

关于沈阳市 XX 医院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案

一、基本案情

2024年8月10日医保沈河分局接到市医保局关于国家疑点数据核查的通知，组织医保行政执法人员对涉及国家疑点数据的沈阳市 XX 医院开展线索核查。执法人员现场调取疑点数据患者病历 93 本，发现该院存在重复收费、违反诊疗规范、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等一般违规问题，其中，2023 年至 2024 年 7 月 31 日期间涉及违规医疗费用 44709 元。在此期间，省飞行检查组通过现场检查、书面核查等检查方式，也发现了该院存在不合理收费、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、造成医保基金损失违规问题，其中，2022 年至 2023 年期间涉及违规医疗费用 45185.98 元。

医保沈河分局在省飞行检查组查处一般违规问题的基础上进一步调查核实，调取该院 2023 年住院患者病历 116 本，其中发现 4 本患者病历，患者迟 XX（病案号 XXXX，CT 号 XXXX）；患者朱 XX（病案号 XXXX，CT 号 XXXX）；患者佟 XX（病案号 XXXX，CT 号 XXXX）；患者魏 XX（病案号 XXXX，CT 号 XXXX）病历中入院前 CT 报告单系伪造。经调查核实，该院是以门诊 CT 诊断报告作为收

治住院患者的主要诊断依据，通过与院方参与四名患者诊疗的医护人员进行询问，该四名患者均真实住院治疗，并电话与患者进行沟通（两名患者迟 XX、魏 XX 系真实住院治疗；一名患者佟 XX 长期在不同医院住院治疗；一名患者朱 XX 多次电话联系未接听）。该院承认医院管理存在疏漏，但住院患者的院前的 CT 检查费用均由患者自行承担，该院未收取院前的 CT 检查费用。

经查，该院以门诊病历作为收治住院患者的依据，伪造门诊 CT 报告缺少诊断依据收治患者住院治疗，该院未按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，涉嫌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。经沈阳市医疗保障局沈河分局案件合议会议研究决定，报请主管领导审批，2024 年 9 月 4 日，经局主管领导审批，对沈阳市 XX 医院涉嫌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申请立案。

二、处理结果

（一）省飞行检查组及医保沈河分局检查发现沈阳市 XX 医院涉及医保管理问题 3 个，一般违规问题 11 个，对于涉及的医保管理问题责令该院立即改正，对于一般违规问题涉及的违规基金 89894.98 元，已由市医保中心全部追回。

（二）伪造医疗文书，伪造四名患者门诊 CT 报告（四名患者真实住院治疗）缺少诊断依据收治患者住院治疗，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，医保沈阳分局对沈阳市XX医院处以医保基金损失8520元的1.5倍罚款，总计12780元。目前该行政处罚已结案，并在官网及信用中国（辽宁沈阳）进行公示。

（三）市医保中心按照《2024年度沈阳市医疗保障定点医疗机构服务协议》相关规定，已解除该医疗机构定点资格。

三、案件解析

（一）案情分析

经调查，沈阳市XX医院是以门诊CT诊断报告作为收治住院患者的诊断依据，医院管理存在疏漏。该院涉嫌为缺少门诊诊断依据的四名医保患者迟XX、朱XX、佟XX、魏XX收治住院为其治疗，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行为，违反了《医疗保障基金使用监督管理条例》。

（二）法律适用

沈阳市XX医院未按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务收治医保患者住院治疗，违反了《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条“定点医药机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围”的规定，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条规定，依据《沈阳市医疗保障行政处罚裁量权办法》第十三条和《沈阳市医疗保障行政处罚裁量基准》序号7规定，给予该院一般行政处罚。同时，针对该

院违反《2024年度沈阳市医疗保障定点医疗机构服务协议》问题，市医保中心按照协议相关规定，已解除该医疗机构定点资格。

（三）执法示范点

在本案办理中，执法人员本着以事实为依据、以法律为准绳的原则，细致、准确的收取相关证据，相互佐证。坚持严肃依法依规查处医保领域违法违规问题，体现了医保部门以实际行动切实维护人民群众利益、维护医保基金的长治久安、促进医保事业健康持续发展的责任和担当。