信阳市平桥区 医疗保障局

**行政处罚决定书**

信平医保处字﹝2024﹞第006号

☑单位名称： xxxxxxxx有限公司职工医院

登记号： PDYxxxxxxxx

□个人姓名： 证件类型： 证件号码：

住址：

本机关于 2024 年 5 月 28 日对 xxxxxxxx有限公司职工医院超标准收费、过度检查的情形造成医疗保障基金损失案 立案调查。经调查，你单位2022年1月1日至2023年12月31日期间存在超标准收费（2项）、过度检查（6项）二类违法事实，共涉及总费用119187.00元，按平桥区医疗保障局提供实际补偿比例（2022年职工73% 、居民66.9%，2023职工75%、 居民66.98%）

计算，违规报销医保费用80212.70元，扣除该院2022年及2023年自查自纠已主动退回的费用3480.00元，最终涉及违规费用金额76732.70元，已纳入医保基金结算造成医保金损失76732.70元，包括：

一、以超标准收费（2项）7856人次，涉及费用金额118480.00元，(其中1.穴位贴敷治疗超出医嘱次数收费违规7816人次，违规金额

第1 页共10页

117240元；2.穴位注射两个疗程计费间隔不少于5天，每疗程收费次数不高于10次，涉及违规40人次，违规金额1240元），已纳入医保基金结算，造成医疗保障基金损失79796.97元。二、以过度检查（6项）8人次，发生费用707.00元，造成医疗保障基金损失415.73元。包括：1.中枢神经特异蛋白(s100β)测定3人次，违规费用金额330元；2.过度检查（无指征）颅内多普勒血流图(TCD)2人次，违规费用金额120元；3.无创心功能检测、D2-聚体定量测定、C-反应蛋白测定、颅内多普勒血流图、类风湿因子测定3人次，违规金额257元。

一”、“二”两类费用合计80212.70元，扣除该院2022年及2023

年自查自纠已主动退回的费用3480.00元，违规使用医保基金76732.70元，已纳入医保基金结算造成医保金损失76732.70元，占

检查处理周期医疗保障基金支付额7434351.66元(即：7434351.66元=2022年居民医保住院统筹基金支付1315321.85元+2022年居民慢性病基金支付976723.05元+2022年城镇职工住院补偿费用122231.47元+2022年职工门诊及慢性病基金支付446484.77元+2023年居民医保住院统筹基金支付1127038.80元+2023年城乡居民慢性

第2 页共10页

病基金支付2603103.28元+2023年城镇职工医保住院基金支付

68245.57元+2023年职工门诊及慢性病基金支付775202.87元=）的1.03%。

1. xxxxxxxx有限公司职工医院情况简介。

2. xxxxxxxx有限公司职工医院《关于减去基金检查中宜扣除费用的申请》。

3. xxxxxxxx有限公司职工医院（城乡居民）门诊慢性病汇总结算表（2022年1月1日至2022年12月31日）。

4. xxxxxxxx有限公司职工医院（职工门诊+慢性病）汇总结算表（2022年1月1日至2022年12月31日）。

5. xxxxxxxx有限公司职工医院（城乡居民）门诊慢性病汇总

结算表（2023年1月1日至2023年12月31日）。

6. xxxxxxxx有限公司职工医院（职工门诊+慢性病）汇总结

算表（2023年1月1日至2023年12月31日）。

上述行为违反了《《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条“定点医药机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员医疗保障凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向

第3 页共10页

参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、挂床住院，

不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复

开药，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药”。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；除急救、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，因当经参保人员或者其近亲属、监护人同意”。《医疗保障基金使用监督管理条例》第二十一条 “医疗保障基金专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用”。的规定，已经构成违法。 **（一）**xxxxxxxx职工医院HIS数据穴位贴敷治疗违规数据（2024年5月13日,张xx、王xx，xx县医疗保障局）:证明该单位存在超标准收费的违规线索。

**（二）**xxxxxxxx职工医院xxHIS数据穴位注射（2024年5月13日,张xx、王x，xx县医疗保障局）:证明该单位存在超标准收费的违规线索。

**(三）**2024年专项治理交叉检查情况反馈（2024年5月13日,张xx、王x，xx县医疗保障局）:证明该单位存在超标准收费、过度检查。

第4 页共10页

**（四）**信阳市医疗保障局基金检查情况反馈表（2024年5月13日,张xx、王x，xx县医疗保障局）:证明该单位存在超标准收费、过度检查。

**（五）**xxxxxxxx有限公司职工医院（城乡居民）门诊慢性病汇总结算表（2022年1月1日至2022年12月31日），（2024年5月13日,张xx、王x，xx县医疗保障局）: 证明检查期间该单位所发生的医疗费用已与医保经办机构进行了结算。

**（六）**xxxxxxxx有限公司职工医院（职工门诊+慢性病）汇总结算表（2022年1月1日至2022年12月31日），（2024年5月13日,张xx、王x，xx县医疗保障局）: 证明检查期间该单位所发生的医疗费用已与医保经办机构进行了结算。

**（七）**xxxxxxxx有限公司职工医院（城乡居民）门诊慢性病汇总结算表（2023年1月1日至2023年12月31日），（2024年5月13日,张xx、王x，xx县医疗保障局）: 证明检查期间该单位所发生的医疗费用已与医保经办机构进行了结算。

