

市医保局联合多部门共同打击隐瞒意外伤害原因骗取医保基金行为,也提醒参保人员——

骗取医保超6000元就构成犯罪

发生交通事故后获得对方赔偿4万元,又在就医时谎称是自己摔倒受伤,在治疗和住院中获得医保报销3.6万余元。可这“两边都捞到好处”的美梦并没有持续太久,去年11月底,陈某因犯诈骗罪被判处有期徒刑10个月,缓刑一年,并处罚金。

“这个案子就是我们和公安联合开展的专项行动中发现的。”市医保局基金监督处处长周斌介绍说,医保与公安联合构建了隐瞒意外伤害原因筛查及行刑衔接机制,守护百姓“救命钱”。

查漏补缺, 追回违规资金近2亿

基本医疗保障是实现共同富裕和促进社会公平的有力保障,要更好实现医疗保障保基本的作用,必须强化医保基金监管,严防医保基金“跑冒滴漏”。

市医保局自成立以来,始终严厉打击欺诈骗保行为。两年多来,累计处理违法违规医药机构超6000家次,追回违规资金超1.9亿元。

去年5月至8月,医保联合公安在全市范围内开展了打击隐瞒意外伤害原因欺诈骗取医疗保障基金专项行动,对全市2018年至行动前所有意外伤害医保刷卡住院数据进行了核查,共综合研判10万多条意外伤害医保刷卡住院数据,发现疑似违规违法线索16条,其中刑事立案4起,采取刑事强制措施7人,切实维护了基金安全。

部门联动, 探索守护基金新路径

“这一专项行动的成果,让我们看到了部门联动的力量。”周斌介绍说,今年3月,市医保局联合公安出台《关于开展意外伤害医保住院数据定期筛查工作的通知》,将专项行动升级为常态化的合作机制。

根据要求,各定点医疗机构会对意外伤害住院情况按规定进行审核把关,并将所有意外伤害数据及时汇总,

由医保局每季度向公安机关移送一次;公安机关将数据与报警记录等内部数据比对后,发现有异常再反馈给医保部门进一步调查核实。今年已移送3批次累计72066条数据,经核查发现涉嫌骗保案件29件,目前立案12件,已追回医保基金99959.13元。

市医保局4月移交的一条就诊记录显示:今年3月,薛某到医院就诊,称自己在打扫卫生时不慎滑倒导致受伤,并签署了承诺书,在住院手术中享受了居民医保报销待遇。可公安进行比对后却发现,临近日期有其与他人发生交通事故后的报警记录。经多方查证,认定薛某存在提供虚假证明骗取医保基金的行为,查实涉及违规金额12233.91元。通州区医保局责令薛某退回违规医保金额,并移送通州区公安局处理。目前已立案。

知法守法, 欺诈骗保后果很严重

“不就是撒了个谎嘛,我把钱退回去不就完了”。医保部门在调查时发现,不少人仍存在认识上的误区。从法律层面上来说,撒这个谎就是典型的以伪造、欺诈的手段来骗取医保基金的行为,不但需要退回骗取的医保基金,还面临2~5倍罚款,数额较大的,还可能面临刑事责任。

对个人原因导致的外伤可以享受医保待遇,但第三方原因导致外伤的,则需按照责任划分。周斌提醒参保人员,如果发生外伤去医院就诊要如实告知受伤原因,如实提供证明材料、签署承诺书,如果完全是第三方责任,那么医疗费用应由第三方负担,不纳入医保,“如果自己也有部分责任,可以先自费治疗,在经司法程序判定责任后,再到医保部门报销自己责任的部分。”

“骗取的医保金额超过6000元,就构成诈骗罪。”周斌提醒参保人员切勿贪一时的小便宜,一旦有相关的记录,对自己的个人信用、贷款及子女都会产生不良影响。

本报记者沈雪梅 何家玉

南通报业大型线上分类信息发布平台,值得您信赖的“信息百宝箱”——

“通通帮”线上推送

办理方式:一、南通日报微信公众号首页底部点击分类信息;二、南通发布APP首页底部点击分类信息;三、扫描右侧二维码。帮帮热线:0513-85118889



登录请扫码

咨询请扫码

咨询请扫码