



最高人民法院 最高人民检察院 公安部印发《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》的通知

法发〔2024〕6号

各省、自治区、直辖市高级人民法院、人民检察院、公安厅(局)、解放军军事法院、军事检察院,新疆维吾尔自治区高级人民法院生产建设兵团分院,新疆生产建设兵团人民检察院、公安局:

为依法惩治医保骗保犯罪,切实维护医疗保障基金安全,维护人民群众医疗保障合法权益,结合工作实际,最高人民法院、最高人民检察院、公安部联合印发《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》,请认真贯彻执行。执行中遇到的重大问题,请及时分别报告最高人民法院、最高人民检察院、公安部。

最高人民法院
最高人民检察院
公安部
2024年2月28日

为依法惩治医保骗保犯罪,维护医疗保障基金安全,维护人民群众合法权益,根据《中华人民共和国刑法》《中华人民共和国刑事诉讼法》等有关规定,现就办理医保骗保刑事案件若干问题提出如下意见。

一、全面把握总体要求

1. 深刻认识依法惩治医保骗保犯罪的重大意义。医疗保障基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”,事关人民群众切身利益,事关医疗保障制度健康持续发展,事关国家长治久安。要切实提高政治站位,深刻认识依法惩治医保骗保犯罪的重大意义,持续深化医保骗保问题整改,依法严惩医保骗保犯罪,切实维护医疗保障基金安全,维护人民群众医疗保障合法权益,促进医疗保障制度健康持续发展,不断提升人民群众获得感、幸福感、安全感。

2. 坚持严格依法办案。坚持以事实为根据,以法律为准绳,坚持罪刑法定、证据裁判、疑罪从无等法律原则,严格按照证据证明标准和要求,全面收集、固定、审查和认定证据,确保每一起医保骗保刑事案件事实清楚,证据确实、充分,定罪准确,量刑适当,程序合法。切实贯彻宽严相济刑事政策和认罪认罚从宽制度,该宽则宽,当严则严,宽严相济,罚当其罪,确保罪责刑相适应,实现政治效果、法律效果和社会效果的统一。

3. 坚持分工负责、互相配合、互相制约。公安机关、人民检察院、人民法院要充分发挥侦查、起诉、审判职能作用,加强协作配合,建立长效工作机制,形成工作合力,依法、及时、有效惩治医保骗保犯罪。

第六章 监督管理

第六十条 县级以上地方人民政府应当健全完善医疗保障基金监督管理机制,根据履行维护医疗保障基金安全职责的需要,加强执法队伍和能力建设。医疗保障行政部门可以依法委托符合法定条件的组织开展医疗保障行政执法工作。

医疗保障行政部门应当根据医疗保障基金风险评估、举报投诉线索、医疗保障数据监控等因素,确定检查重点,组织开展专项检查。

第六十一条 医疗保障行政部门应当对医疗保障经办机构、定点医药机构、有关医药企业、用人单位和个人遵守医疗保障法律、法规情况开展监督检查,对与医疗保障基金支付范围相关的医疗服务行为和医疗费用加强监督管理,规范医疗保障经办业务,依法查处违法使用医疗保障基金的行为。

税务机关应当加强对用人单位缴费情况的检查。公安、人力资源社会保障、卫生健康、市场监管等部门按照各自职责,做好相关监督管理工作。

财政部门、审计机关按照各自职责,依法对医疗保障基金的收支、管理等情况实施监督检查。

医疗保障经办机构应当加强对定点医药机构使用医疗保障基金的稽查审核,发现被检查对象存在违反医保协议行为的,按照医保协议予以处理。

相关部门和单位应当分工协作、相互配合,建立沟通协调、案件移送等机制,共同做好监督管理工作。

第六十二条 医疗保障行政部门实施监督检查可以采取下列措施:

- (一)进入现场检查;
- (二)询问有关人员;
- (三)要求被检查对象提供与检查事项相关的文件资料,并且作出解释和说明;
- (四)采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式收集有关情况和资料;
- (五)对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存;
- (六)聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助开展检查;
- (七)法律、法规规定的其他措施。

