

最高法院出台《意见》完善统一法律适用标准——

尽最大努力消除“类案不同判”现象

本报讯 记者李万祥报道:统一法律适用标准关系着保障社会公平正义和人民权利。9月23日,最高人民法院发布《最高人民法院关于完善统一法律适用标准工作机制的意见》,提出统一法律适用标准21条具体措施。

近年来,最高法院通过制定司法解释、发布指导性案例、完善司法指导性文件等措施,不断解决法律统一适用问题。随着我国经济社会的快速发展,法律适用标准的短板问题突显,尤其是“类案不同判”现象越来越受到社会关注。

最高人民法院副院长杨万明表示,类案不同判现象的背后实质上是法律适用标准不统一,这也成为司法责任制改革中一块难啃的“硬骨头”。

尽最大努力消除“类案不同判”现象,是人民法院依法维护人民权益、化解矛盾纠纷、促进社会和谐稳定的重要手段,是增

强人民群众对公平正义获得感的重要途径。

“完善统一法律适用标准工作机制,体现了中国特色社会主义法治道路和司法制度的特色,比如审判委员会制度、完善制约监督机制、坚持民主集中制、运用现代科技促进统一裁判尺度等。”杨万明说。

《意见》将统一法律适用标准融入到人民法院审判整体工作中,从完善规范依据、健全分歧解决机制,到指导审判组织,再到加强审判管理、审判监督,最后到类案检索、科技辅助、人才建设等方面进行了较为全面的规定。

杨万明表示,一些法律适用标准不统一的现象,是由于经济社会快速发展而引发的,比如信息网络技术带来的大量新型案件,人民法院难以像审理传统案件那样熟练准确适用法律,甚至还存在一些法

律空白。对于这种现象,必须建立和完善统一法律适用标准工作机制,才能充分发挥人民法院服务保障经济社会发展的职能作用。

《意见》强调要建立健全最高人民法院法律适用问题解决机制,对于最高人民法院生效裁判之间可能存在的法律适用分歧,或者在审案件的裁判结果可能与生效裁判的法律适用存在分歧的,应当依照《最高人民法院关于建立法律适用分歧解决机制的实施办法》予以解决。

同时,《意见》还对完善高级人民法院统一法律适用标准工作机制提出具体要求,各高级人民法院应当参照最高人民法院的做法,建立本辖区法律适用分歧解决机制,研究解决本院及辖区内法院案件审理中的法律适用分歧。

新冠肺炎疫情发生以来,人民法院依托信息化建设成果,实现审判执行工作正

常运转,引起国际社会关注,受到人民群众欢迎。《意见》强化对统一法律适用标准的科技支撑和人才保障,助推法律适用标准统一。

“强化对统一法律适用标准的科技支撑和人才保障,是确保司法公正高效权威,促进审判体系和审判能力现代化的必然要求。”杨万明说。

《意见》强调,各级人民法院应当深化智慧法院建设,为统一法律适用标准提供信息化保障。最高人民法院加快建设以司法大数据管理和服务平台为基础的智慧数据中台,完善类案智能化推送和审判支持系统,加强类案同判规则数据库和优秀案例分析数据库建设,为审判人员办案提供裁判规则和参考案例,为院长庭长监督管理提供同类案件大数据报告,为审判委员会讨论决定案件提供决策参考。

诈骗医保基金案件屡屡发生,制度漏洞亟待完善——

“救命钱”怎么就成了“唐僧肉”?

经济日报·中国经济网记者 李万祥

特别关注

生活中,如果有人以帮忙买药、自己医保卡未达报销门槛等理由,借用你的医保卡,可得小心了!因为你出租或出借自己的医保卡,有可能被不法分子拿去骗取医保基金。切不可为了蝇头小利,出租出借自己的医保卡。

近年来,一些单位和个人想方设法钻规则漏洞,搞商业贿赂,进行上下串通,大肆骗取国家医保基金。从发生的多起诈骗医保基金案件看,动辄人均涉案几百万元。如何保护好我们的医保卡?医保制度还存在哪些漏洞需要补充完善?请看记者的采访。

