

今天，广东省医疗保障局通报了10起医疗保障领域违法违规典型案例，一起来看——

案例一：惠州市铁涌协和医院骗保案

2021年5月，根据审计部门提供线索，经惠州市医保局调查发现，惠东县铁涌协和医院存在虚假用药等违规行为，涉及医保基金1093200元。依据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国刑法》等，当地医保部门已追回该院违规结算的医保基金1093200元，并将该案移交公安机关立案调查。

案例二：东莞市清溪友华医院、欧某球、钟某骗保案

2020年7月，根据群众举报线索，经东莞市医保局调查发现，东莞清溪友华医院存在诱导住院、伪造医疗文书、虚构医药服务等违规行为，涉及医保基金158801.47元（既遂17583.63元，未遂141217.84元）。依据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国刑法》等，当地医保部门终止该院社会保险医疗服务协议；追回该院违规结算的医保基金；将该案移交当地公安机关。当地法院判处该院科室负责人欧某球有期徒刑二年四个月，并处罚金人民币1万元；判处该院负责人钟某有期徒刑一年十个月，缓刑三年，并处罚金人民币8000元。目前，骗取的医保基金既遂部分17583.63元已全部追回。

案例三：湛江市广东医科大学附属第二医院、周某娟骗保案

2021年8月，根据群众举报线索，经湛江市医保局调查发现，广东医科大学附属第二医院存在违规诊疗行为，参保人周某娟存在使用他人医保凭证冒名就医和手术等违规行为，涉及医保基金12607.55元。依据《中华人民共和国社会保险法》等，当地医保部门责令该院限期整改；追回该院违规结算的医保基金并处以5倍罚款；暂停参保人周某娟2022年参保资格。目前，该院违规结算的医保基金12607.55元已全部追回，5倍罚款63037.75元已全部执行完毕。

案例四：佛山市肖某利用虚假票据骗保案

2021年6月，根据审计部门提供线索，经佛山市医保局调查发现，参保人肖某存在利用虚假票据重复报销、重复享受（异地就医）医保待遇等违规行为，涉及医保基金64368.53元。依据《中华人民共和国刑法》《佛山市医疗保障领域欺诈骗保案件与刑事司法工作衔接办法》等，当地医保部门已将该案移交公安机关立案调查。

案例五：汕尾市吴某娜利用虚假票据骗保案

2021年7月，根据广东省医保局提供线索，经汕尾市医保局调查发现参保人吴某娜存在利用虚假票据重复报销、重复享受（异地就医）医保待遇等违规行为，涉及医保基金105439.68元。依据《中华人民共和国社会保险法》等，当地医保部门已将该案移交公安机关立案调查。

案例六：东莞市陈某潘利用虚假票据骗保案

2021年6月，经东莞市医保局调查发现，参保人陈某潘存在利用虚假票据重复报销、重复享受（异地就医）医保待遇等违规行为，涉及医保基金10420.58元。依据《中华人民共和国社会保险法》等，当地医保部门已将该案移交公安机关立案调查。

案例七：揭阳市谢某杰、陈某欢利用虚假票据骗保案

2021年7月，根据国家医保局提供线索，经揭阳市普宁医保局调查发现，参保人谢某杰、陈某欢存在利用虚假票据重复报销、重复享受（异地就医）医保待遇等违规行为，涉及医保基金55382元。依据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国刑法》等，当地医保部门已将该案移交公安机关立案调查。

案例八：佛山市龙某图多次超量开药并转卖药品骗保案

2021年4月，根据佛山市顺德区社保局提供线索，经佛山市医保局顺德分局调查发现，参保人龙某图存在利用享受医保待遇的机会多次超量开药并转卖药品获利等违规行为，涉及医保基金33258.066元。依据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国刑法》等，当地医保部门已追回多家医院违规结算的医保基金，并将该案移交公安机关立案调查。

案例九：汕尾市曾某富使用他人医保凭证骗保案

2021年6月，根据群众举报线索，经汕尾市医保局调查发现，曾某富存在使用他人医保凭证冒名就医、购药等违规行为，涉及医保基金37073.34元。依据《医疗保障基金使用监督管理条例》等，当地医保部门已将该案移交公安机关。

案例十：东莞市罗某平骗取生育津贴案

2021年4月，根据审计部门提供线索，经东莞市医保局调查发现，罗某平存在虚报工资额度骗取生育津贴等违规行为，涉及医保基金76800元，依据《中华人民共和国社会保险法》《行政处罚法》等规定，当地部门已追回该参保人骗取的医保基金76800元，审计部门将该案移交公安机关立案调查。

【记者】钟哲

【通讯员】粤医保

【作者】钟哲

广东健康头条

来源：南方+ - 创造更多价值