

# 守护老百姓的保命钱

——X市卫生局合管中心合作医疗基金审计调查案例

X市卫生和计划生育委员会内审科

## 一、案例背景

X市城乡合作医疗基金管理中心（以下简称合管中心）是该市卫生局下属单位，合管中心承担着全市农村和市区居民合作医疗基金的筹集、管理、使用，医疗转诊审批，医疗费用的审核补偿等重要职能，每年筹集使用合作医疗基金两亿余元。根据审计调查数据：仅2013年全市共筹集合作医疗基金24843.4万元，2013年合作医疗基金总支出24141.7万元；2014年全市共筹集合作医疗基金28883.4万元，历年结余7040.03万元，2014年基金总支出30343.1万元。这些资金是全市近73万参合居民的保命钱。监督合管中心管理合作医疗基金的有序、高效运行，保障合作医疗基金使用的安全、合规，是卫生局内审工作的一项重要职责。X市卫生局审计科在对该市合管中心合作医疗基金收支实施内部审计时，发现合管中心工作人员杨某利用职务之便，采用重复报销的手段，贪污公款40余万元。内审组及时采取措施，运用法律手段严厉制裁了杨某的犯罪行为，及时挽回了合作医疗基金的损失。

## 二、审计过程及方法

1. 突出重点，保持频度。这是该局审计科制定年度计划的原则之一。对重点部门、资金使用量大的单位每年至少审计一次。

合管中心是审计科每年的必审单位，每次审计，内审组都会针对合管中心存在或可能存在的问题有针对性地制定审计方案。前几年，针对城乡合作医疗管理法规制度不够完善、成熟管理方法缺乏的现状，内审组重点对合管中心的内部风险防控进行审计，督促合管中心进一步制定各项规章制度和防控措施；针对工作中发现的个别医疗机构造假骗取医保资金的现象，提前防范，重点对定点医院即时结报资料的真实性进行过审计，有效防范了个别民营定点医院虚构病历虚开发票，及时堵塞定点医院即时结报环节的漏洞。本次审计，审计组重点对合管中心的审核复核环节进行审计，正是因为突出了重点环节，才使内审组在进驻审计很短的时间内，及时发现了问题并取得重大突破。

2. 源头入手，穿行测试。由于合管中心网络平台与省外医疗机构只能实现有限对接，未实现全国联网，而且全国各地没有统一的管理模式，少数不法分子利用虚假病历和虚假发票报销，骗取医保资金，给合管中心审核工作带来了更大的难度。X市合管中心现有职工10人，每年需审查近9万人次住院或慢性病者、近20万人次门诊统筹的报销材料，审计组测算，人工实时审核，每人每日审核463人次医保费用。内审组本次采取抽样方式，对在省外医疗机构就诊，回乡报销的大额发票重新审核，通过与省外医疗机构结账处电话查询、走访患者等方式，进一步查实，2012年实施审计时发现的以何某为首的诈骗团伙（2012年审计发现犯罪线索后，即时移送司法机关，犯罪团伙已被绳之以法，其首

犯何某已被判处有期徒刑 12 年 6 个月) 实施诈骗, 未被公安、检察机关发现的另外几笔诈骗款, 共计 39.24 万元, 审计组随即责成合管中心依法追讨( 审计期间, 已基本追讨到位)。审计组针对发现的问题, 认为之所以发生诈骗人采用骗取本市居民身份证和医保卡, 伪造省外医院住院发票、医药费清单、出院小结等报销医疗费用的诈骗事实, 合管中心工作人员把关不严, 也是原因之一。决定将测试重点放在出现失误较多的审核员杨某等几人经手的报补过程, 从源头入手, 实施穿行测试。

3. 发现线索, 顺藤摸瓜。审计组在检查合作医疗报销材料时, 对定点医疗机构安徽医科大学附属巢湖医院( 原名 X 市第一人民医院) 送来的即时结报材料( 报补时段为 2013 年 10 月 11-20 日) 进行复核, 发现该定点医院在此期间的即时结报材料明细汇总补偿单金额与报账单金额不一致, 明细汇总补偿金额小于报账单金额, 发生这种情况可能存在两种原因: 一是统计错误, 二是报销材料遗漏或被抽取。

审计人员重新进行了汇总统计, 确认统计无误, 说明有部分报销材料不在该批材料中, 随即对其中每一份报补材料同明细表进行一一核对, 核查统计出赵某某、肖某某等多名患者的报销材料不在其中, 后通过调取新农合管理系统中此部分患者报补记录, 发现均存在重复报销行为——即在该定点医疗机构即时结报后又在合管中心工作大厅报销。

审计组立即与合管中心主要负责人进行沟通, 作出决定, 要

求在不惊动相关人员的情况下立即对所有定点医疗机构送来的即时结报材料采取针对性测试，找出所有重复报销的患者报补信息，并调阅在大厅报销的报补材料，进行逐一比对、核查，统计分析，根据报补资金全部只能汇入患者提供的银行卡的规定，审计组从财务室的电脑中找出已发现的重复报销款汇入银行卡的信息，发现杨某、杨某某姓名，杨某是合管中心窗口报补材料审核员，而杨某某是杨某的父亲姓名，由此，初步锁定杨某具有舞弊嫌疑。审计组一方面全面复核定点医院的即时结报材料明细汇总，与报账单比对；一方面运用计算机进行筛选，因为同一患者可能多次就诊，有可能既有在定点医院及时报补、也有到合管中心大厅报补，审计组以姓名和报补金额作为筛选词条，进行筛选。最后统计查明：合管中心定点医疗机构 X 市第一人民医院、X 市第二人民医院等共计 54 份即时结报材料被重复报销，补偿金额共计 409314 元，并全部汇入以杨某某、何某某（杨某母亲）、杨某等 5 人名义开设的银行卡账户中。

