

2020年以来，市医保局持续开展规范定点医疗机构使用医保基金行为专项治理工作，在严厉打击医疗机构欺诈骗保行为的同时，主动将监督关口前移，开展群众性打击欺诈骗保行动，通过组织业务培训为审核人员装上“火眼金睛”，让其成为医保基金的“守门员”，紧盯疑点不放松，使骗保人员原形毕露，无处遁形，确保每一分医保基金不受损失。

10月20日，记者在市医保局了解到，该局近期查处了2起冒领医保待遇骗取医保基金行为。

案例一: 2020年7月14日，接群众举报，浩口镇东河村8组居民张某某（男，55岁），将自己的医保卡借给其弟张某某（男，51岁），用于在湖北江汉油田总医院办理医保住院报销。听闻消息后，市医保局迅速成立基金核查专班，组织工作人员通过医保信息系统，查询张某某兄弟二人的参保信息，第一时间了解其医保参保情况。

经查，张某某（哥哥）参加了2020年潜江市城乡居民医保，张某某（弟弟）未参保；同时工作人员赶赴湖北江汉油田总医院，通过调阅张某某（弟弟）住院病历、费用明细、出院结算单、现场询问张某某（弟弟）和其主治医生杜某某等手段，发现张某某（弟弟）于2020年5月24日至6月5日在湖北江汉油田总医院住院12天，医保住院报销涉及金额7331.01元。在事实面前，湖北江汉油田总医院、张某某兄弟均认识到此违规行为的严重性，并表示深刻吸取教训、不再违犯。市医保局对相关人员进行严厉批评教育，对相关住院费用不予报销，对已报销的虚假费用予以追回，对医院的违规行为予以相应处理。

案例二: 2020年7月14日，市医保局信息中心在检索数据时发现，参保对象杨某某死亡后仍有慢性病和门诊个人账户支付记录，工作人员发现情况后，第一时间上报，市医保局党组高度重视，并迅速成立核查专班。工作人员通过了解杨某某死亡后，门诊特殊慢性病支付及个人账户支付情况，提取相应数据进行分析，约谈死者家属，走访湖北百佳和大药房连锁有限公司潜阳东路店，核查杨某某慢性病消费记录等情况，查实杨某某家属利用其门诊特殊慢性病刷卡购药，属于“冒领基本医疗保险待遇”，涉及金额7560元。在事实面前，湖北百佳和大药房连锁有限公司、杨某某家属均认识到此违规行为的严重性，并表示深刻吸取教训、不再违犯。市医保局对相关人员进行严厉批评教育，对冒领的特殊慢性病报销费用予以追回，对药店的违规行为予以相应处理。

市医保局温馨提醒：任何单位和个人，如果发现套取骗取医保基金的违规违法行为，均可以向医保部门举报，欢迎广大市民监督医保基金使用。