第六十三条 定点医药机构应当按

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导,强化证据意识、程序意识、裁判意识,充分发挥庭审在查明事实、认定证据、保护诉权、公正裁判中的决定性作用,有效加强法律监督,确保严格执法、公正司法,提高司法公信力。

二、准确认定医保骗保犯罪

4. 本意见所指医保骗保刑事案件,是指采取欺骗手段,骗取医疗保障基金的犯罪行为。

医疗保障基金包括基本医疗保险(含生育保险)基金、医疗救助基金、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助、居民大病保险资金等。

5. 定点医药机构(医疗机构、药品经营单位)以非法占有为目的,实施下列行为之一,骗取医疗保障基金支出的,对组织、策划、实施人员,依照刑法第二百六十六条的规定,以诈骗罪定罪处罚;同时构成其他犯罪的,依照处罚较重的规定定罪处罚:

- (1)诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药,提供虚假证明材料,或者串通他人虚开费用单据;
- (2)伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息、检测报告等有关资料;
- (3)虚构医药服务项目、虚开医疗服务费用;
- (4)分解住院、挂床住院;
- (5)重复收费、超标准收费、分解项目收费;
- (6)串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施;
- (7)将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算;
- (8)其他骗取医疗保障基金支出的行为。

6. 行为人以非法占有为目的,实施下列行为之一,骗取医疗保障基金支出的,依照刑法第二百六十六条的规定,以诈骗罪定罪处罚;同时构成其他犯罪的,依照处罚较重的规定定罪处罚:

- (1)伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息、检测报告等有关资料;
- (2)使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药;
- (3)虚构医药服务项目、虚开医疗服务费用;
- (4)重复享受医疗保障待遇;
- (5)利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品、医用耗材等,接受返还现金、实物或者获得其他非法利益;
- (6)其他骗取医疗保障基金支出的行为。

7. 医疗保障行政部门及经办机构工作人员利用职务便利,骗取医疗保障基金支出的,依照刑法第三百八十二条、第三百八十三条的规定,以贪污罪定罪处罚。

8. 以骗取医疗保障基金为目的,购买他人医疗保障凭证(社保卡等)并使用,同时构成买卖身份证件罪、使用虚假身份证件罪、诈骗罪的,以处罚较重的规定定罪处罚。

9. 明知系利用医保骗保购买的药品而非法收购、销售的,依照刑法第三百一十二条和相关司法解释的规定,以掩饰、隐瞒犯罪所得罪定罪处罚;指使、教唆、授意他人利用医保骗保购买药品,进而非法收购、销售,依照刑法第二百六十六条的规定,以诈骗罪定罪处罚。

10. 利用医保骗保购买药品的行为是否被追究刑事责任,不影响对非法收购、销售有关药品的行为人定罪处罚。

对第一款规定的主观明知,应当根据药品标志、收购渠道、价格、规模及药品追溯信息等综合认定。具有下列情形之一的,可以认定行为人具有主观明知,但行为人能够说明药品合法来源或作出合理解释的除外:

- (1)药品价格明显异于市场价格的;
- (2)曾因实施非法收购、销售利用医保骗保购买的药品,受过刑事或行政处罚的;
- (3)以非法收购、销售基本医疗保险药品为主的;
- (4)长期或多次向不特定对象收购、销售基本医疗保险药品的;
- (5)利用互联网、邮寄等非接触式渠道多次收购、销售基本医疗保险药品的;
- (6)其他足以认定行为人主观明知的情形。

三、依法惩处医保骗保犯罪

10. 依法从严惩处医保骗保犯罪,重点

打击幕后组织者、职业骗保人等,对其中具有退赃退赔、认罪认罚等从宽情节的,也要从宽把握从宽幅度。

具有下列情形之一的,可以从重处罚:

