

监管部门多措并举,打击个人骗取医保基金行为 护牢守紧百姓的救命钱

国家医保局近期先后公布两期个人骗取医保基金典型案例;此前,最高人民法院披露4起个人医保骗保犯罪案件,引发了广泛的社会关注。

与定点医疗机构或者定点药店有组织骗保金额动辄以百万元计不同,个人骗取医保基金金额一般不算大。国家医保局在通报中提醒,医保基金是人民群众的看病钱、救命钱,其规范合理使用关系着广大参保群众的切身利益。曝光个人骗取医保基金典型案例,反映了监管部门严厉打击相关违法犯罪的坚定决心。

1

个人骗保类型多,占便宜有可能触犯法律

个人骗取医保基金,有人是蓄意为之,有人是帮别人忙,觉得就是个小事。无论是哪一种出发点,都可能踩到法律红线。

国家医保局的通报案例中,大多是蓄意为之。比如,2023年初,广东省深圳市的李某看到网上有人说“医保套现”,便萌生利用他人医保账户倒卖药品赚钱的想法,随后从网上寻找愿意提供深圳医保账户信息的网友,为其提

供“医保套现”服务。2023年2月至2024年7月期间,李某利用从网友处获取的医保账户信息,频繁冒名前往深圳市多家医院、药店就医购药,随后将药品以低于市场价的价格倒卖给某药店店主王某,从而套取现金,再返还一定比例的钱款给提供账户信息的网友。经统计,李某先后多次冒名买药并倒卖,共骗取医保统筹基金9.3万余元。

湖北省孝感市云梦县的邱某、柯某利用自身门诊慢特病医保待遇,虚开器官移植抗排异药品,并将这些药品倒卖,致使医保基金遭受重大损失。其中,邱某涉案金额超18万元,柯某涉案金额近8万元,二人共同犯罪金额超4万元。

组织或参与倒卖“回流药”、开具虚假票据骗保等个人骗取医保基金行为,同样是处心积虑,必须

严厉打击。

通报案例中,也有因占便宜心态而触犯法律的。比如吉林省白城市镇赉县的高某,2022年7月2日因交通事故住院,医疗费用已由肇事方支付,不符合医保报销条件。但高某隐瞒第三方赔付事实,前往镇赉县医疗保险经办中心申请报销,违规套取医保基金2.7万余元。天津的张某利用朋友的医保卡做门诊检查、办

理住院、实施手术。由于张某与其朋友年龄相仿、相貌相似,未被就诊医疗机构医务人员发现,从而骗取医保基金支付医疗费用1.1万元。

值得注意的是,很多涉医保基金违法案件参与者本以为只是占点小便宜,但一旦形成链条或金额达到数额较大标准,既有可能被移送司法机关,又会面临长期信用与参保权限方面的惩戒。

2

量大面广监管难点多,大数据模型成筛查帮手

“大夫,给我开点膏药。”“怎么了?”“我妈膝盖疼,她居民医保报得少,您给我写个诊断,以我名义开得了。”虽然代开药不合规,但因为来开药的参保人是熟脸儿,社区医生就顺手写了诊断,开出3盒关节止痛膏。

在各地社区卫生服务中心等基层医疗机构,类似事件时有发生。

医保基金监管困难复杂且具有长期性。参保人基数庞大、就医场景分散,跨省异地就医、线上线

下结合、私营与公立机构并存,使得监管范围难以覆盖全域;社会关系网与“熟人社会”现象在部分地区普遍存在:亲友互帮、熟人介绍等情形常被视为“人情往来”,容易出现医保制度所禁止的冒用、代付或出借医保卡等现象;同时,职业骗保团伙分工日益专业化、手段多元化,给传统的人工核查与线索举报带来挑战。