诈骗医保基金案件多发

日前,记者从北京市第二中级人民法院获悉,2019年8月至2020年8月,该院及辖区审理了诈骗医保基金案件35件,被告人47人,犯罪金额达4600余万元,人均涉案金额近100万元。其中,一人被判处无期徒刑,并处没收个人全部财产,5人判处有期徒刑十年以上有期徒刑。

北京二中院刑二庭庭长谭劲松分析指出,诈骗医保基金涉及药品生产企业、医保定点医院、处方医生、持卡患者、赃款折现多个环节,各环节之间及内部相互勾结,共同骗取医保基金。

据介绍,骗取医保基金犯罪方式和类型通常表现为:医疗机构工作人员诈骗医保基金,冒用他人医保卡,大量开药,大量收集医保卡,非法大量收集药品等。

北京二中院发布的典型案例显示,某社区卫生站系北京市医保定点医院。自2011年至2017年,该卫生站法人代表张某、药房负责人王某、会计孙某、护士李某共谋,采用伪造药品入库登记、虚假录入药品数量、虚假挂号等方式骗取医保基金共计3000余万元。法院经审理对被告人张某某判处无期徒刑,对王某判处有期徒刑十四年,对李某判处有期徒刑三年,对孙某判处有期徒刑三年、缓刑三年。

北京二中院法官杨子良介绍,有的不



法分子通过收集大量医保卡,到医院冒名就诊,虚开大量处方药物后对外加价出售;有的人明知他人使用医保卡进行冒充就诊等诈骗犯罪活动,而将收集的医保卡提供给他人使用,赚取医保卡租赁费或提成;有人还专门从事诈骗医保获取药品犯罪的下游犯罪。

“此类行为或者事前共谋诈骗医保基金,约定事后收购药品,或者事前无共谋,但明知是犯罪所得药品而收购、分销,或者没有获得买卖药品许可而收购药物。”杨子良说。

违规开药给“药贩子”可乘之机

谭劲松介绍,从案发情况看,仅有3%的案件(1件)系自首,11%的案件(4件)系政府医保主管部门通过大数据系统发现个别医保卡使用异常后被查,而86%的案件(30件)系同案人员举报、交代得到查

处,“一查一串”现象明显。

据了解,案件中举报、交代的原因,多是同案人员因其他犯罪被公安机关查处后交代,或因涉嫌医保卡使用异常被公安机关传唤后供述。

北京二中院统计显示,涉及骗取医保基金案件中,共同犯罪率达到97%(34件),个人犯罪占3%(1件)。共同犯罪人之间一般系家人、亲属、同事等熟人关系,相互之间有传授犯罪手法及介绍上下游犯罪人的情况。分赃上,主犯所分赃款较多,从犯所分赃款较少。

“无论使用何种手段的医保诈骗,最终都需要大量医保卡消费套现。”谭劲松说,根据相关规定,医保卡只能本人使用,出租、出借医保卡的,应依法退还资金并受到处罚,明知他人进行诈骗犯罪仍提供医保卡的构成共同犯罪,但部分参保居民法律意识淡薄,为了几百至上千元蝇头小利违反法律规定,造成国家医保基金的巨

额损失。

同时,骗取医保基金案件多发的现象,还暴露出违规开药和环节制度存在漏洞。有的医生开药时未核对身份。日常就医中,一些行动不便的老人会让亲属朋友代为开药,医生通常不会审查、记录代开药人身份情况,客观上也难以审查代开药人是否是老人亲属,这就让职业“药贩子”冒名就诊有了可乘之机。

调查发现,不同医院间缺乏联合查机制。根据相关规定,急诊一次性开药量不超过3天,一般情况不超过7天,病人行动不便等情况不超过14天,高血压、糖尿病等慢性病药品,一次性可开一个月的服用量。而在相关案件中,行为入同一天或几天内辗转多个医院开出同一类药品,如果不同医院之间有即时联合查机制,则其难以短时间内大量开药。

防范漏洞管好个人医保卡

该如何防范漏洞,保护好我们的“救命钱”?避免此类案件的发生?

