

冒用去世父亲医保卡 骗保人被查

省医保局曝光违法违规使用医保基金典型案例;2021年以来,全省查出涉嫌“假病人、假病情、假票据”案件75起,总涉案金额达数亿元,目前已追回2000多万元

N海都记者 林涓 通讯员 林金凤

近日,省医疗保障局选取了多起违法违规使用医保基金典型案例予以曝光。

据了解,2021年以来,我省医保部门按照国家医保局和省纪委监委“点题整治”工作部署,会同公安、卫健等部门开展打击“假病人、假病情、假票据”欺诈骗保行为专项整治行动,截至今年10月底,全省查出涉嫌“三假”案件75起,总涉案金额达数亿元,目前已追回2000多万元,相关案件正在进一步侦办中。



杰清/漫画

“影子”病人

涉案金额上亿,诈骗团伙36人落网

今年3月,福州市医保局通过构建算法模型对2019年以来医保结算数据进行筛查,发现刘某某、林某等多名参保人长期存在同日内持多张医保卡在多家医疗机构就诊开药的异常行为,

涉嫌团伙倒卖药品。

当地医保部门高度重视,立即与当地公安机关取得联系。公安机关随即成立案件工作专班并列入专案办理。

8月19日和9月19日,

公安机关在福州,湖南娄底,江苏扬州、无锡等地进行统一集中收网,成功摧毁以刘某某(福州)、姜某(江苏)和林某(福州)、衡某某(江苏扬州)为首的两个医保诈骗及掩饰、隐瞒犯罪所

得犯罪团伙,抓获目标嫌疑人36人,查获药品存储窝点12处,现场查扣包括脑心痛、拜新同等500余种医保药品共计3.8万余盒,涉案金额上亿元。目前,案件正在进一步审理中。

持卡人身故后,医保卡多次被刷

2022年7月,根据福建省医保局移交的已死亡人员医保卡违规使用大数据线索,平潭综合实验区社会事业局调查发现,参保人曾某香的父亲曾某理于2021年12月22日死亡,但2021

年12月至2022年6月期间,其医保卡在福建中医药大学附属第二人民医院、福州市第七医院、鼓楼区华大街道社区卫生服务中心等医疗机构产生多笔刷卡记录。

经福建省医保中心、福

州市医保中心协助调查,以上刷卡登记人均均为曾某香。曾某香在该期间多次使用其父的医保卡在多家医院就医购药,累计盗刷医保基金3730.02元。

依据《医疗保障基金使

用监督管理条例》,当地医保部门作出如下处理:1.责令退回骗取的医保基金;2.处骗取金额二倍行政罚款。目前,损失的医保基金3730.02元已全部追回,二倍行政罚款7460.04元已全部收缴。

冒用他人身份,两次住院治疗

2022年5月,龙岩市永定医保局接到举报,反映刘某某涉嫌冒用他人医保凭证住院治疗骗取医保基金。

当地医保部门通过查阅病历、调取监控视频和调

查询问相关人员,发现刘某某在2021年4月和2022年2月两次以“解某某”身份在永定区医院妇产科住院,分别行左侧输卵管切除和宫腔镜检查。

经核算,两次住院结算累计骗取医保基金7097.54元。

依据《医疗保障基金使用监督管理条例》,当地医保部门处理结果如下:1.追

回刘某某冒名就医骗取的医疗保障基金;2.将该案移交当地公安机关立案查处。目前,损失的医保基金7097.54元已全部追回,案件正在进一步审理中。

虚构或隐瞒实情

协同家人虚构项目,骗保10万多元

2020年6月,厦门市医保部门工作人员通过大数据分析、视频监控调查等方式,发现参保人杨某某及其家人在厦门市多家定点医院虚构理疗项目套取医保基金,涉嫌欺诈骗保。

医保部门立刻固定相关证据,并将案件情况及相关证据材料移交公安机关。2021年5月,杨某某因涉嫌欺诈骗保被公安机关抓获。

经查,杨某某为牟取非法利益,2019年至2021年1

月在厦门市多家门诊部以参保人身份伙同门诊部医生等人,以虚构理疗项目方式骗取医保基金共计人民币101986.1元(其中3873.87元尚未结算)。

依照《中华人民共和国

刑法》,2022年5月,经厦门市湖里区人民法院审理,依法判决被告人杨某某犯诈骗罪,判处有期徒刑三年,缓刑五年,并处罚金人民币一万元。目前,损失的医保基金98112.23元已全部追回。