- (1)组织、指挥犯罪团伙骗取医疗保障基金的;
- (2)曾因医保骗保犯罪受过刑事处罚的;
- (3)拒不退赃退赔或者转移财产的;
- (4)造成其他严重后果或恶劣社会影响的。

11. 办理医保骗保刑事案件,要同步审查洗钱、侵犯公民个人信息等其他犯罪事实,实现全链条依法惩治。要结合常态化开展扫黑除恶斗争,发现、识别医保骗保团伙中可能存在的黑恶势力,深挖医保骗保犯罪背后的腐败和“保护伞”,并坚决依法严惩。

12. 对实施医保骗保的行为人是否追究刑事责任,应当综合骗取医疗保障基金的数额、手段、认罪悔罪、退赃退赔等案件具体情况,依法决定。

对于涉案人员众多的,要根据犯罪的事实、犯罪的性质、情节和对于社会的危害程度,以及在共同犯罪中的地位、作用、具体实施的行为区别对待、区别处理。对涉案不深的初犯、偶犯从宽处罚,对认罪认罚的医务人员、患者可以从宽处罚,其中,犯罪情节轻微的,可以依法不起诉或者免除处罚;情节显著轻微、危害不大的,不作为犯罪处理。

13. 依法正确适用缓刑,要综合考虑犯罪情节、悔罪表现、再犯罪的危险以及宣告缓刑对所居住社区的影响,依法作出决定。对犯罪集团的首要分子、职业骗保人、曾因医保骗保犯罪受过刑事处罚、毁灭、伪造、隐藏证据,拒不退赃退赔或者转移财产逃避责任的,一般不适用缓刑。对宣告缓刑的犯罪分子,根据犯罪情节,可以同时禁止其在缓刑考验期限内从事与医疗保障基金有关的特定活动。

14. 依法用足用好财产刑,加大罚金、没收财产力度,提高医保骗保犯罪成本,从经济上严厉制裁犯罪分子。要综合考虑犯罪数额、退赃退赔、认罪认罚等情节决定罚金数额。

四、切实加强证据的收集、审查和判断

15. 医保骗保刑事案件链条长、隐蔽深、取证难,公安机关要加强调查取证工作,围绕医保骗保犯罪事实和量刑情节,全面收集、固定证据,尤其注重收集和固定处方、病历等原始证据材料,深入查明犯罪事实,依法移送起诉。对重大、疑难、复杂和

社会影响大、关注度高的案件,必要时可以听取人民检察院的意见。

16. 人民检察院要依法履行法律监督职责,强化以证据为核心的指控体系构建,加强对医保骗保刑事案件的提前介入、证据审查、立案监督等工作,积极引导公安机关开展侦查活动,完善证据体系。

17. 人民法院要强化医保骗保刑事案件证据的审查、判断,综合运用证据,围绕与定罪量刑有关的事实情节进行审查、认定,确保案件事实清楚,证据确实、充分。认为需要补充证据的,应当依法建议人民检察院补充调查。

18. 医疗保障行政部门在监督检查和调查中收集的物证、书证、视听资料、电子数据等证据材料,经法庭查证属实,且收集程序符合有关法律、行政法规规定的,可以作为定案的根据。

19. 办理医保骗保刑事案件,确因证人人数众多等客观条件限制,无法逐一收集证人证言的,可以结合已收集的证人证言,以及经查证属实的银行账户交易记录、第三方支付结算凭证、账户交易记录、审计报告、医保信息系统数据、电子数据等证据,综合认定诈骗数额等犯罪事实。

20. 公安机关、人民检察院、人民法院对依法查封、扣押、冻结的涉案财产,应当全面收集、审查证明其来源、性质、用途、权属及价值大小等有关证据,根据查明的事实依法处理。经查明确实与案件无关的,应予返还。

21. 对行为人实施医保骗保犯罪所得一切财物,应当依法追缴或者责令退赔。确有证据证明存在依法应当追缴的财产,但无法查明去向,或者价值灭失,或者与其他合法财产混合且不可分割的,可以追缴等值财产或者混合财产中的相应部分。等值财产的追缴数额限于依法查明应当追缴违法所得数额,对已经追缴或者退赔的部分应予扣除。