谭劲松建议,加强对医保参保居民的法治教育,在制度规定上明确开药卡的持卡人,要加大行政处罚力度,视情况给予暂停一段时间医保待遇的处罚,构成犯罪的要追究刑事责任,营造执法必严、违法必究的法治氛围,充分发挥法律一般预防作用。

法官还建议,在强化本人就医措施的同时,医疗机构要严格贯彻医保开药规定,明确医生开药核查身份的责任。对代开药情况,在制度规定上明确开药人身份留痕,严格执行一次性开药量的规定,尽量防止一次性大量开药情况发生。

调查发现,很多违规收集药品和医保卡的“药贩子”在医院附近活动活跃,医院门口摆摊收卡现象较多,一些药店长期从非正规渠道收购药品。

法官建议,加强对医院和药店周边的执法检查力度,从诈骗医保基金犯罪上、下游阻止犯罪的滋生。同时,医保局等主管部门应进一步加强大数据分析建设。如运用科技手段加强异常医保卡的筛选、检查力度,对药品生产企业、医院、药店、持卡人进行大数据动态管理,构建模型,分析异常动态,确保及时发现相关犯罪线索。

监管的专业性和精准性。比如建立举报奖励制度、开展医保监管信用体系建设,引入信息技术服务机构等第三方力量参与医保基金监管工作,鼓励和支持社会各界参与与医疗保障基金监管。

同时,增强部门联动机制,形成监管合力。医保、卫生健康、公安等部门应加大案件侦办力度,严打医保欺诈骗罪;健全各部门之间线索移交、执法司法衔接等机制,善于从办案中发现问题,及时填补漏洞,补齐短板。另外,加强医疗保障法制建设,规范医疗保障基金监督管理,尽快出台医保基金监管方面的法规,推动医保基金监管有法可依、依法行政。

2020年7月,国务院办公厅印发《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》,提出构建全领域、全流程的医保基金安全防控机制,全面引入专业化的信息技术工具与监管手段等举措。随着各项制度的有序推进和落实,将全面提升医保治理能力,深度净化制度运行环境,牢牢守住医保基金安全红线。

执法一线

“主动披露”这项政策给了我们企业自我纠错机会,避免了因工作失误造成的不必要损失,我们要为海关的这项政策点赞。”罗杰斯科技(苏州)有限公司关务经理戴晓芳说。

原来,罗杰斯科技在对内部核查时发现,之前有一个月没有按照规定在当月办理内销补税手续,涉及税款达200多万元。按照以往规定,罗杰斯科技可能面临海关的行政处罚,甚至会影响企业的信用。

由于此前曾听说过企业“主动披露”政策,戴晓芳抱着试试看的心态向苏州工业园区海关递交了《主动披露报告表》。让她惊喜的是,经过一系列审理和核实,综合考虑到企业及时主动披露自查发现的问题并积极配合海关调查,当地海关根据相关规定最终对该企业不予行政处罚,企业海关信用等级也没有受到影响。

作为海关容错机制受益者,戴晓芳表示,“主动披露”政策不仅能促进企业在经营活动中做到诚信守法,还能有效增强企业的发展信心,“我们会与海关一起做好宣传,让更多企业享受到守法红利”。

据悉,“主动披露”政策是海关为引导进出口企业守法自律,提升贸易便利化水平,持续改善营商环境出台的一项政策。进出口企业自查发现其进出口活动存在少缴、漏缴税款或者违反海关规定的,在海关发现前主动向海关报告并接受海关处理,海关可以依法从轻、减轻或者不予处罚。

近年来,苏州工业园区海关全力推进“主动披露”政策,通过积极引导,严格审核和规范管理,助力辖区内外贸企业诚信守法。今年疫情期间,为保障相关企业能正常开展“主动披露”,海关还积极引导企业通过“不见面”方式递交资料,以线上云端方式协助企业计算分摊相关税费,依法依规申请减免税款或滞纳金。

为提高服务效能,当地海关开展“一对一”个性化指导,通过主动靠前服务等举措,为企业提供量身打造的主动披露解决方案。在岗位设置上,海关还专门设立了主动披露接收专岗,针对复杂疑难事项进一步引入海关法律专家指导机制,为及时准确解决企业在主动披露过程中遇到的难题,提供专业高效指导。

据统计,今年前7个月,已有194家辖区企业向苏州工业园区海关递交了主动披露报告,广大企业在享受该项政策改革红利的时候,主动披露的积极性正不断提高。据苏州工业园区海关相关负责人介绍,目前“主动披露”行为也从当初的一项“新型小众”尝试,逐步转变为企业日常及时纠错的便利之选,对于不断规范进出口企业守法自律,提升贸易便利化水平,持续改善营商环境起到了积极促进作用。