隐瞒交通事故实情,骗保7万多元

2021年7月,南平市医疗保障基金管理中心收到举报线索,反映松溪县城乡居民参保人叶某某在发生交通事故后,住院就医时隐瞒存在第三方责任人,直接用医保卡结算,涉嫌骗取医保基金。

叶某某住院后,在外伤认定表中填写受伤原因为自己意外受伤,并于2020年

4月至2021年3月,先后5次在南平市第一医院、松溪县中医院、福建省中医药大学附属第二人民医院、福州市第二医院接受治疗,住院费用共计128550.84元,其中医保基金支付70782.86元。

依据《中华人民共和国

社会保险法》和《医疗保障基金使用监督管理条例》等相关规定,2022年9月,当地医保部门将案件线索移交当地公安机关作进一步调查。2022年10月,公安机关立案调查,损失的医保基金将由公安机关追回后返还给医保部门。

票据上做手脚

台账违规,耗材进销存不符

2022年8月,平潭综合实验区社会事业局、行政服务中心组成联合检查组对平潭港立医大妇儿医院开展现场检查,发现该院存在理疗记录单登记不规范、未严格按照省药品联合限价阳光采购规定执行药品(耗材)销售限价政策、未按要求建立耗材出入库台账、耗材进销存不符等违规行为。

依据《平潭综合实验区基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》,当地医保部门作出如下处理:

1.针对未按要求建立耗材出入库台账和理

疗记录单登记不规范的问题,要求限期整改;

2.针对未严格按照省药品联合限价阳光采购规定执行药品(耗材)销售限价政策问题,拒付相关违规医疗费用148655.49元,并处以2倍违约金297310.98元,合计445966.47元;

3.针对耗材进销存不符问题,拒付相关违规医保基金77773.7元,并处以1倍违约金77773.7元,合计155547.4元;

4.暂停该院中医科医保定点服务3个月。

目前,损失的医保基金已全部追回,违约金已全部上缴。

虚假治疗,骗保175万多元

2020年6月,厦门市医保部门工作人员通过大数据分析、视频监控调查等方式,发现湖里友谊门诊部中医科医生杜某存在虚开医保项目、虚假治疗等行为,涉嫌欺诈骗保。

医保部门立刻收集固定相关证据,并将案件情况及相关证据材料移交公安部门。

2021年5月,杜某因涉嫌欺诈骗保被公安机关抓获。经查,2019年8月至2020年9月,杜某在门诊部负责人的指使下,

勾结参保人员虚开诊疗项目、虚假治疗,诈骗医保基金共计人民币1753138.76元。

依照《中华人民共和国刑法》,2022年2月,经厦门市湖里区人民法院审理,依法判决被告人杜某犯诈骗罪,判处有期徒刑四年二个月,并处罚金人民币三万元。

杜某退缴的违法所得发还医保部门,并责令其及其他涉案人员继续履行退赔责任。

利用特殊门诊,涉案298万多元

2022年6月,省医疗保障监测和电子结算中心发现漳州市芗城区通北社区卫生服务中心血友病特殊门诊存在疑点。

漳州市医保局立即组织检查组入驻该院开展核查,发现该院存在医师不规范调整凝血因子Ⅷ剂量,部分处方未准确开具、发放剂量,药品、耗材账物不符,不合理收费等问题,涉及违规或违约总金额2983806.77元。

依据《医疗保障基金使用监督管理条例》和《2021年漳州市基本医疗保险签约医疗机构

服务协议》,当地医保部门作出如下处理:

1.责令该院立即整改;

2.扣除日常稽核重复扣款,追回违规或违约金额2815703.8元;

3.中止医师陈某某医保服务结算6个月,中止医师郭某某和药师林某某医保服务结算3个月;

4.对该院重复收费、将非医保费用纳入医保结算等问题予以行政立案,并依法处以行政处罚款。

目前,违约或违规金额2815703.8元已追回,行政处罚款已全部缴纳。