附件4

欺诈骗取医疗保障基金参考案例

一、报送单位：国家医疗保障局某省飞检小组。

二、线索情况描述

（一） 线索来源：微信公众号。

（二） 线索内容。举报某省精神卫生中心（以下简称“卫生中心”）从2008年9月起，采取代管某福利院的形式，将福利院内263名终身代养、久治不愈的精神病患者及痴、呆、傻、残疾人员轮换交替转入卫生中心治疗，重新建立病历档案、伪造虚假治疗文书、虚设医疗服务达十年之久，套取国家医保金五千万元。

（三） 线索分析。1、了解卫生中心与福利院的关系，及当地民政部门对福利院的相关政策。2、因线索中反映利用重建档案、伪造医疗文书、虚设医疗服务方式骗保，故将检查重点集中在福利院人员近几年住院病案上。3、因精神专科医院用药相对固定，故将辅助项目检查及耗材检查列为重点；因精神病病案专业性强，入院指征较难确定，且存在无法对病人进行取证，询问不便等问题，故需协调一名精神科专家随组检查。

三、工作部署

根据检查方案，将组员分为五组：总控组、信息组、医疗组、财务组、辅助组。

总控组：组长负责掌握总体工作进度，与院方领导及民政部门负责人进行沟通询问。

信息组：负责医保中心及医院的数据提取，核查数据异常情况；按照各组要求提取住院频次高、金额大等特殊要求数据；分析数据清单中明显异常数据。

医疗组：负责了解当地医保政策、民政政策、医疗协议、药品目录与诊疗项目目录；审核病案，核查诊疗项目清单与实施的相符性；发现病案记载中异常项目，并与院方医务人员沟通等。

财务组：负责药品及耗材的进销存账目盘点；异常账目数据；核查与医保局的记账金额等。

辅助组：负责医院内控制度审查；协调地方医保局配合检查工作；记录检查情况；配合其他组人员进行检查，完成组长交办的其他工作。

四、检查过程

（一） 座谈。与当地医保局、民政部门人员进行座谈, 了解当地医保政策、民政福利院政策，了解医院相关医保政策及医疗服务协议内容、医院内部管理制度，并要求医院提供相关制度资料同时，调取被检医院部分医保结算数据。

（二） 进驻被检医院进行实地检查。1、约谈医院主要领导，出示被检告知书；约谈员工，了解全院人员、福利政策和现有在院人员情况。2、实地随机抽查三个病房的人证卡匹配情况；实地查看福利院代养区人员情况。3、提取福利医院近三年入院人数及入院频次数据、医保结算数据。筛选出住院频次高、用药金额最高、检查项目金额高等问题的清单信息；调取部分财务数据，核对账目信息；重点核查财务人员情况和该医院2018年度账面佘额情况。4、抽查福利院近三年来住院频次高（超过9次）的26人275份病历。其次，财务组对医院药房和耗材情况进行库房盘点和进销存核查，同时信息组调取医院相关项目收费记录。

五、检查结果

（一）检查结论。1、人证卡不匹配。随机抽查三个病区人、证、卡匹配情况时，发现存在人多卡少不匹配情况。经了解，因福利院与卫生中心为同一系统，故其住院人员医保卡均不在医院存放。医院对病人、证件、医保卡的管理存在漏洞。因其管理不当，存在冒名就医的可能性，对当地医保基金造成一定风险。2、分解住院。抽取核查的病历中，17人基本上都存在一年内连续多次住院且间隔较短、在多次住院中检查项目雷同等分解住院的情况。3、重复检查。查看的病历检查中发现大量重复检查，且同一病人多次住院时间间隔短每次都做，部分病历还存在医嘱记录与病程记录不符等情况。4、虚记多记耗材。通过对耗材进销存情况检查发现胶片入库量2017年1000张，2018年500张（通过调取院方财务数据，显示2018年CT检查耗材收费约3800片，调取医保结算数据显示2018年CT耗材记录约3300条）。同时对放射科的CT检查登记簿进行抽查MIS年1-5月的检查人次和实际发片人次明显不符，不符数量的费用均纳入了医保结算。综合以上情况，认为医院存在大量实际未使用耗材，但向医保报销的情况。

（二）涉及违规类型。根据本次核查过程，认为被检医院存在人证不符、留存冒用参保人社保卡、分解住院、虚记、多记诊疗项目等违规行为。

六、处理情况

1、对违规金额追回，并给予2倍扣审；2、对卫生中心主要负责同志约谈，对提出问题全面整改；3、要求15个工作曰内以报告形式反馈处理结果。

七、工作建议

1、尽快完善国家医保监管专家库。2、组织各专科医学专家，根据飞行检查线索，针对性抽调医学专家参与行动。