图为苏州工业园区海关关员“一对一”指导企业人员进行容错申报。朱丰摄

北京海关推出“两步申报”容错机制

本报讯 记者顾阳报道:继在全国海关首创“提前申报”等容错机制基础上,北京海关近日又推出了“两步申报”容错机制,旨在进一步优化营商环境、促进贸易便利化,助力海关总署全面推广进口货物“两步申报”改革试点。

据介绍,自运输工具申报进境之日起14日内,企业发现“两步申报”报关单申报内容有误,需要更正报关单数据,可通过“关企合作平台”向海关申请复核。对申请内容符合不予记录报关差错的,海关复核后予以更正,不需要企业再到现场提交纸质申请和相关证明材料。北京海关有关负责人表示,对于“两步申报”递交的相关材料,海关审核时间由原来15个工作日减少到3个工作日以内。企业因“两步申报”造成的相关记录,经海关认定为主动披露且符合规定的,不作为海关认定企业信用状况记录。

暑运全国铁路公安

破获刑事案件1200余起

本报讯 2020年暑运已落下帷幕。据公安部铁路公安局介绍,今年暑运期间,全国铁路公安机关加强车站巡查,严厉打击“盗抢骗”违法活动,共破获各类刑事案件1200余起,抓获犯罪嫌疑人1100余人。

针对“盗抢骗”违法活动,各地铁路公安机关落实勤务制度,加强车站广场、售票厅、候车室、站台和旅客列车巡查,组织开展有针对性的打击。北京铁路公安局认真分析辖区侵财案件情况,抽调有经验的反扒民警深入到重点车站和重点列车上蹲守防范。襄阳、包头、牡丹江等铁路公安处加强与地方公安机关联系,密切信息交流。深圳、延安、乌鲁木齐等铁路公安处摸排重点嫌疑人员,完善资料库。南京铁路公安处南京站派出所合理设置岗位,科学安排警力,提高防范有效性。(梁西征)

海关容错机制促进企业守法自律

本报记者 顾阳

牢牢守住医保基金安全红线

于中谷

法治经纬

医保是我国一项重要民生工程,医保基金被称为“救命钱”。老百姓看病、住院都离不开它。国家每年投入大量财政资金给予支持。然而,这种“救命钱”却被不法分子视为“唐僧肉”。屡屡曝光的欺诈骗保行为令人深恶痛绝。

2018年9月起,国家医保局会同国家卫健委、公安部、国家药监局联合开展打击欺诈骗取医疗保障基金专项行动,并组织开展飞行检查。专项行动开展以来,各地加大打击力度,依法依规查处一批欺

骗医保基金的案件。

根据国家医保局发布的《2019年全国医疗保障事业发展统计公报》,2019年全年各级医保部门共检查定点医药机构81.5万家,查处违法违规违约医药机构26.4万家;各地共处理违法违规参保人员3.31万人,共追回资金115.56亿元。据统计,2019年,国家医保局共组织69个飞行检查组赴30个省份,对177家定点医药机构进行检查,共查出涉嫌违法违规金额22.32亿元。

从各地公开通报的典型案列来看,欺诈骗保的现象不少,手段也是五花八门。据报道,黑龙江哈尔滨市一民营医院院长利用户外运动协会会长身份,忽悠跳广场

舞的大爷大妈们到医院“检查身体”“挂床住院”,骗取医疗保险基金高达1800余万元。哈尔滨市医疗保障局发现后调查取证,却遭到暴力抗法,最终与公安机关联合行动,才将该欺诈骗保团伙揪掉。

在严查严管严打击情形下,欺诈骗保为何不休?有的甚至还很猖獗?一方面是犯罪分子唯利是图,贪念使然;另一方面则是法律制度不健全,执法监管存在薄弱环节等因素,让不法分子有可乘之机,因而造成医保基金损失。

治理此类医保乱象,相关部门不仅需要加大打击力度,持续巩固打击高压态势,而且还要加快构建长效机制,完善医保监管体系,加大执法规范化建设,提升