22. 公安机关、人民检察院、人民法院要积极推动追赃挽损贯穿办案全过程和各环节,全力追赃挽损,做到应追尽追。人民法院在执行涉案财物过程中,公安机关、人民检察院及有关职能部门应当密切配合,切实履行协作义务,综合运用多种手段,做好涉案财物清结、财产变现、资金归集和财产返还等工作,最大限度减少医疗保障基金损失,最大限度维护人民群众利益。

23. 公安机关、人民检察院、人民法院在办理医保骗保刑事案件时,可商请医疗保障行政部门或有关行政主管部门指派专业人员配合开展工作,协助查阅、复制有关专业资料或核算医疗保障基金损失数额,就案件涉及的专业问题出具认定意见,涉及需要行政处理的事项,应当及时移送医疗保障行政部门或者有关行政主管部门依法处理。

24. 公安机关、人民检察院、人民法院要积极能动履职,进一步延伸办案职能,根据情况适时发布典型案例,开展以案释法,加强法治宣传教育,推动广大群众知法、守法,共同维护医疗保障基金正常运行和医疗卫生秩序。结合办理案件发现医疗保障基金使用、监管等方面存在的问题,向有关部门发送提示函、检察建议书、司法建议书,并注重跟踪问效,建立健全防范医保骗保违法犯罪长效机制,彻底铲除医保骗保违法犯罪的滋生土壤。

个人以骗取医疗保障基金为目的,有下列情形之一的,除依照前款规定处理外,由医疗保障行政部门处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款:

- (一)实施前款规定行为之一,造成医疗保障基金损失;
- (二)使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药;
- (三)通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式,骗取医疗保障基金支出。

第七十八条 医药企业、用人单位等以欺诈骗取医疗保障基金支出的,由医疗保障行政部门责令退回,处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款;构成犯罪的,依法追究刑事责任。

受委托承担医疗保障经办业务的商业保险机构和社会组织,有前款规定行为的,由医疗保障行政部门依照前款规定处理,并可以解除委托服务协议。

第七十九条 公立医疗机构违反本条例第五十一条第二款规定,线下采购、线下议价,或者虚构采购数量,由省医疗保障行政部门责令改正,并可以约谈有关负责人;拒不改正的,由有关主管部门依法处理。

第八十条 退回的基金退回原医疗保障基金财政专户;罚款、没收的违法所得依法上缴国库。

第八章 附则

第八十一条 生育保险按照国家有关规定执行。

第八十二条 军人以及军队相关人员的医疗保障按照国家有关规定执行。

第八十三条 本条例自2023年6月1日起施行。

江苏省医疗保障条例(二)

应当依法建立健全医疗保障信用评价体系,根据信用评价结果实施分级分类监督管理。

医疗保障行政部门应当按照国家和省有关规定,将医疗保障领域公共信用信息纳入公共信用信息系统,依法实施守信激励和失信约束。

第七章 法律责任

第六十九条 对违反本条例规定的行为,法律、行政法规已有处罚规定的,从其规定。

第七十条 医疗保障等行政部门工作人员在工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的,依法给予处分。

医疗保障经办机构未按照本条例规定履行职责的,由医疗保障行政部门责令改正;对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第七十一条 侵占、挪用医疗保障基金的,由医疗保障行政部门依法责令追回;有违法所得的,没收违法所得;对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第七十二条 用人单位不办理基本医疗保险登记的,由医疗保障行政部门责令限期改正;逾期不改正的,对用人单位处应缴基本医疗保险费数额一倍以上三倍以下的罚款,对直接负责的主管人员和其他直接责任人员处一千元以上三千元以下的罚款。

用人单位未按时足额缴纳基本医疗保险费的,由税务机关责令限期缴纳或者补足,并自欠缴之日起,按日加收万分之五的滞纳金;逾期仍不缴纳的,由有关主管部门处欠缴数额一倍以上三倍以下的罚款。

