

廉 政 警 示

第 70 期

北京中医药大学纪委办公室（监督检查室、监察处） 2023 年 11 月 30 日

国家医疗保障局公布 2023 年十例 违法使用医保基金的典型案例

国家医疗保障局对违法使用医保基金的典型案例予以曝光，这些违法行为造成了医保基金损失，扰乱了医疗保障管理秩序，损害了广大参保群众的切身利益，社会影响恶劣，相关人员受到了法律严惩。通过案例警示，能够督促单位及个人严格遵守医保相关法律及规章制度。

1. 吉林省长春市诚惠大药房违法违规使用医保基金案。2021 年 6 月，吉林省长春市医疗保障局宽城分局根据《吉林省 2021 年定点医药机构现场检查清单》对长春市诚惠大药房开展现场检查，对该药房的店长和店员分别采集了笔录，对购药人进行电话核实询问。经查，该药房存在为非医保定点机构提供医保结算，共计结算金额 360.70 元；调取该药店销售金额排名前 11 的药品随货同行单与医保上传数据进行核对，11 种药品随货同行单金额均小于医保上传数据，差额累计 169234.52 元。依据《医疗保障基金使用监督管理条例》《2021 年度长春市医疗保障定点零售药店服务

协议》《2021 年度长春市医疗保障定点零售药店考核细则》，当地医保部门处理结果如下：1、追回该药房违法违规使用的医保基金，处造成医保基金损失金额 1.5 倍罚款 541.05 元；2、追回该药房医保上传金额大于药品随货同行单金额产生的违规费用 169234.52 元；3、解除该药房医保服务协议；4、扣除该药房年度考评分 15 分。目前，损失的医保基金 360.70 元和违规费用 169234.52 元已全部追回，行政罚款 541.05 元已全部上缴。

2. 江苏省苏州市吴中经济开发区兴盛药店有限公司违规使用医保基金案。2022 年 7 月，江苏省苏州市医疗保障局在对定点医药机构开展现场检查过程中发现，苏州市吴中经济开发区兴盛药店有限公司存在进销存不符、代配药登记不全等违规行为，遂联合吴中区社保中心通过现场稽查、走访调查、询问有关参保人员、票据核实等方式，查实该药店存在下列违规行为。一是进销存不符，抽查该药房 2020 年 4 月 1 日至 2022 年 7 月 27 日期间，骨疏康胶囊等 5 种药品进销存，根据药店提供的票据、既往清点数据及系统内销售记录，发现其中 3 种药品进销存数据存在异常，涉及金额 108684.90 元；二是代配药登记不全，2020 年 1 月至 2022 年 7 月期间，于某某、徐某某等 40 人次配药时，该药店未按规定进行代配药登记或备案，涉及金额 19948.58 元。上述行为涉及违规金额合计 128633.48 元。依据《苏州市医疗保障定点零售药店医疗服务协议》《苏州市社会基本医疗保险定点医药机构检查考核办法》《苏州市社会基本医疗保险定点医药机构检查考核评分标准》，当地医保部门处理结果如下：1、追回违规金额，2022 年度考核预留款不予支付；2、日常考核扣 30 分，记入 2022 年度考核；3、解除与该药店的医保服务协议。目前，违规金额 128633.48 元已全部追回。

3. 浙江省湖州市双林镇湖州双林新平民大药房违法违规使用医保基金案。2022 年 7 月，浙江省湖州市医疗保障局稽核人员通过数据分析发现，湖州双林新平民大药房存在数据异常。稽核人员通过视频监控以及调取该药房大额结算单据信息，发现持卡购药人吴某某并非参保人本人但存在较高频次的大额购药情况。经核实，该药房存在将保健品串换成医保药品售卖、协助他人冒名购药、串通他人虚开费用单据、留滞医保卡进行结算等违法违规行为，造成医保基金损失 309531.93 元。依据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《湖州市定点零售药店医疗保障服务协议》，当地医保部门处理结果如下：1、追回该药房违法违规使用的医保基金；2、解除该药房医保服务协议；3、将该药房及涉案人员吴某某涉嫌欺诈骗保案件线索移送公安部门立案侦查。目前，损失的医保基金 309531.93 元已全部追回。

4. 福建省龙岩市怀明医药有限公司莲塘小区分公司违规使用医保基金案。2022 年 5 月，福建省龙岩市医疗保障基金管理中心新罗管理部收到龙岩市医疗保障局线索交办通知书，反映龙岩市怀明医药有限公司莲塘小区分公司为非医保定点的“怀明大药房（融侨悦府分公司）”提供医保刷卡服务，进行医保费用结算。2022 年 5 月 5 日，执法人员查看龙岩市怀明医药有限公司莲塘小区分公司监控视频，发现该药店在参保人未进店实际购药的情况下，通过刷医保电子凭证进行医保费用结算。2022 年 5 月 7 日，执法人员前往该药店现场核查，通过询问涉事店员、店铺负责人、盘点药品台账、核查销售记录本，发现部分药品实际库存与系统登记库存不符，销售本内记录为非定点零售药店进行医保费用结算的信息，涉及医保基金 43551.53 元。依据《2021 年龙岩市基本医疗保障定点零售药

店服务协议》，当地医保部门处理结果如下：1、拒付该药店违规使用的医保基金 43551.53 元；2、自 2022 年 5 月 19 日起解除该药店医保服务协议。

5. 江西省吉安市江西黄庆仁栈华氏大药房有限公司吉安县总店违法违规使用医保基金案。2021 年 12 月，江西省吉安市吉安县医疗保障局按照吉安市关于开展医保卡违规兑付现金乱象重点整治工作部署要求，对江西黄庆仁栈华氏大药房有限公司吉安县总店开展现场检查。经查，该药房存在医保药品进销存不符以及串换药品等违法违规行为，造成医保基金损失 29773.90 元。依据《医疗保障基金使用监督管理条例》《吉安县基本医疗保障定点零售药店药品服务协议书》等有关规定，当地医保部门处理结果如下：1、责令该药房退回违法违规使用的医保基金，并处违法违规金额 1 倍行政罚款；2、扣除履约保证金 1000 元。目前，损失的医保基金 29773.90 元已全部追回，1 倍行政罚款 29773.90 元已全部上缴。

