

# 衡阳市医疗保障局

---

## 衡阳市医疗保障局打击欺诈骗保 典型案例通报（第七期）

各县市（区）医疗保障局、局机关各科室、市医疗保障事务中心、市医疗保障基金监管事务中心，各医保定点医药机构：

医疗保障基金是参保人的“看病钱”“救命钱”，各级医疗保障部门一直对欺诈骗保行为实行“零容忍”，积极开展各类基金监管监督检查和专项整治工作，严厉查处了一批违法违规医药机构，对欺诈骗保行为形成了强力震慑。为发挥警示教育作用，现将我市近期查处的7起欺诈骗保典型案例予以全市通报，并在衡阳市医疗保障局官网和微信公众号公示曝光。

### 一、常宁市蓬塘乡卫生院违规使用医保基金案

2023年2月，常宁市医保局接举报线索，反映常宁市蓬塘乡卫生院存在虚假住院行为。经查，发现该院工作人员谭某在当地特困人员范某琪未去该院就医的情况下，伪造范某琪虚假住院病历并进行了医保结算，造成医保基金损失1480.6元。当地医保部门处理如下：1. 约谈该院法人，责令立行立改，举一反三，规范医保服务行为；2. 追回医保基金1480.6元，处2倍罚款2961.2元；3. 将案件线索移送当地纪检监察部门，相关部门已对谭某依法给予记过处分。

## **二、祁东博爱医院违规使用医保基金案**

2022年11月，祁东县医疗保障局在检查中发现祁东博爱医院存在分解收费、超标准收费、虚构医疗服务等违规行为。涉及违规金额30141元，造成基金损失18687.4元。当地医保局处理如下：1. 责令限期改正；2. 追回违规使用的医保基金18687.4元；3. 对分解收费、超标准收费、重复收费等违规行为造成基金损失17459.2元给予1倍处罚；对虚构医疗服务项目造成基金损失1228.2元给予2倍行政处罚，共计处罚19915.6元。4. 将相关问题线索移送卫健局进一步核实处理。

## **三、祁东新区医院违规使用医保基金案**

2022年11月，祁东县医疗保障局在检查中发现祁东新区医院存在分解收费、重复收费、超标准收费等违规问题，查实违规费用93395.4元，其中涉及基金损失59773元。当地医保局处理如下：1. 对造成医保基金损失59773元进行追回，并对个人支付部分的33622.4元退还患者；2. 对医保基金损失的金额59773元给予一倍处罚；3. 将过度检查等医疗行为不规范问题移交当地县卫健局；4. 责令该院限期整改。

## **四、衡阳市第三人民医院违规使用医保基金案**

2022年11月，衡阳市医保局对衡阳市第三人民医院现场检查发现，该院存在重复收费、超物价标准收费、过度检查等违规行为，涉及违规使用医保基金支付47596.7元。衡阳市医保局处理如下：1. 约谈该院负责人，责令限期改正；2. 追回违规使用的医保基金47596.7元；3. 对既往“心肌酶谱常规检查”重复收费问题整改不到位，涉及医保基金损失9619.02元给予一倍处罚。

## **五、衡阳静安医院违规使用医保基金案**

2022年11月，衡阳市医保局对衡阳静安医院现场检查发现，该院存在重复收费、超标准收费、串换项目等违规行为，涉及违规使用医保基金支付34529.53元。衡阳市医保局处理如下：1. 约谈该院负责人，责令限期改正；2. 追回违规使用的医保基金34529.53元；3. 对既往“细菌培养结果阴性时收取常规药敏定量实验”重复收费问题整改不到位，涉及医保基金损失9465.19元给予一倍处罚。

## **六、衡东同圣中西医结合医院违规使用医保基金案**

2023年8月，衡东县医疗保障局对衡东同圣中西医结合医院进行了现场检查，发现该院存在重复收费、超标准收费，超限定支付范围使用药品及过度检查等11个违规问题，共涉及违规金额113168.4元，抵扣自查自纠金额24571元，最终认定违规总金额88597.4元。当地医保部门对该院作出如下处理：1. 责令该院立即改正上述违法违规行为；2. 约谈法定代表人；3. 追回违规费用金额88597.4元；4. 对其中严重违法违规问题予以1倍行政处罚，共计24734.9元。

## **七、湖南达嘉维康医药产业股份有限公司衡阳香江城市花园分店员工方某某违法违规套取医保基金案**

2023年9月，省飞行检查组对湖南达嘉维康医药产业股份有限公司衡阳香江城市花园分店现场检查，发现该药店员工方某某利用职务之便套刷医保统筹基金的违法问题，涉及金额58562.22元。经衡阳市医保局进一步调查取证，该公司集团总部与方某某主动配合，积极自查，查实方某某另套刷医保基金

230705.06 元，以上共涉及医保基金共 289267.28 元。当事人已将涉及违法违规费用主动退缴到位。10 月 30 日，市医保局已将该问题线索移送至市公安局进一步调查处理。

上述医药机构及个人违法违规违约行为，严重扰乱了基本医疗保险的正常秩序，损害了广大参保人员的切身利益，现予以全市通报曝光。全市各定点医药机构及相关工作人员要引以为戒，加强内部管理，规范诊疗及收费行为，压紧压实医保基金使用主体责任。各级医疗保障部门要持续保持打击欺诈骗保高压态势，打好行政与协议监管“组合拳”，形成“事前有提醒、事中有预警、事后有监督”的良好局面。杜绝各类医保违法违规违约行为的发生，切实维护好医保基金安全。

