三湘都市报·新湖南客户端4月6日讯（文/视频 全媒体记者 李琪 实习生 王昕）全省检查定点医药机构26108家，处理定点医药机构8381家，暂停医保服务协议223家，移交司法机关8家，移交纪检监察部门11家，追回医保基金37742.96万元，对违法违规行为处罚款12257.54万元……

2022年，湖南省医疗保障局按照国家医保局、国家卫健委、公安部的工作要求，与我省集中整治“回头看”工作有机结合，强化对心内科、精神专科和骨科高值耗材、血液净化透析、基因检测等重点领域的整治，强化现场检查的广度与力度，综合运用协议监管、行政处罚、党纪政纪处分、司法处置等措施，不断提高打击欺诈骗保的权威性和震慑力。

为加大警示教育力度，省医保局对2022年结案的欺诈骗保、违规使用医保基金等15起典型案件予以集中曝光。

1.湖南中医药大学第一附属医院违规收费案

案件事实：
2022年12月，湖南省医疗保障局对湖南中医药大学第一附属医院违法违规使用医保基金的行为进行了调查。经查明：该院2020年6月1日至2022年9月30日期间，骨科、心内科、血液透析科等重点专科存在重复收费、超支付范围支付、 超标准收费、分解收费、过度检查、串换诊疗服务项目等违法违规使用医保基金的行为，涉及金额4495018.7元。

处理结果：
1.责令整改；2.责令该院将违规金额4495018.7元退回医保基金专户；3.对2021年5月1日《医疗保障基金使用监督管理条例》实施以来至2022年9月30日止造成的医保基金损失1515656.71元处1倍的罚款计1515656.71元。

2.长沙市望城区某犯罪团伙骗取医保费用案

案件事实：
2022年9月9日，长沙市望城区医保局接参保人周先生电话举报，称其医保账户被人多次冒用且金额巨大。经初步调查，发现涉及举报人周先生的住院治疗信息情况可能存在虚假，涉嫌骗取医保基金。望城区医保局将相关线索移送望城区公安分局调查处理。经公安机关查实，举报人周先生在某医院13次住院其中有12次为他人虚造冒名，骗取医保基金共计136456.4元。9月22日，某医院将被骗取的医保基金136456.4元退回至医保基金账户。

处理结果：

相关责任人已被刑事拘留，目前，案件正在侦办中。周先生举报的骗取医保基金违法行为属实，根据《湖南省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则》的规定，按查实被欺诈骗取的医疗保障基金金额的3%给予奖励，奖励金额为4094元。

3.衡阳银佳医院违规使用医保基金案

案件事实：
2022年9月接群众举报，衡阳市雁峰区医保局对衡阳银佳医院违规使用医保基金的行为进行了核查。经查，该院存在诱导住院、虚假住院、虚记药品费用或诊疗项目的违规行为。

处理结果：
1.责令整改；2.追回违规使用的医保基金75626.82元；3.对该院诱导住院违规行为处1倍罚款23181.1元，对虚假住院、虚记药品费用或诊疗项目违规行为处3倍罚款计27401.52元；4.暂停该院综合科9个月医保服务协议。

4.周某违规刷取他人医保卡案

案件事实：
2022年1月，株洲市医疗保障局接到群众举报，反映医保卡被人盗刷的问题。经查，株洲市石峰区温馨老年病医院收费人员周某，在2020年3月至2021年6月期间，利用职务便利及医院信息系统漏洞违规刷取他人医保卡400余次，获得医保个人账户金12.87万元。

处理结果：
株洲市医疗保障局将线索移送至公安机关。2023年1月，株洲市石峰区人民法院以贪污罪判处周某有期徒刑1年并处罚金10万元。

5.湘潭市岳塘区徐立兰内科诊所欺诈骗取医疗保障基金支出案件

案件事实：
2022年11月，湘潭市医疗保障局在日常监督检查中发现湘潭市岳塘区徐立兰内科诊所涉嫌骗取医疗保障基金支出。经查，该诊所利用特殊病种门诊定点机构的便利，通过伪造患者住院病历资料申报特殊病种门诊的方式骗取医疗保障基金12万余元。

处理结果：
湘潭市医疗保障局将线索移送至公安机关。2023年3月7日，该诊所负责人被公安机关拘留。目前，案件正在侦办中。

6.武冈市双牌镇白竹村卫生室违规套保案

案件事实：
2022年7月，武冈市医疗保障局在日常稽查中发现双牌镇白竹村卫生室存在将超医保目录范围药品纳入医保补偿、虚增药品费用、违规操作卫生室帐号、通过定点药店将群众购药支出按门诊统筹支出予以报销等违规行为，涉及违规金额53273.54元。

处理结果：
1.追回违规资金53273.54元；2.对虚增药品费用、违规操作卫生室账号补偿计38006.54元处2倍罚款计76013.08元；3.对在药店登陆操作卫生室账号的严重违规行为，处暂停定点药店双牌健安大药房6个月医保服务。

7.平江县李某欺诈骗保案

案件事实：
2022年4月，平江县医保局在财务核查时，发现参保人李某提供的报销发票存在虚假嫌疑。经核查，自2021年1月份以来，李某通过网络购买总金额为28.5万元的虚假发票共15张，在平江县医保局进行医保报销，共计骗取医保基金136189.2元。李某因犯诈骗罪，被判处有期徒刑1年5个月，缓刑2年，并处罚金2000元。