6. 湖南省汨罗市湖南仁丹大药房有限公司大众北路分公司违法违规使用医保基金案。2021 年 6 月，湖南省汨罗市医疗保障局收到群众举报投诉，反映汨罗市湖南仁丹大药房有限公司大众北路分公司涉嫌违规使用医保基金。汨罗市医保局执法人员对该药房开展现场稽查，发现该药房通过湖南仁丹大药房有限公司下属分店和其他药店得到特殊病种门诊（简称“特门”）患者相关信息后，协助非特门定点药店实行特门补偿，涉及医保基金 105484.00 元。依据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》，当地医保部门处理结果如下：1、拒付该药房违法违规使用的医保基金 105484.00 元，处造成医保基金损失金额 1 倍

行政处罚; 2、暂停该药房特门服务协议 6 个月。目前, 行政罚款 105484. 00 元已全部上缴。

7. 贵州省铜仁市思南县铜仁民康大药房连锁有限公司思南青杠坡店违规使用医保基金案。2022 年 1 月, 贵州省铜仁市印江县医疗保障局接匿名举报线索, 反映印江县木黄镇某药店在没有取得医保定点资格的情况下, 开展医保个人账户结算业务。经印江县医保局初步调查核实, 该线索涉及思南县铜仁民康大药房连锁有限公司思南青杠坡店为印江县城内同一连锁药店所属其他两家非定点零售药店提供医保费用结算。印江县医保局取得相关证据后将线索移送至思南县医保局(属地医保部门), 由该局进一步调查处理。经思南县医保局进一步调查发现, 铜仁民康大药房连锁有限公司思南青杠坡店未按要求安装监控视频, 未要求参保人员在购药结算单上签字确认。经核实, 该药房为非定点药店提供医保费用结算, 涉及 610 人次, 个人账户资金共 35400. 00 元。依据《贵州省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《铜仁市基本医疗保险定点零售药店(连锁药店)服务协议》, 当地医保部门处理结果如下: 1、追回该药房违规使用的医保基金; 2、解除与该药房签订的医保服务协议。目前, 损失的医保基金 35400. 00 元已全部追回。

8. 云南省昭通市永善县盛世大药房违法违规使用医保基金案。2021 年 1 月, 云南省昭通市永善县医疗保障局收到举报线索, 反映永善县盛世大药房涉嫌为眼镜店销售眼镜提供代刷医保卡服务的问题。永善县医保局组成调查组, 通过收集、调取书证、物证、电子数据, 询问当事人, 查阅参保人医疗费用结算单原件, 以及代刷医保卡购买眼镜结算情况。经核实, 2018 年 10 月至 2020 年 11 月期间, 永善县盛世大药房为眼镜店销售

眼镜提供代刷医保卡服务，以虚报、假传数据等方式套取医保个人账户基金 86975.00 元。依据《中华人民共和国社会保险法》《2020 年昭通市医疗保险协议定点零售药店服务协议》，当地医保部门处理结果如下：1、责令该药房退回违法违规使用的医保基金，并处 2 倍罚款；2、解除该药房医保服务协议。目前，损失的医保基金 86975.00 元已全部追回，行政罚款 173950.00 元已全部上缴。

9. 西藏自治区日喀则市西藏顺民康医药有限公司扎德路分店违法违规使用医保基金案。2022 年 2 月，西藏自治区日喀则市医保部门在开展全市定点医药机构年终考核时发现，西藏顺民康医药有限公司扎德路分店店内滞留多张医保结算凭证（社保卡），且持卡人医保结算记录与实时监控视频记录不一。经查，该药店于 2021 年 5 月至 2022 年 1 月期间把 5 张医保结算凭证（社保卡）滞留在店内，并利用滞留的 5 张社保卡通过多次分时段刷卡结算的方式向参保人员出售保健品，涉及医保基金 14200.00 元。依据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》，当地医保部门处理结果如下：1、追回该药店违法违规使用的医保基金，处违法违规金额 2 倍行政罚款；2、暂停该药店医保服务协议 6 个月。目前，损失的医保基金 14200.00 元已全部追回，行政罚款 28400.00 元已全部上缴。

10. 新疆维吾尔自治区塔城市新疆颐仁堂塔城市第二百二十八连锁药店违法违规使用医保基金案。2022 年 1 月，新疆维吾尔自治区塔城市医疗保障局在对定点医药机构开展专项检查中发现，新疆颐仁堂塔城市第二百二十八连锁药店涉嫌违规使用医保基金。检查人员通过调取该定点零售药店单笔超过 1000.00 元结算数据，随机抽取了部分费用明细开

展现场核查。通过核对结算单、零售小票以及查看监控视频等，发现该药店存在套刷生活用品、保健品等行为。经核实，该药店存在使用医保卡为 37 人次套刷生活用品、19 人次套刷保健品等违法违规行为。药店实际控制人冯某某和药店店长王某等人均承认存在上述违法违规行为，涉及医保基金 49129.30 元。依据《医疗保障基金使用监督管理条例》，当地医保部门处理结果如下：1、追回该药店违法违规使用的医保基金，并处 2 倍罚款；2、解除该药店医保服务协议。目前，损失的医保基金 49129.30 元已全部追回，行政罚款 98258.60 元已全部上缴。

【来源：国家医疗保障局】