不仅如此,跨部门数据共享受限以及基层监管力量不足等因素,也限制了医保基金监管力

度。在中部省份一个300多万人口的地市,监管人员人均承担460多家医药机构的监管任务,难度可见一斑。

面对如此严峻的监管形势,有人认为,个人违法违规涉案金额都是小钱,不如集中力量办大案。中国政法大学教授张卿认为,这种观点有一定局限性。虽然大案要案涉及金额大,对医保基金的直接冲击明显,但个人骗保行为数量众多,累计损失也不容小觑,且可能引发不良示范效应,破坏医保制度

的公平性和可持续性。

“国家医保局公布的18起个人欺诈骗保典型案例显示,个人骗保地域分布广泛,欺诈手段多样,包括冒名就医、倒卖医保药品、制作虚假票据、重复报销等。这种行为侵蚀了医保基金的基础,破坏了医保制度的可持续性。”张卿表示,若因案值小而放松监管,会变相激励更多投机行为,甚至可能导致小额骗保汇聚成巨大基金漏洞。

为破解医保基金监管难题,近年来,国家医保局强化数据赋能

监管,依托全国统一的医保信息平台,已建立多场景数据监管模型,很多违法违规行为就是通过大数据筛查发现的。有了大数据这个帮手,医保基金监管能力显著提升。

目前,医保部门综合运用现场检查、数据筛查、飞行检查等方式,加强大数据、人工智能、区块链等技术应用,建立健全智能监控机制,实现全要素监管,强化行刑衔接、行纪衔接等惩罚手段,有力惩处违法行为、震慑违法者。

3

医保基金为13亿多参保人的健康兜底,共同维护是责任

被许以小恩小惠就成为机构骗取医保基金的帮凶,或将自己的医保待遇“惠及”他人……诸多个人违规使用医保基金行为的原因,是一些参保人尚未建立医保基金是亿万群众共共共享的救命钱的“大医保”观念。他们错误地认为“医保基金是国家的钱”,觉得既然是公家的钱,不用白不用。殊不知,医保基金为13亿多参保人的健康兜底,是老百姓的救命钱。只有维护好医保基金池,才能发挥医保抵御健康风险的作用。

守护好医保基金,不是医保监管部门的独角戏,而是全社会的共

同责任。打击欺诈骗取医保基金行为不仅要出重拳,也需要社会各界共同参与。国家医保局基金监管司有关负责人表示,每一名参保人都应自觉守护公共资源,一同构建起联防联控体系,让医保这份民心工程在制度和实践中都经得起考验。

早在2018年11月,国家医保局、财政部联合印发了《欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励暂行办法》,为进一步适应基金监管新形势,两部门2022年对原奖励办法进行修订,形成《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》。

办法实施后,一些地方大幅提高最低奖励标准,激发群众参与热情,由此发现不少大案要案线索。2024年11月,国家医保局召开医保基金社会监督暨举报奖励大会,为在维护医保基金安全方面作出贡献的举报人颁发奖金。2024年,全国共发放举报奖励754人次,奖励金额共186.6万元。

此外,以制度规范和惩处个人违法违规行为。《医疗保障基金使用监督管理条例》规定,将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用;重复享受医疗保障待遇;利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返

还现金、实物或者获得其他非法利益,参保人有上述行为的,暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月;个人以骗保为目的,还应处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款。

值得关注的是,日前结束征求意见的《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则(草案)》中,除了细化对违法违规行为的定义和法律责任外,还规定“初次违法且危害后果轻微并及时改正的,可以不予行政处罚”。

对此,张卿解释:“立法的目的一方面是打击违法,另一方面也希望通过教育警示提升守法观念。

实施细则与行政处罚法衔接,体现了宽严相济、惩戒和教育相结合的原则。”

张卿认为,未来医保基金监管治理的关键,在于通过医疗保障法及相关法规、规章的制定和完善,构建起精准的监管系统,从根本上改变潜在骗保者的成本收益核算,使其因得不偿失而不想骗;另一方面,应考虑行为激励,将行为经济学的智慧融入医保监管,从传统的严惩重罚思维转向更精细地引导帮助参保人避免非理性行为,从源头上消除骗保动机。

据《人民日报》



文明健康
绿色环保

积极参与垃圾分类 共同呵护绿色家园

