



内蒙古自治区高级人民法院、自治区医疗保障局联合发布

依法惩治医保骗保犯罪典型案例

医疗保障制度是解决人民群众看病贵、看病难,有效提升全民生命健康水平的重大制度安排,医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”,事关亿万参保群众切身利益。近年来,医保领域欺诈骗保行为呈现主体多元化特征,既有普通参保个人隐瞒真实伤情骗取医保待遇,也有定点医院、药店等医药机构虚构诊疗服务、伪造病历票据套取基金,还有医疗机构内部工作人员利用岗位权限、信息管理漏洞实施骗保。各类医保骗保犯罪严重侵蚀医保基金安全防线,破坏正常医疗服务秩序,损害全体参保人的公共利益与医疗保障合法权益,社会危害性不容忽视。

内蒙古自治区高级人民法院、内蒙古自治区医疗保障局切实贯彻落实党中央关于加强医保基金监管工作的部署要求,持续深化医保基金管理领域突出问题专项整治,健全医保与公安、司法机关线索移送、数据共享、联合处置工作机制,坚持行政执法与刑事司法有效衔接,依法从严惩治各类医保骗保犯罪,深度参与社会治理,坚持打击犯罪与警示教育、行业堵漏相结合,切实守住医保基金安全底线,促进医疗保障制度健康持续发展,不断增强人民群众的安全感、获得感、幸福感。

为有力有效惩治医保骗保犯罪,充分发挥“办理一案、治理一片、警示一方”的示范震慑与普法教育作用,引导参保人员、定点医药机构知法守法,压紧压实医疗机构内部管理责任,内蒙古自治区高级人民法院、内蒙古自治区医疗保障局选编了一批已审结生效的医保骗保犯罪典型案例,现予公布。

案例一

一、基本案情

2023年8月,丛某某酒后驾驶两轮电动车与行人陈某某发生碰撞,造成丛某某摔倒受伤,经交警部门事故责任认定,丛某某承担本次交通事故全部责任。在后续住院治疗及费用结算环节,丛某某刻意隐瞒其酒后驾驶电动车肇事受伤且负事故全部责任的关键事实,虚构无第三方责任的意外情形,使用医保基金报销医疗费用,骗取医保基金1.49万元。

二、处理过程

2024年6月,兴安盟医保部门与公安机关建立数据共享机制,通过智能监管模型比对分析无责意外保险结算信息与公安交通事故认定信息,筛查发现参保人员丛某某2023

从某某诈骗案
—— 参保人员隐瞒交通事故事实骗取医保基金

年8月因交通事故受伤后,以无责任意外情形申请医保基金支付,存在欺诈骗保嫌疑,后通过调取医保结算信息、核验诊疗记录等方式,全面固定涉案证据,查实丛某某欺诈骗保的全部违法事实,并依法将涉嫌犯罪线索移送司法机关处理,嫌疑人到案后主动足额退回骗取的医保基金。法院经审理认为,丛某某以非法占有为目的,隐瞒真相骗取医保基金,其行为已构成诈骗罪。鉴于丛某某有自首情节,如实供述自己的罪行,且自愿认罪认罚,主动退赔全部违法所得,可以从轻处罚。法院以诈骗罪判处丛某某有期徒刑十个月,缓刑一年,并处罚金1万元。

三、典型意义

根据《国家医疗保障待遇清单

(2020年版)》“应当由第三人负担的”医疗费用不属于基本医疗保险基金支付范围。因交通事故产生的医疗费用依法应由事故责任方承担或由其投保的商业险等渠道解决,不属于医保基金支付范围。当事人故意隐瞒交通事故受伤真实情况申领医保待遇,既扰乱医保基金正常支付管理秩序又损害全体参保人公共利益,达到刑事立案标准的还将承担诈骗罪的刑事责任。本案警示广大参保人员,应当严格遵守医保管理相关规定,就医结算、待遇申报时如实提供信息。切勿抱有侥幸心理、贪图小利实施欺诈骗保行为,避免逾越法律底线、承担刑事处罚后果。

案例二

一、基本案情

2021年9月至2022年6月,通辽某中西医结合医院管理人员梁某某按照医院实际控制人张某某(另案处理)的指示通过给患者发放“交通费”“介绍费”等方式多方收治尿毒症患者,该医院医生李某某虚开血液透析、在线血液滤过、血液灌流治疗次数,制作虚假病历,通过申报虚假治疗数据骗取医保基金2969428.75元。

二、处理过程

通辽市医疗保障局依据医保相关法律法

梁某某与李某某诈骗案
—— 私营医院虚构治疗数据骗取医保基金

规及医保服务协议,追回违规使用的医保基金,并处违约金,解除与该定点医疗机构的医保服务协议。涉及医院管理问题,移送市卫生健康委员会调查处理;将涉嫌欺诈骗保问题线索移送公安机关调查处理。法院经审理认为,梁某某与李某某共同骗取医保基金的行为已构成诈骗罪,梁某某与李某某均系从犯,依法应当减轻处罚。鉴于李某某还具有坦白、认罪认罚、主动退缴违法所得等情节,可以从轻处罚。法院以诈骗罪判处梁某某有期徒刑八年,并处罚金10万元;判处李某某有

