**保定市医疗保障局**

**曝光台2022年第三期曝光全国典型案件（十例）**

曝光台本期选取了10起定点零售药店违法违规的典型案例，涉及将非医保药品或其他商品串换成医保药品销售、伪造处方或无处方药品销售、超医保支付限定药品销售、利用医保电子凭证二维码截图远程刷卡购药并贩卖、为非定点零售药店进行医保费用结算、将医保结算设备改变使用场地等违法违规行为。上述定点零售药店的违法违规行为违反了相关法律法规，造成了医保基金损失，扰乱了国家医疗保障管理秩序，危害了人民群众医疗保障的切身利益，依法依规应予以严肃处理。在此，保定医保局提醒广大定点零售药店的管理和工作人员，必须严格遵守医疗保障法律、法规、规章、有关政策及定点零售药店医疗保障服务协议，按照规定向参保人员提供医保药品销售、医保费用结算等服务，更好地保障广大参保人员权益，共同维护医保基金安全。

**一、吉林省白城市同春和医药连锁有限公司违法违规案**

2021年5月，吉林省白城市公安局将同春和医药连锁有限公司涉嫌串换药品的线索移交给白城市医疗保障局。经查，同春和医药连锁有限公司通过串换药品在白城市辖区实际套取医保基金2538544.66元。依据《中华人民共和国社会保险法》和《贰零贰零年度白城市基本医疗保险定点零售药店服务协议》，当地医保部门处理结果如下：1、对白城市同春和医药连锁有限公司下达处罚决定书，拒付其违法违规使用的医保基金2538544.66元；2、解除该药店医保定点服务协议，三年内不再受理其医保定点申请。

**二、黑龙江省绥化市兰西县康彤大药房有限公司违规案**

2021年7月，黑龙江省绥化市兰西县医疗保障经办服务中心对兰西县康彤大药房有限公司进行了日常检查，通过比对店内销售系统和医保系统、走访购药患者等方式，发现该药店涉嫌违规使用医保基金。经核实，兰西县康彤大药房有限公司存在售出药品时，未能实现信息的真实、准确、完整，未能做到账账相符、账实相符，存在留置参保人员社会保障卡等问题，涉及违规使用医保基金58715.65元。依据《兰西县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58715.65元；2、解除该药店医保定点服务协议。

1. **江苏省南通市北京同仁堂南京药店有限责任公司南通店违规案**

2021年2月，江苏省南通市医疗保障局在日常稽核中发现，北京同仁堂南京药店有限责任公司南通店利用医保电子凭证二维码截图远程刷卡购药并贩卖，涉及违规使用医保基金240528.2元。依据《南通市基本医疗保险定点零售药店服务协议（贰零贰壹版）》和《南通市医疗保险基金及医疗服务行为管理暂行办法》，当地医保部门处理结果如下：1、责令该药店退回违规使用的医保基金，并扣除违约金200000元；2、解除该药店医保定点服务协议。目前，损失的医保基金240528.2元已全部追回，违约金200000元已全部上缴。

1. **浙江省好心情大药房连锁有限公司杭州杭海路店违法违规案**

2020年12月，经浙江省杭州市医疗保障管理服务中心（杭州市医疗保障稽查支队）调查，发现在2018年11月至2019年8月期间，浙江好心情大药房连锁有限公司杭州杭海路店员工柯某利用其本人医保卡以及收集的参保人员汪某某、叶某某、陈某某等人医保卡或微信电子社保卡二维码，虚假结算医保费用，涉及违法违规使用医保基金171088.44元。依据《中华人民共和国社会保险法》《杭州市基本医疗保险服务协议书（零售药店）》《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》和《浙江省医疗保障局 浙江省公安厅关于做好医疗保障领域欺诈案件移送和查处工作的通知》，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171088.44元，并扣除二倍违约金342176.88元；2、解除该药店医保定点服务协议，三年内不再受理其医保定点申请；3、将案件线索移送当地公安机关立案查处。

**五、福建省宁德市福安市康康医药有限公司违规案**

2021年5月，福建省宁德市医保部门在对福安市康康医药有限公司检查中发现，该药店医保系统销售金额比该公司药品进销存台账资金多出170086元。经查，该药店存在利用参保人空刷医保卡套取医保基金的行为，涉及违规使用医保基金170086元。依据2021年《宁德市基本医疗保险定点零售药店服务协议》，当地医保部门处理结果如下：1、责令该药店退回违规使用的医保基金；2、对该药店一次记12分，终止医保服务协议，三年内不再受理其医保定点申请。目前，损失的医保基金170086元已全部追回。

