

打击欺诈骗保 守护基金安全

医保基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，维护基金安全是全社会共同责任。近年来，高安市医疗保障局持续加大医保基金使用监督管理力度，严厉打击各类欺诈骗保行为，切实筑牢医保基金安全防线。

2025年，全市共查处欺诈骗保相关人员33人，追回违规医保基金43.28万元；2026年截至3月底，共查处欺诈骗保相关人员3人，追回违规医保基金4.54万元。对骗取医保基金数额较大、拒不退回违规资金及涉嫌违法犯罪的，依法移交公安机关追究法律责任。

现将部分典型案例公开曝光，以案释法、以儆效尤。

一、典型案例

案例一：梁某春，在其亲属孙某秀2023年7—8月于高安市中医院住院治疗期间，隐瞒本次意外伤害存在第三方责任的事实，违规使用医保基金结算，造成医保基金损失。经医保部门责令退回，仍拒不退回全部违规基金。目前梁某春已依法移送公安机关立案侦查，将依法追究相应法律责任。

案例二：胡某生，2022年12月—2023年12月先后在高安市人民医院、南昌大学第二附属医院、南昌明州康复

医院住院治疗，期间隐瞒本次意外伤害存在第三方责任的事实，违规报销医保费用，造成医保基金损失。经医保部门责令退回，仍拒不退回全部违规基金。目前该案已依法移送公安机关立案侦查。

案例三：李某枝，2024年1—2月在高安市骨伤医院住院治疗期间，隐瞒本次意外伤害存在第三方责任的事实，违规使用医保基金结算，造成医保基金损失。经医保部门责令退回，仍拒不退回全部违规基金。目前该案已依法移送公安机关立案侦查。

案例四：何某元，2024年4—5月在南昌大学第一附属医院住院治疗，其本人及家属明知该意外伤害系第三方责任且已获得相应赔付，仍隐瞒事实办理医保报销，涉嫌欺诈骗保。目前该案拟依法移送公安机关处理。

二、法律警示

根据《中华人民共和国刑法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规，以欺诈、伪造证明材料、隐瞒事实真相或其他手段骗取医疗保障基金支出的，将依法承担以下责任：

- 1、由医疗保障行政部门责令退回违规基金，处相应罚款，并从次年起提高大病保险起付线，直至发生大病保险后清零；

2、对拒不退回、情节严重的，暂停医疗费用联网结算3个月至12个月；

3、涉嫌构成诈骗罪的，由公安机关立案侦查，依法追究刑事责任。

三、温馨提示

参保人员就医时应如实陈述就医事由，不得隐瞒第三方责任、不得虚构病情、不得冒用他人凭证、不得协助他人骗保。特别是病人家属应慎重填写《基本医疗保险参保人员意外伤害待遇备案表》，慎重签署无第三方责任人的承诺，如发现隐瞒真相、欺诈骗保的，其家属也将面临法律的惩处。



高安市医疗保障局