

蚂蚁搬家式骗保：谁在掏空“救命钱”？

看病钱保卫战揭开医保诈骗背后的“隐秘角落”

聚焦佳

□ 记者 王蔚然

本靠收废品谋生，却渐渐做起诱骗老年人低价转售药品的“生意”；“职业骗保人”有偿租借医保卡，编造无中生有的病情，骗取医保基金低价购取药品……这些“药贩子”的行为就像蚂蚁搬家，一点点蚕食着参保人员的看病钱。

近年来，宝山区人民检察院与宝山区人民法院接连审理了一批医保诈骗案件。犯罪团伙将国家医保基金视为“致富密码”，骗保的手段也日趋专业化、链条化，形成了一条“收卡—购药—收药—卖药”的灰色产业链。而与此同时，司法机关也正探索利用大数据赋能，尽可能从前端斩断犯罪链条。

日前，记者来到宝山，分别采访了办理此类案件的检察官、法官，了解司法力量如何揭开医保诈骗的重重伪装。

▼ 宝山检察院检察官汤微（右）正在研究案件材料

“收废品”变成“收药品”？ 药贩子从近20名老年人手里低价收药

今年年初，宝山警方根据区医保局下发的线索查悉，本市一批60至80岁老年医保参保人员存在出售药品的情况。

“医保局通过数据整理，认为这部分参保人员的账户存在异常。”该案承办检察官汤微告诉记者，“再通过对常见医保药品每月最高用量进行核定梳理，发现这些老年人的购药量明显超过合理范围。”

在调查过程中，一个收药的药贩子也随之进入了检察官的视野。据检察官介绍，这名药贩子几年前已在上海有固定住所，但平日以收废品维持生计。警方在其住所进行抓捕时，发现并扣押了

991盒药品，共价值4万余元。“他的工作就是收废品，经常走街串巷，在这个过程中，他认识了很多老年居民。”汤微介绍，“也有一些老年人说，药贩子曾在医院门口主动上前与他们搭话，表示可以收购药品。”

受利益驱使的老年人在被药贩子搭话后，会与其确认需要哪些药以及回收的价格。“有时候药贩子会指定一些药名。”检察官助理戴畅对记者说，“这些药品报销的比例特别高，较低的都有75%，高的可能达到90%。”记者看到，回收药品涉及种类繁多，包括速效救心丸、通心络胶囊等，大多是老年人群较常用的心脑血管、保健养护类药物。

“参保老年人会到不同的医院，或者错开时间开药，并且这些药比较容易开，通常老年人只要说自己有相应症状，医生可能就会开具药品了。”戴畅说，“另外，也有一些情况是老年人本来就在服用这种药，但是为了多卖几盒出去，他们会减少自己的用量，把药省下来。”此外，汤微还表示，从整个证据链条来看，药贩子的行为至少从2023年就开始了。

近日，法院开庭审理该案，药贩子在庭审中辩称收药是为了自用，但面对法官为何涉及如此多种类以及如此巨大数量的追问时，却无法作出解释。

“职业骗保人”收卡购药并高利转卖 参保人员法律意识薄弱、医疗机构管理不够完善

此案的出现并非个例。此前，检察官曾在办案中发现，两个犯罪团伙分别为牟取非法利益，长期从事收药、收卡而后进行非法倒卖的活动。

2020年1月至2022年8月，这些“职业骗保人”有偿租借参保人员的医保卡，随后到各医疗机构，以多开、虚开等方式骗得医保报销，获取各类药品，随后二次销售牟利。经查，两个团伙总计骗取医保基金200余万元。

案件起诉至法院后，被告人均因犯诈骗罪及掩饰、隐瞒犯罪所得罪，被判处有期徒刑11年6个月至7个月不等，并处罚金10万元至5千元不等，责令退缴违法所得。

“近年来，医保类诈骗案件呈现出

多发态势，刑庭在2022年至2024年审理该类型案件较多，今年以来案件数量有所下降。”宝山法院刑事审判庭副庭长白楠告诉记者，冒用他人医保卡就诊购药、虚构诊疗项目、出借个人医保卡给他人使用是较为常见的犯罪手法，“审理这类案件的难点在于犯罪金额及主观明知的认定，更需要构建严密的证据链条。”

“此类案件涉及的主体多，参保人员由于法律意识薄弱，认为‘未直接实施诈骗就不算违法’，有的甚至认为‘医保基金取之不尽，自己只是想钻空子变现’。”白楠表示，医保基金被非法侵占是对医疗资源的浪费，“也反映出当前医保核验体系存在漏洞，未能精准识别参保人和实际就诊人。”

对此，宝山检察院第一检察部副主任

徐暘彪坦言，由于骗保上下游的共谋模糊，导致犯罪链条越前端的越难打击，“很多涉案老年参保人员辩解‘不知道对方是卡贩子药贩子’，面对这类情况，我们结合他们与卡贩子药贩子的相识过程、借卡过程及频率、获利情况等进行分析，明确他们主观上知晓卡贩子药贩子是从事非法活动的，算清这经济账、后果帐，涉案老年人才能认识到自己的辩解无法成立。”

“此外，我们发现涉案医疗机构存在委托代配药制度执行不严格、门诊医师怠于审核把关等问题。”徐暘彪说，“因此，我们也通过制发检察建议的方式，建议有关区卫健委督促医院严格落实门诊委托代配药管理规定，强化医生、药房工作人员的责任意识。”

“三个异常”引起检察官关注 建立就医数据大模型守护群众看病钱

“首先是活动轨迹异常，涉案参保人员的居住地与就医医院距离较远，比如说实际居住地在宝山，而就医数据却多在浦东、青浦、松江等地。”记者在

检察官的介绍中了解到，骗保通常具有“三个异常”，“其次是就诊医院异常，通常来说，老年人更愿意选择固定的医院，但涉案参保人员却在不同医院多次就诊。最后就是就诊频率异常，医保明细显示存在短时间内反复开具大量药品或中医疗理服务的情况，且药品种类繁多、诊疗项目广泛，不符合正常病人的用药、就医需求。”

那么，这些异常的数据如何才能被尽早发现，从而守住居民的看病钱？记者通过采访获悉，从去年起，宝山检察院与宝山公安分局、区医保局搭建“异常人员就医数据模型”并投入实际运用。

模型可通过医保系统调取全市可疑参保人员的全量就诊数据，形成一个基础数据池，进而对基础数据核查是否存在上述“三个异常”，初步明确骗保人员；再结合医保数据与病历、供述等进行关联比对，得出医保人员的骗保详情。据介绍，通过

运用该数据监督模型，检察机关发现监督线索62条，成功追诉88人，截至目前，办理医保诈骗系列案件已追究刑事责任130人。

在这些骗局背后的“隐秘角落”被揭开后，另一个更为重要的问题浮现出来：当判决落下，资金被追回，守护看病钱的防线是否就算筑牢？检察官认为，构建一张让骗子无从下手的防护网才更为根本。

“参保人员应合法合规使用医保卡，切勿将本人的医保卡交由他人使用，不得利用享受医保待遇的机会转卖药品。”徐暘彪说，“而相关医院则应严格按照《关于进一步加强本市医保门诊委托代配药管理的通知》，对医生及药房工作人员的行为进行规范，并对现有问题及时整改；医疗机构从业人员也应加强职业道德规范，不得以虚构诊疗服务、虚开药品、虚假住院、分解住院等方式套取医保基金。”