**（八）**xxxxxxxx有限公司职工医院（职工门诊+慢性病）汇

总结算表（2023年1月1日至2023年12月31日），（2024年5月

第5 页共10页

13日,张xx、王x，xx县医疗保障局）：证明检查期间该单位所发生的医疗费用已与医保经办机构进行了结算。

**（九）**住院患者杨xx、刘xx、马xx、曾x、张xx等12份病

历资料复印件（2024年5月13日,张xx、王x，xx县医疗保障局）：证明该单位存在超标准收费、过度检查。

**（十）**《医疗机构执业许可证》正、副本复印件（2024年5月13日,张xx、王x，xx县医疗保障局）：证明该单位可在执业许可的诊疗范围内从事相应诊疗活动。

**（十一）**法定代表人付钧身份证复印件（2024年5月13日,张xx、王x，xx县医疗保障局）：证明法定代表人xx的真实身份信息。

**（十二）**现场检查笔录（2024年6月11日，调查人员：xxx、xxx、xx、xxx、xxx、xx）：证明该单位法人主体资格、诊疗范围、平桥区医保定点医疗机构、案件相关人员的真实身份信息及执业地点，存在超标准收费、过度检查。

**（十三）**法定代表人付钧询问笔录（2024年6月11日，调查人员：xxx、xxx）：证明该单位存在超标准收费、过度检查。

第6 页共10页

**（十四）**中医科主任xx询问笔录（2024年6月11日，调查人员：xxx、xxx）：证明该单位存在超标准收费、过度检查。 **（十五）** 法定代表人xx《医师执业证书》复印件（2024年6月11日，调查人员：xx、xxx）：证明法定代表人付钧为单位所注册的执业医师。

**（十六）**中医科主任xx身份证复印件（2024年6月11日，调查人员：xx、xxx）：证明中医科主任xx的真实身份信息。

**（十七）**中医科主任xx《医师执业证书》复印件（2024年6月11日，调查人员：xx、xxx）：证明中医科主任xx为单位所注册的执业医师。

**（十八）**中医科主任xx《中医资格证书》复印件（2024年6月11日，调查人员：xx、xxx）：证明中医科主任xx可从事中医治疗相应的诊疗活动。

**（十九）**《信阳市平桥区城镇职工居民定点医疗机构服务协议》（2022年、2023年）复印件（2024年6月20日，调查人员：xxx、xxx）：证明该单位属于信阳市平桥区城镇职工定点医疗机构，有义务为参保人员提供医保服务，应按照《协议》约定合理规范使用医疗保

第7 页共10页

障基金，并享有按规定进行医保费用结算的权利。

**（二十）**《信阳市平桥区城乡居民定点医疗机构服务协议》（2022年、2023年）复印件（2024年6月20日，调查人员：xxx、xxx）：证明该单位属于信阳市平桥区城乡居民定点医疗机构，有义务为参保人员提供医保服务，应按照《协议》约定合理规范使用医疗保障基金，并享有按规定进行医保费用结算的权利。

根据你单位违法行为的事实、性质、情节、社会危害程度和相关证据，参照《河南省医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量基准》不具备减轻、从轻或从重情形,造成医保基金损 失占检查处理周期医保基金支付额0.5%以上2%以下,由医疗保障行政部门责令改正,约谈有关负

责人;造成医保基金损失的,责令退回,并处造成损失金额1.5倍的罚

款。你单位的违规行为属于 一般违规行为 根据《医疗保障基金使用监督管理条例》三十八条“定点医药机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；造成医疗保障基金损失的，责令退回处造成损失金额1倍以上2倍以下的罚款；拒不改正或者造成严重后果的，责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务；违反其他法律、

第8 页共10页

行政法规的，由有关主管部门依法处理：（一）分解住院、挂床住院；（二）违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务；（三）重复收费、超标准收费、分解项目收费；（四）串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；（五）为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；（六）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；（七）造成医疗保障基金损失的其他违法行为” 的规定。本机关决定对你单位作出以下行政处罚：

1.责令退回造成损失的医疗保障基金柒万陆仟柒佰叁拾贰元柒角

（76732.70元）。其中信阳市平桥区社会医疗保险中心5086.68元，信阳市平桥区城乡居民医疗保险中心71646.02元。

2.处检查处理周期造成损失金额1.5倍罚款壹拾壹万伍仟零玖拾玖元零伍分（115099.05元）。

同时责令你单位改正违规行为。

你单位应当自收到本决定书之日起15日内将退回的医疗保障基金缴

纳至：

第9 页共10页

收款银行： 信阳市平桥区农村信用合作联社

户名： 信阳市平桥区社会医疗保险中心

账号： xxxxxxxxxxxxxxxx

你单位应当自收到本决定书之日起15日内将退回的医疗保障基金缴

纳至：

收款银行： 平桥区联社营业部

户名： 信阳市平桥区城乡居民医疗保险中心

账号： xxxxxxxxxxxxxxxx

你单位应当自收到本决定书之日起15日内将罚款缴纳至：

收款银行： 中国邮政储蓄银行信阳市平桥区平安路支行

户名： 信阳市平桥区财政局

账号： xxxxxxxxxxxxxxxx

逾期不缴纳罚款的，每日按罚款数额的3%加处罚款。

你单位如不服本决定，可以自收到本决定书之日起六十日内依法向 信阳市平桥区人民政府 申请行政复议，也可以自收到本决定书之日起六个月内依法向 信阳市平桥区 人民法院提起行政诉讼。逾期不申请行政复议，也不提起行政诉讼，又不履行本行政处罚决定的，

本机关将依法申请人民法院强制执行。

信阳市平桥区医疗保障局

2024年 7月30 日

本文书一式三份，一份送达当事人，一份随卷归档，一份本关机留存。

第 10 页 共 10 页