用人单位逾期仍不缴纳基本医疗保险费的,自欠缴之日起,其参保人员应当享受的职工基本医疗保险待遇由用人单位承担。

第七十三条 定点医药机构有下列情形之一,由医疗保障行政部门责令改正,并可以约谈有关负责人;拒不改正的,依法处二万元以上五万元以下的罚款;违反其他法律、行政法规的,由有关主管部门依法处理:

- (一)未建立医疗保障基金使用内部管理制度,或者没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作;
- (二)未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料;
- (三)未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据;
- (四)未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息;
- (五)未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息;
- (六)除急诊、抢救等特殊情形外,未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提

供医疗保障基金支付范围以外的医药服务;

- (七)定点医疗机构以医保支付政策为由拒收患者;
- (八)拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。

第七十五条 定点医药机构通过下列方式骗取医疗保障基金支出的,由医疗保障行政部门责令退回,处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款;构成犯罪的,依法追究刑事责任:

(一)分解住院、挂床住院;

(二)违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务;

(三)重复收费、超标准收费、分解项目收费;

(四)串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施,以药换药;

(五)为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返还现金、实物,或者获得其他非法利益提供便利;

(六)为非定点医药机构提供医保费用结算服务;

(七)将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算;

(八)高套病种编码,转嫁住院费用;

(九)造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

第七十四条 定点医药机构有下列情形之一,由医疗保障行政部门责令改正,并可以约谈有关负责人;拒不改正的,依法处二万元以上五万元以下的罚款;违反其他法律、行政法规的,由有关主管部门依法处理:

(一)未建立医疗保障基金使用内部管理制度,或者没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作;

(二)未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料;

(三)未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据;

(四)未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息;

(五)未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息;

(六)除急诊、抢救等特殊情形外,未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提

供医疗保障基金支付范围以外的医药服务;

- (七)定点医疗机构以医保支付政策为由拒收患者;
- (八)拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。

第七十五条 定点医药机构通过下列方式骗取医疗保障基金支出的,由医疗保障行政部门责令退回,处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款;构成犯罪的,依法追究刑事责任:

(一)分解住院、挂床住院;

(二)违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务;

(三)重复收费、超标准收费、分解项目收费;

(四)串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施,以药换药;

(五)为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返还现金、实物,或者获得其他非法利益提供便利;

(六)为非定点医药机构提供医保费用结算服务;

(七)将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算;

(八)高套病种编码,转嫁住院费用;

(九)造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

第七十四条 定点医药机构有下列情形之一,由医疗保障行政部门责令改正,并可以约谈有关负责人;拒不改正的,依法处二万元以上五万元以下的罚款;违反其他法律、行政法规的,由有关主管部门依法处理:

(一)未建立医疗保障基金使用内部管理制度,或者没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作;

(二)未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料;

(三)未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据;

(四)未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息;

(五)未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息;

(六)除急诊、抢救等特殊情形外,未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提

供医疗保障基金支付范围以外的医药服务;

- (七)定点医疗机构以医保支付政策为由拒收患者;
- (八)拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。

第七十五条 定点医药机构通过下列方式骗取医疗保障基金支出的,由医疗保障行政部门责令退回,处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款;构成犯罪的,依法追究刑事责任:

(一)分解住院、挂床住院;

(二)违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务;

(三)重复收费、超标准收费、分解项目收费;

(四)串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施,以药换药;

(五)为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返还现金、实物,或者获得其他非法利益提供便利;

(六)为非定点医药机构提供医保费用结算服务;

(七)将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算;

(八)高套病种编码,转嫁住院费用;

(九)造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

第七十四条 定点医药机构有下列情形之一,由医疗保障行政部门责令改正,并可以约谈有关负责人;拒不改正的,依法处二万元以上五万元以下的罚款;违反其他法律、行政法规的,由有关主管部门依法处理:

(一)未建立医疗保障基金使用内部管理制度,或者没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作;

(二)未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料;