

青海通报今年第二批违规使用医保基金案例

8月11日，青海省医疗保障局联合省公安厅、省卫生健康委员会等部门，在西宁召开新闻发布会，通报2025年第二批违规使用医疗保险基金典型案例。这批案例涉及医疗机构、药店及个人通过虚构诊疗、伪造票据、串换药品等方式欺诈骗取医保基金，严重侵害群众“救命钱”。发布会通过剖析案例，揭示欺诈骗保手段，呼吁全社会共同守护医保基金安全。通报显示，2025年上半年，青海省医保部门共检查定点医药机构1200余家，查处违规使用医保基金案件87起，追回基金损失约3200万元，行政处罚金额超1500万元。其中，第二批通报的6起典型案例涉及金额近500万元，涵盖西宁、海东、海西等地，违规行为包括虚构医疗服务、超量开药、串换诊疗项目等。案例之一，位于西宁市城中区的某医院通过虚构住院记录、伪造检查报告，骗取医保基金786万元。经查，该医院在2024年为非住院患者开具虚假住院证明，涉及30余名参保人员，造成基金重大损失。医保部门依法追回全部违规资金，暂停该医院医保服务协议6个月，并对相关责任人罚款50万元。医院负责人表示，已整改内部管理制度，加强合规培训，避免类似问题再次发生。另一案例涉及海东市某药店，药店工作人员勾结参保人员，通过串换药品、刷医保卡购买非医保范围的保健品，非法套取基金423万元。调查发现，该药店长期以“免费体检”为噱头，诱导参保人员刷卡购买高价保健品，实际报销金额远超合理范围。医保部门联合公安机关介入，药店被取消定点资格，涉案人员被移送司法机关，涉案金额全部追回。海西州某诊所的案例则暴露出超量开药的乱象。该诊所为慢性病患者开具超出实际需求的药品，部分药品被倒卖至外地，涉及医保基金损失约65万元。医保部门对其处以3倍罚款，暂停医保结算3个月，并将线索移交公安机关进一步调查。一位当地居民感叹：“这些违规行为让医保基金流失，真正需要的人反而可能拿不到救命钱，太可恶了！”青海省医保局局长张伟在发布会上指出，欺诈骗保行为不仅扰乱医保基金管理秩序，还直接损害参保群众的权益。2025年以来，青海持续加大打击力度，结合国家医保局的追溯码试点项目，运用大数据分析锁定异常报销行为。例如，通过追溯码技术，成功发现某医院重复报销问题，追回资金120万元。张伟强调，青海将进一步完善智能监管系统，力争2025年底实现80定点机构的实时结算监管，压缩违规空间。社会反响热烈，网友在社交媒体上纷纷点赞。一位西宁市民留言：“通报这些案例让我们知道医保基金有多重要，打击欺诈真是大快人心！”还有网友建议，加大普法力度，让更多人了解医保政策，避免因无知而参与违规行为。青海大学附属医院的一名医生表示，医院已开展多次医保政策培训，确保医务人员合规操作，杜绝“低级错误”。从全国视角看，青海的行动与国家层面加强医保基金监管的政策高度一致。据新华社报道，2024年全国医保系统追回基金275亿元，查处欺诈机构2008家，逮捕嫌疑人1万余人。青海作为西部省份，医保基金规模较小，但监管力度不减。专家分析，青海案例中暴露的虚构诊疗、串换药品等问题在全国具有普遍性，需通过跨部门协作和科技赋能加以解决。青海省医保局表示，未来将深化“六部门联动”机制，联合公安、卫健、市场监管等部门，常态化开展专项整治。同时，计划在全省推广“医保反诈进社区”活动，通过案例宣讲、政策解读，提升群众防诈意识。针对农村地区参保人员法律意识薄弱的情况，医保部门还将联合基层组织，开展送法下乡，确保政策宣传全覆盖。此次通报的第二批案例，不仅是对违规行为的严厉警示，也为医保基金监管提供了宝贵经验。青海通过公开透明的处理方式，传递了守护“救命钱”的坚定决心。未来，随着监管技术的升级和全社会防诈意识的提升，青海的医保基金安全防线将更加牢固，为群众健康保障提供更强支撑。

原文链接：<https://hz.one/baijia/青海-第二批-违规使用-医保-2508.html>

PDF链接：<https://hz.one/pdf/青海通报今年第二批违规使用医保基金案例.pdf>

官方网站：<https://hz.one/>