期徒刑三年,缓刑四年,并处罚金3万元。

三、典型意义

本案是民营医保定点医疗机构通过虚构慢性病诊疗服务骗取医疗保障基金的典型案件。被告人梁某某按照指示,通过不法手段招揽尿毒症患者,组织医院人员虚增血液透析、在线血液滤过、血液灌流诊疗频次,伪造病历材料,上报虚假诊疗数据,套取巨额医保基金,严重侵害医保基金安全,扰乱医保基金管理秩序与正常医疗服务秩序,社会危害性突出,必须依法严厉打击。

案例三

一、基本案情

路某某系某医院在药剂师,于2022年11月至2023年12月期间,利用自身岗位工作便利及熟悉医院诊疗、处方开具、医保结算流程的优势,盗用本院医师工号违规开具处方,同时非法获取、冒用28名参保人员医保信息,在医院违规购药,通过虚构医保诊疗购药事实、虚假医保结算的方式套取医保基金,累计骗取医保基金156355.27元。

二、处理过程

2023年呼和浩特市土默特左旗医疗保障局在医保基金日常监管工作中,通过数据筛查、台账核对、线索核查,发现路某某涉嫌

路某某诈骗案
—— 医院药剂师虚假购药骗取医保基金

欺诈骗保问题。经报呼和浩特市医疗保障局复核并补充关键佐证材料,将案件移送公安机关依法立案侦查。法院经审理认为,被告人路某某以非法占有为目的,冒用他人医保信息、盗用医师工号虚开处方、套取医保基金,涉案金额156355.27元,其行为已构成诈骗罪。鉴于其有自首、认罪认罚、主动全额退赃,系初犯、偶犯等情节,依法应当减轻处罚。法院以诈骗罪判处路某某有期徒刑三年,缓刑四年,并处罚金2万元。

三、典型意义

本案系公立医院医务人员利用职务便利骗取国家医保基金的典型职务类涉医

保犯罪案件,涉案人员身为医院药剂工作人员,本应恪守职业底线、严守医保法律法规,依规开展药品调剂、配发等诊疗配套服务,但其背离岗位职责与初心使命,盗用医师工号、冒用他人医保信息虚假购药,非法套取国家医保统筹基金,造成医保基金流失,严重扰乱定点医疗机构正常诊疗服务秩序,破坏公立医院公信力与医务人员职业形象,社会影响恶劣,依法应予惩处。该案还暴露出部分定点医疗机构在人员权限管理、处方审核、医保购药核验、内部风控监管等环节存在制度漏洞、监管缺位等共性问题。

案例四

一、基本案情

吴某某与孙某某于2023年至2025年共同经营药店期间,吴某某使用25名参保人的医保卡通过刷医保卡套现、串换药品的方式骗取国家医保基金127117.9元,孙某某在吴某某刷医保卡套现、串换药品过程中提供帮助。

二、处理过程

2025年6月,鄂尔多斯市准格尔旗医疗保障局在全旗检查执业药师挂证行为时,发现准格尔旗某大药房有限公司涉嫌串换药品骗取医保基金的行为,立即成立检查组对该药店进行行政立案调查并中止医保协议、暂停其医保刷卡,将相关线索移送至准格尔旗公安局。经准格尔旗

吴某某、孙某某诈骗案
—— 药店经营者虚假购药骗取医保基金

公安局调查,吴某某、孙某某以非法占有为目的,诈骗公私财物,数额巨大,遂移送检察机关审查起诉。法院经审理认为,吴某某、孙某某骗取医保基金的行为已构成诈骗罪。吴某某在共同犯罪中起主要作用,系主犯,孙某某在共同犯罪中起次要、辅助作用,系从犯,依法应当减轻处罚。鉴于二人有坦白、认罪认罚等情节,可以从轻处罚。法院以诈骗罪判处吴某某有期徒刑三年二个月,并处罚金3万元;以诈骗罪判处孙某某有期徒刑二年二个月,缓刑三年,并处罚金2万元。

三、典型意义

本案系定点零售药店经营者利用医保定点结算便利,骗取国家医保基金的典

型涉医保违法案件。涉案药店经营者及从业人员身为定点医药机构服务人员,本应恪守职业底线、严守医保法律法规,依规开展药品销售、处方调配、医保刷卡结算等经营服务,但其违反了《定点零售药店医疗保障服务协议》《医疗保障基金使用监督管理条例》,通过串换药品、伪造销售台账、违规刷卡等方式,非法套取医保基金,造成医保基金流失,扰乱定点零售药店正常经营秩序,破坏医疗保障制度公信力与定点医药机构服务形象,依法应予惩处。该案还暴露出部分定点零售药店在处方审核、刷卡结算核验等环节存在制度不健全、审核不严格等共性问题。

(自治区高院供稿)