4. 正面交锋，及时移送。根据已发现的情况，审计组经与合管中心负责人沟通，共同找来大厅审核员杨某，询问情况，杨某一开始矢口抵赖，在审计人员逐笔说出重复报销细节后，杨某终于承认作弊贪污的事实：杨某利用其担任合管中心审核员的职务便利，在复核定点医疗机构报送的患者报销医药费材料（患者医药费用在定点医疗机构已报销）时，多次将部分患者已报销医药费用的凭证材料抽出，用自己的工号登录合管中心计算机管理系

统，将抽出的已报销的患者医药费凭证材料录入系统进行审核，打出报补单据，交财务部门重复报销。在查清事实的基础上，审计组立即向卫生局党组汇报，建议局党组及时报案，并制作审计移送通知书，移送检察院处理。

### 三、审计结果及成效

挽回损失，筑牢防线，督促整改，建章立制。

根据审计意见，合管中心通过多种渠道，依法对被骗取的39.24万元予以追回。对杨某贪污合作医疗基金40.9314万元，X市人民检察院在内审组提供的线索基础上，查明事实，依法起诉，X市人民法院依法判决杨某有期徒刑十年零三个月。杨某家属在其被羁押期间已退回杨某全部贪污款项，避免了城乡合作医疗基金的巨大损失。

针对审计发现的问题，合管中心逐项研究，堵塞漏洞。重新制定完善“X市城乡居民合作医疗管理中心报销流程与职责”，明确初审、复核、财务审核、分管负责人审核、内审组审计各环节职责，详细规定了个人报销流程、定点医疗机构报销材料的审核流程，同时明确责任追究办法，使合作医疗基金报补环节相互衔接，核定环节相互监督，分工明晰，责任主体明确，基本堵塞了可能出现的城乡合作医疗基金损失漏洞。

通过对合作医疗基金收支的专项审计，一方面挽回了合作医疗基金的较大损失，严惩了骗取、贪污合作医疗基金的犯罪行为，不仅在合管中心内部引起极大震动，在市内各部门也引起较大反

响，引起各部门对内控制度的高度重视；一方面，在得到市委市政府高度肯定的同时，内审的监督作用得到各部门各单位的进一步认可，各单位内审工作力量得到进一步加强。

#### 四、思考和启示

这次审计在取得成绩的同时，城乡合作医疗基金管理上一些亟待完善的制度设计、硬件建设也引发我们的思考：

1. 建立全国统一的信息管理平台势在必行。随着城乡居民合作医疗筹资总额的不断增长，实际补偿比不断提高。合作医疗经办机构为了加强对外地医疗机构相关材料进行审核，需要赴部分外地医疗机构进行实地调查取证，受到人力及经费的限制，新农合工作得不到有效的保障。建议从顶层设计上，国家应建立一个统一的医疗信息管理平台，以便审核人员能够在信息平台上随时随地核实患者就诊情况，既降低人力、物力成本，也能更便捷的查阅到相关信息，提高审核效率，确保资金安全，方便参合群众。

2. 整合社会资源参与是完善医保制度的大势所趋。减轻医保基金可持续的压力、防范医保基金使用风险，必须创新医保制度，整合社会资源和力量，引入新机制，开创新模式。X市通过试行大病保险制度，在提高医保保障覆盖面、提升保障效率、防范医保基金使用风险、解决医保部门人员不足审核手段有限等方面，做出了有益的尝试，积累了一定经验，值得借鉴和推广。

3. 依法治理，加大惩处力度。部分患者及不法分子利用假发票骗取医保资金，此类行为，只有在合管中心审核发现后，方才

报案，而公安机关对由于骗取基金未遂、涉案金额限制，或因诈骗者本人身患疾病等，不予立案，司法打击力度不够，使得犯罪成本过低，难以杜绝诈骗合作医疗基金现象，既给合管中心管理工作带来难度，同时造成合作医疗基金损失风险加大。建议司法部门加大对该类行为的惩处力度。

4. 进一步加强对从业人员的教育和监督工作。本案中杨某之所以犯罪得逞，一方面是因为我们的合作医疗管理制度存在漏洞，监管防范疏漏，一方面也是其道德防线崩溃、法律意识淡薄使然。尤为可悲的是，作为接受过高等教育、通过选拔考试进入机关工作的杨某，在审计组发现其犯罪事实，提请公安机关对其执行拘留时，竟然提出，让其退回赃款，继续上班，丝毫没意识到自己的行为已经触犯刑律，必须受到法律制裁。

制度建设必须科学有效，防患于未然。职工法制教育必须警钟长鸣，法制意识之弦必须时刻紧绷。

2015年6月5日