，从源头上遏制“非法占有目的”的实施。

2.2 技术支撑：多技术融合提升治理能力

在技术支撑层面，数据采集与融合技术能够自动、合规地从多部门采集海量数据，清洗、整合成统一的数据资源池，为证据发现奠定基础。数据分析与挖掘技术则可运用规则引擎筛查已知诈骗模式，通过机器学习发现隐蔽的、未知的异常关联，精准定位“虚构事实”的疑点。知识图谱与可视化技术将人、机构、药品、资金等实体及其关系构建成可视化的“犯罪关系网络”，直观呈现团伙架构、资金流向，助力证明“共同犯罪故意”和犯罪链条。此外，自然语言处理技术能够对电子病历、聊天记录等非结构化文本进行挖掘，通过语义分析发现伪造痕迹和犯罪话术，将“言词证据”转化为可量化的分析数据。这四大技术相互配合、层层递进，共同构成了大数据赋能医保诈骗治理的技术底座。

3 基于大数据的医保诈骗治理路径构建

基于上述理论与技术支撑，本文提出构建“数据驱动、智能预警、协同共治”的现代化治理体系，以精准回应犯罪构成各要件的证明需求。这一体系的构建需要从数据层、分析层、应用层和实战层四个维度协同推进。

3.1 数据层：数据库构建为治理奠基

在数据层，有必要推动多源数据融合，构建全域基础数据库，这是治理体系的基石。具体而言，需要打破部门壁垒，汇聚形成涵盖核心业务数据、关联印证数据和重点区域数据的统一资源池。核心业务数据包括全量医保参保、报销、结算数据，以及各级医疗机构的HIS系统数据、药品进销存数据；关联印证数据包括参保人轨迹数据（如交通出行、物流寄递）、民政低保特困数据、金融银行流水数据等；针对农村地区等重点区域，还需纳入乡镇卫生院、村卫生室数据，以及外出务工人员返乡记录等。通过跨部门、跨层级的数据汇聚与整合，为后续分析提供丰富、可靠的“原材料”。

3.2 分析层：预警模型构建精准识别风险

在分析层，应构建智能预警模型，实现风险精准识别，这是治理体系的核心。基于融合数据开发智能分析模型，推动监管模式从“事后打击”向“事中干预”和“事前预警”转变。模型设计需针对犯罪构成要件展开：行为异常模型通过设定“短时间高频就医”、“不同医院重复开药”、“病种与用药严重冲突”等指标，筛查“虚构诊疗”行为；资金异常模型通过分析药品进销存与医保结算量的匹配度，监测资金异常流向，追踪“非法套现”路径；关系异常模型则运用知识图谱技术，挖掘参保人、医务人员、机构之间的异常社会关系和资金往来，识别潜在犯罪团伙。这三类模型相互印证、互为补充，形成对犯罪行为的立体化识别能力。

3.3 应用层：多部门协作形成共治格局

在应用层，需要完善协同治理机制，形成全链条打击合力，这是治理体系的保障。将技术能力转化为治理效能，离不开机制创新。一方面，要深化行刑衔接，依托大数据平台建立标准化的线索移送、证据转换、联合办案流程，从根本上解决“侦办协调难”的问题。另一方面，要强化区域协作，利用数据平台的互通性，建立跨区域案件协查、证据互认的线上通道，提升对跨区域流窜犯罪的打击效率。同时，还应鼓励社会共治，拓宽群众举报渠道，利用“两微一端”等平台完善举报奖励和严格保密制度，广泛收集线索，并引导医疗机构、医药企业加强内部合规管理，形成政府主导、社会参与的多元共治格局。

3.4 实战层：专项行动实现精准打击

在实战层，应开展精准打击与专项治理，将预警模型输出的高价值线索转化为实际战果。利用模型识别出的异常指向，组织开展针对性

的专项审查行动，对重点机构、重点药品、重点人群进行精准检查。例如，可借鉴“昆仑行动”等专项打击经验，对预警模型识别出的高风险主体实施靶向核查，实现“打链断网”，彻底摧毁犯罪团伙的“非法占有目的”和犯罪能力。通过数据层、分析层、应用层、实战层的协同推进，形成“数据驱动—智能预警—精准打击—综合治理”的闭环体系，全面提升医保诈骗治理的效能。

4 结论与展望

本文从犯罪构成视角出发，系统分析了医保诈骗犯罪在组织结构、作案方式以及犯罪形态方面呈现出的新特点，并指出在案件侦查过程中普遍存在的线索发现困难、电子证据取证复杂以及跨区域协同不足等问题。研究表明，传统依赖人工审核与事后监管的监管模式在面对专业化与隐蔽化程度不断提升的骗保行为时，难以有效满足现实治理需求。

大数据技术的引入为破解上述治理困境提供了新的路径。通过整合医保结算数据、医疗机构诊疗数据以及药品流通数据，并借助数据挖掘、知识图谱及智能分析技术，可以有效识别异常医疗行为，从而提升骗保行为识别的准确性与效率。本文提出构建“数据驱动—智能预警—协同治理”的医保基金监管体系，通过数据层、分析层、应用层与实战层的协同运行，实现对医保诈骗犯罪的精准识别与有效治理。本文的研究不仅为医保诈骗犯罪的识别与治理提供了实践路径，也为大数据赋能下的社会治理模式研究提供了理论参考。未来可进一步探索人工智能与区块链在医保基金监管中的融合应用，以提升跨部门协同效率及治理智能化水平。

参考文献：

- [1] 安凯. 社会医疗保险诈骗犯罪案件侦查研究 [D]. 中国人民公安大学, 2020. DOI:10.27634/d.cnki.gzrgu.2020.000530.
- [2] 张孟涵. 我国基本医疗保险诈骗犯罪研究 [D]. 中国人民公安大学, 2023. DOI:10.27634/d.cnki.gzrgu.2023.000085.
- [3] 赵欣然, 李永涛. 基本医疗保险诈骗犯罪侦防困境与治理对策 [J]. 辽宁警察学院学报, 2025, 27(03): 21-27.
- [4] 何军. 大数据与侦查模式变革研究 [J]. 中国人民公安大学学报 (社会科学版), 2015, 31(01): 72-80.
- [5] 罗长斌. 社会医疗保险诈骗行为的防范及对策 [J]. 武汉理工大学学报 (社会科学版), 2017, 30(05): 13-18.
- [6] 林源. 美国医疗保险反欺诈法律制度及其借鉴 [J]. 法商研究, 2013, 30(03): 125-135.
- [7] 陈清凤, 朱宁, 朱宙鑫. 大数据下医保欺诈的有效识别模型 [J]. 汕头大学学报 (自然科学版), 2018, (1): 40-48.

作者简介：张云超(2004.11—)，男，汉，四川成都，本科，研究方向：治安管理与新型犯罪侦查。

项目信息：四川警察学院创新训练项目，“生命之光—大数据赋能公安打击乡村欺诈骗保”，(项目编号：202512212025)。