处理结果：
1.责令退还诈骗金额136189.2元；2.暂停李某医疗费用联网结算3个月。

8.常德浦元医院欺诈骗保案

案件事实：
2022年5月，常德市鼎城区医疗保障局在日常检查中，发现常德浦元医院存在违规使用医保基金的问题。经查，该医院存在6大类问题：①虚构医药服务项目，虚记护理费和床位费以及虚记耗材、手术、药品费用共涉及违规金额331514.68元；②重复收费涉及违规金额288元；③超标准收费，肝功能常规检查、葡萄糖测定、关节减压术、留置导尿收费涉及违规金额6782元；④串换诊疗项目涉及违规金额8120元；⑤分解收费涉及违规金额9825元；⑥过度检查，对住院病人均行乙肝、丙肝、梅毒检查、住院病人入院当日同时行肝功能和乙肝三对检查，共涉及违规金额30994元。以上6大类问题共计违规金额387523.68元，违规使用医保基金297522.58元。

处理结果：
1.责令限期改正；2.追回违规使用的医保基金297522.58元；3.对重复收费、超标准

收费、串换诊疗项目、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、过度检查等问题违规使用的医保基金44807.2元给予1倍行政处罚44807.2元；对虚构医药服务项目问题违规使用的医保基金252715.38元给予2倍行政处罚505430.76元。

9.慈利县后街大药房欺诈骗保案

案件事实：
2022年9月，张家界市医保局根据举报线索对慈利县后街大药房进行核查，发现该药房在2020年1月1日至2022年6月30日期间存在以下违规行为：虚构医药服务项目，违规虚假销售“他克莫司”“环孢素”“麦考酚”，涉及违规费用94092.75元；器官移植术后抗排药服药项目超协议支付，涉及违规费用7660.49元。

处理结果：
1.责令改正，约谈药房负责人；2.追回违规使用的医保基金101753.24元；3.处违规金额4倍罚款计407012.96元。

10.南县旭诚肾病医院欺诈骗保案

案件事实：
2022年9月，南县医疗保障局根据举报线索对南县旭诚肾病医院进行核查，经查该院2020年1月1日至2022年6月30日期间存在超标准收费、收费与项目内涵不符等问题，违规资金130649.79元，其中违规使用医保基金91117.92元，患者自付39531.87元。

处理结果：
1.责令该院立即整改；2.追回违规使用的医保基金91117.92元，将违规收取的患者自付金39531.87元退还患者本人；3.对2021年5月1日《医疗保障基金使用监督管理条例》实施后造成医保基金损失65465.18元予以2倍处罚，计130930.36元。

11.桂阳县李某利用虚假票据骗取医保基金案

案件事实：
2021年10月，桂阳县医疗保障局在财务核查中发现参保人李某利用虚假票据骗取医保基金的问题。经查，李某于2016年5月10日至2018年2月11日期间共12次利用虚假票据申报特殊门诊补偿，骗取医保基金144906元。案发后李某将骗取的医保基金144906元退还医保基金专户。

处理结果：

2021年12月，桂阳县医疗保障局将该案移送桂阳县公安局处理。2022年5月，桂阳县人民法院以李某犯诈骗罪判处有期徒刑3年并处罚金2万元。

12.东安骨科医院违规使用医疗保障基金案

案件事实：
2022年5月，东安县医疗保障局对在日常检查中发现的东安骨科医院违规使用医保基金行为进行核查。经查，东安骨科医院2020年1月1日至2022年3月期间存在下列违法违规行为：氧气吸入超标准收费；抗病毒胶囊、川芎嗪注射液、红花注射液、天麻素注射液等超支付范围支付；将软组织挫伤串换成软组织瓣修复术、足部溃疡串换成皮肤恶性肿瘤切除术收费；神经阻滞麻醉、取皮术、游离体摘除术、平衡功能训练等重复收费。

处理结果：1.责令整改；2.追回医保基金181774.8元；3.处罚款272662.2元。

13.怀化众欣一医院骗取医疗保障基金案

案件事实：
2022年4月，怀化市医疗保障局在日常检查中发现怀化众欣一医院存在伪造医疗文书、虚构医疗服务项目、串换项目收费、重复收费、分解收费、超标准收费等违规行为，造成医保基金损失189221.55元。

处理结果：
1.责令整改；2.追回违规使用的医保基金189221.55元；3.对伪造医疗文书、虚构医疗服务项目的行为，处违规金额5714.21元3倍罚款计17142.63元；对串换项目收费、重复收费、分解收费、超标准收费的行为，处违规金额183507.34元2倍罚款计367014.68元；4.暂停该院综合内科10个月涉及医疗保障基金使用的医药服务。

14.双峰天和精神病医院违规使用医保基金案

案件事实：
2022年9月，双峰县医疗保障局在稽查中发现双峰天和精神病医院存在放宽入院指征住院和不合理检查等不规范使用医保基金的行为，造成医保基金损失32505元。

处理结果：
1.责令整改；2.追回违规使用的医保基金32505元；3.对违规金额处1倍罚款32505元。

15.永顺县人民医院违规收费案

案件事实：
2022年6月永顺县医疗保障局对湘西州医疗保障局交办的永顺县人民医院涉嫌不合理诊疗及违规收费案进行了核查。经核实，永顺县人民医院于2021年10月10日至2022年5月29日期间，存在以下违规行为：①不合理或无指征套餐检查、治疗、化验、用药、使用耗材等；②违反物价政策收取一次性耗材；③耗材和药品进、销、存管理不规范；④分解收费、超标准收费、重复收费、自立项目收费等违规收费；⑤妇产科收取疼痛综合评定、红外线治疗无记录单；⑥医疗服务项目匹配错误；⑦药品和耗材管理不规范、血透室结算不规范，以上违规问题共造成医保基金损失21.03万元。

处理结果：
1.责令整改；2.追回违规使用的医保基金21.03万元；3.处违规金额1倍罚款21.03万元。