

欺诈骗保要不得 八个问题要注意

市医疗保障局开展集中宣传月活动 维护医保基金安全



欺诈骗保相关案例问题解答

问题一

问 :退休的老王在买菜时与卖菜青年小刘发生口角并扭打在一起。经众人调解后,两人同赴定点医疗机构诊治。随后,老王被确诊为右手脱臼,小刘被确诊为头部血肿,但接诊医生却表示两人的医疗费用不能享受医保报销。

老王参加的是职工医疗保险,目前应享受退休职工医疗费用报销

待遇。小刘参加的是城乡居民保险也能享受相应的医疗费用报销。为什么接诊医生却说两人的医疗费用不能报销?

答 :我国《社会保险法》第三十条规定下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围:(一)应当从工伤保险基金中支付的;(二)应当由第三人负担的;(三)应当由公共

卫生负担的;(四)在境外就医的。老王和小刘虽然属于医疗保险的参保人群,但两人因打架斗殴产生的医疗费用属于上述不纳入基本医疗保险基金支付范围中“应当由第三人负担的”情形,因此不能享受基本医疗保险基金报销。如果医院在两人的医疗费用结算时使用了医保报销,则医院的行为是违法的。

问题二

问 :赵大爷被轿车撞倒在地,肇事车主表示要带他去医院检查,并承担相应的医疗费用,但赵大爷称自己有医保可自行前往医院检查,不需要肇事车主赔偿。赵大爷的这种做法对吗?

答 :赵大爷的做法是错误的。根据我国《社会保险法》第三十条的规定,交通事故等存在第三方责任人的情况,应由第三方责任人承担医疗费用,医保不能予以报销。也就是说,赵大爷的医疗费用应由肇

事车主承担,医保不能报销。此外,若赵大爷自行前往医院就医时未向医生说明受伤的真实原因,谎称自己是因意外跌倒等原因受伤并利用医保报销,则会涉嫌欺诈骗保,是违法行为。

问题三

问 :若问题二中的肇事车主逃逸暂未找到,赵大爷的医疗费用只能自行承担吗?

答 :根据《社会保险法》第三十

条第二款规定:“医疗费用依法应当由第三人负担,第三人未支付或者无法确定第三人的,由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基

金先行支付后,有权向第三人追偿。”即在上述情况中,医保基金可以先行支付赵大爷的医疗费用,支付后有权向肇事者追偿。

问题四

问 :冯先生在上班途中被轿车撞倒,他的医疗费用该由谁承担?

答 :上述情况中,由于冯先生是在上班途中发生交通事故的,首先

要按照事故的责任来确定医疗费用的支付主体。若冯先生在交通事故责任认定中承担主要责任,则应由他个人承担医疗费用;若肇事车主

承担全部责任或主要责任,则由对方支付他的医疗费用;若肇事车主逃逸,可由工伤保险先行支付冯先生的医疗费用。

问题五

问 :老张在某医院住院时,医生表示医保部门对住院天数有限制,要求他在住院14天后先办理出院手续,自费住院治疗7天后再办理入院手续。老张很疑惑,医保部门

真有这样的规定吗?
答 :为了防止过度医疗,有的地方医保部门会对医疗机构进行平均住院费用的评价,但并未对费用进行限制,更没有对住院天数进行限

制。
住院天数是医疗机构根据患者病情及医院管理规定来确定的,医保部门不得干涉临床诊疗行为。

问题六

问 :医保领域常见的违法违规行有哪些?

答 :①出借、转让本人社会保障卡给他人使用的;伪造或者冒用

他人社会保障卡就医的;伪造或涂改医疗发票及病历、处方、费用清单、检查检验报告等医疗文书,骗取医保待遇的;变卖用社会保障卡购

买的药品、医疗器械、医用耗材或诊疗项目的;不符合参保条件的人员,提供虚假证明材料参保,骗取医保待遇的。

问题七

问 :欺诈骗保行为将承担哪些法律责任?

答 :相关法律法规为:《中华人民共和国社会保险法》第八十八条:以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的,由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保

险金,处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。

第九十四条 违反本法规定,构成犯罪的,依法追究刑事责任。

《中华人民共和国刑法》第二百六十六条 诈骗公私财物,数额较大的,处三年以下有期徒刑、拘役或者

管制,并处或者单处罚金;数额巨大或者有其他严重情节的,处三年以上十年以下有期徒刑,并处罚金;数额特别巨大或者有其他特别严重情节的,处十年以上有期徒刑或者无期徒刑,并处罚金或者没收财产。

问题八

问 :如何举报欺诈骗保行为?
答 :市民可通过以下2种方式举报欺诈骗保行为:

1.拨打市医疗保障局打击欺诈骗取医保基金专项行动举报电话;

2.将举报信及相关书面资料发到市医疗保障局举报投诉邮箱 yksybc@163.com。

医疗保障关乎人民群众的健康权益,关乎社会和谐稳定,是重大的民生工程、民心工程。确保医保基金安全是医保工作的首要职责。

去年,市医疗保障局全面启动“查处欺诈骗保”专项治理行动,共开展各类检查6次,日常核查37次,检查各类医疗机构133家;发放专项检查基金通报4份,查处违规例数175例,约谈违规定点医药机构16家,处理违规“两定机构”18家(次),其中17家机构被暂停医保服务(一级以下公立医院12家,药店5家),1家机构被解除医保服务。2019年,市医疗保障局共追回(拒付)违规基金1517万元,有效规范了我市医药机构的行为,并在全市形成了维护医保基金安全、自觉抵制违规违法行为的良好社会氛围。

今年,市医疗保障局将开展以定点医疗机构自查自纠为重点的专项治理行动,对我市不同规模、类型的医疗机构实现监管全覆盖,并按照上级要求实现我市二级以上定点医疗机构实地稽查率达100%,其他医疗机构稽查率达35%,定点药店检查实现全覆盖,现场检查“两定机构”总数不少于80家。此外,市医疗保障局将不断健全基金监管长效机制,把全市“两定机构”及1628名医保医师纳入医保信用体系管理;成立医保行业协会,建立行业自律机制,覆盖全市定点医疗机构的所有医师与护士;将二级及以上定点医疗机构陆续纳入远程视频监控,实现“两定机构”视频监控全覆盖;全面实施“驻院巡查代表制”,分门别类做出针对性巡查。

□记者 王靖宁 通讯员 章林霞



市医疗保障局举报投诉电话 :0579 - 89292686