**六、河南省郑州市中牟县新向民医药连锁有限公司万胜路店等三家药店违规案**

2021年3月，河南省郑州市中牟县医疗保障局收到举报线索，反映新向民医药连锁有限公司万胜路店、建设路店、新华店存在顾客刷医保卡购买保健品、生活用品等违规情况。经查，上述三家药店存在工作人员推销保健品和生活用品并让医保患者刷医保卡消费等违规行为，涉及违规使用医保基金60600元。依据《郑州市基本医疗保险定点零售药店服务协议》，当地医保部门处理结果如下：1、责令上述三家药店退回违规使用的医保基金，扣除2021年度质量保障金；2、责令新向民医药连锁有限公司进行内部整顿，并限期报送整顿报告；3、中止新向民医药连锁有限公司上述三家分店医保结算，解除医保定点服务协议。目前，损失的医保基金60600元已全部追回。

**七、重庆市铜梁区旧县镇曾令江药店违法违规案**

2021年11月，重庆市铜梁区医疗保障局收到群众举报线索，反映江岸大药房重庆市铜梁区旧县镇曾令江药店涉嫌欺诈骗取医保基金。重庆市铜梁区医保局对该药店进行现场检查时发现，该药店擅自利用铜梁区曾令龙诊所医保POS机（服务终端）将其药店销售的药品纳入医保统筹基金进行结算，确认该药店存在通过欺诈、伪造证明材料等手段骗取医保基金62572.56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》和《重庆市医疗保障医疗机构医疗服务协议（贰零贰零年度）》，当地医保部门处理结果如下：1、责令曾令江药店退回违法违规使用的医保基金，并处二倍罚款；2、解除曾令江药店医保定点服务协议，将该药店的违规情况在信用重庆官网上进行公示；3、解除曾令龙诊所医保服务协议，同时将该诊所违规问题移交铜梁区卫生健康委。目前，损失的医保基金62572.56元已全部追回，二倍罚款125145.12元已全部收缴。

**八、西藏自治区昌都市芒康县仁一济大药房违法违规案**

2021年1月，西藏自治区昌都市医疗保障局根据自治区医疗保障局移交线索进一步调查，发现昌都市芒康县仁一济大药房（昌都市卡若区仁一济大药房芒康县分店）为邻近的朵颜日化店提供刷卡服务套取医保基金，涉及违法违规使用医保基金13398.8元。依据《中华人民共和国社会保险法》，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，并处骗取金额二倍行政罚款；2、对该药房下发整改通知书，要求该药房自2021年2月起将每次入库单报芒康县医保局进行备案，以便督查检查。目前，损失的医保基金13398.8元已全部追回，二倍行政罚款26797.6元已全部收缴。

**九、陕西省西安市康健医药连锁有限公司西北三路店违法违规案**

2020年，陕西省医疗保障局收到举报线索，反映西安市康健医药连锁有限公司西北三路店涉嫌医保卡套现。陕西省医保局将该线索移交至西安市医保局深入调查。经核实，该药店存在伪造处方、无处方违规销售等问题，涉及违法违规使用医保基金243380元。依据《中华人民共和国社会保险法》和《西安市医疗保险定点零售药店服务协议书》，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，扣除2020年度服务保证金，在西安市莲湖区范围内进行通报批评，自2021年2月开始终止该药店医保定点服务协议；2、西安市莲湖区医保局向公安莲湖分局移交该药店代刷医保卡套现的相关线索及调查处理结果。目前，损失的医保基金243380元已全部追回。

**十、新疆生产建设兵团第八师石河子市绿珠大药房连锁有限公司五分店违法违规案**

2021年2月，新疆生产建设兵团第八师石河子市医疗保障局对绿珠大药房连锁有限公司五分店进行日常稽核，依法依规调阅资料及视频录像进行检查。经查，石河子市绿珠大药房连锁有限公司五分店在2020年10月至2021年1月期间，存在超医保支付限定售药、超量售药、无处方售药、处方开具不规范等问题，涉及违法违规使用医保基金2211234.9元。依据《医疗保障基金使用监督管理条例》和《第八师石河子市基本医疗保险门诊特殊慢性病协议药店补充条款》，当地医保部门处理结果如下：1、责令该药店退回违法违规使用的医保基金；2、解除该药店门诊大病医保定点服务协议。目前，损失的医保基金2211234.9元已全部追回。