

亳州市医疗保障局文件

亳医保〔2019〕37号

关于印发《亳州市欺诈骗取医保基金行为认定标准和调查处理路径（试行）》的通知

各县区医保局：

现将《亳州市欺诈骗取医保基金行为认定标准和调查处理路径（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行，执行过程中如发现问题，请及时向市医保局基金监管科反馈，以便修正完善。

- 附：1、亳州市欺诈骗取医保基金行为认定标准
2、亳州市欺诈骗取医保基金行为调查及处理路径
3、医保行政处罚文书

亳州市医疗保障局

2019年10月17日



亳州市欺诈骗取医保基金行为 认定标准（试行）

一、挂床住院（低标准住院）

参保患者符合下列情况之一者，视为挂床住院：

（一）参保患者住院治疗期间，离院仍正常工作或生活的；

（二）定点医疗机构未在 24 小时内上传参保患者相关住院信息至医院 HIS 信息系统；

（三）住院期间连续 48 小时无实质性诊疗的，或未按照《病历书写基本规范》完成住院病历的；

（四）参保患者住院治疗期间，检查费用占住院总费用 80%以上的；

（五）参保患者住院治疗期间，病历记录显示为一级护理，患者不在床接受治疗的（院内检查、治疗情况除外）；

（六）定点医疗机构违反卫健部门制定的住院患者管理规定，虽然符合住院指征，且办理了住院手续，但患者不住院接受治疗的；

（七）定点医疗机构违反卫健部门制定的住院标准《临床诊疗指南》，将可在门诊治疗的患者收治住院的；

（八）其他可以认定的挂床住院行为。

二、诱导住院

造成医保基金流失，且符合下列情况之一的，视为诱导住院：

（一）利用义诊活动、免费体检、违规减免费用、提供免费餐饮、免费接送等手段收治无住院指征的参保人员；

（二）向参保人员宣传住院费用全额报销，引诱参保患者住院的；

（三）故意夸大门诊检查、体检等结果，哄吓参保人员住院的；

（四）其他诱导住院行为。

三、分解住院

（一）参保患者出院后 7 日内再次因同一病种入住同一所医院的（因突发危急重症入院、或相应疾病指南有具体规定的除外）；

（二）为降低住院次均费用，医疗机构故意将病人在住院期间转科室办理多次住院手续；

（三）其它属于分解住院的行为。

四、虚假住院

有下列情形之一的，即视为虚假住院：

1. 病程记录及医嘱与病情不符；
2. 伪造病历内容；
3. 病历中疾病名称及治疗记录与药品、护理记录不相符；
4. 病历书写严重违反《病历书写规范》的行为；
5. 利用参保人身份信息办理住院，而参保人未患病住院的；
6. 其他属于虚假住院的情况。

五、过度医疗

过度医疗是指医疗机构或医务人员违反临床诊疗指南、疾病诊疗规范、临床路径等规范的诊疗行为，其范围包括过度治疗、过度检查、重复检查等。

（一）过度治疗

1. 违反《医疗机构药事管理规定》、《抗菌药物临床应用管理办法》等临床药物治疗规范，住院患者无明显用药指征，不合理或超范围、超剂量用药，或医疗机构有意使用高价药品；

2. 不合理或超常规使用一次性耗材，或违反高值耗材使用管理制度，有意使用高值耗材；

3. 违反《医疗技术临床应用管理办法》、手术分级和安全核查制度，放宽或降低手术指征实施手术治疗或频繁进行同一种医疗技术（静点或肌注药物、抢救、血气分析、抽取积液等特殊操作除外）。

（二）过度检查。进行与疾病诊断无关且非常规的辅助检查，或能够一次确诊却重复使用各种设备检查同种疾病，或有意选择费用高的辅助检查。

（三）重复检查。参保患者在治疗期间，无明显指征，医疗机构对其进行同一项目或类似项目多次检查；同一患者短期内多次住院且接受重复或类似检查的。

（四）其他过度医疗行为。

六、不合理收费

不合理收费是指定点医疗机构违反医疗服务价格政策，或违反药品、耗材价格政策等收取费用的行为，通常分为：分解收费、超标准收费、重复收费、自立项目收费、套用项目收费

等。

（一）分解收费。是指将医保目录内的一个收费项目分解为两个及以上不同项目进行收费。

（二）超标准收费。违反《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》和分级定价等规定，超出标准的收费行为。

（三）自立项目收费。未通过主管部门的批准，自设项目收费的。

（四）重复收费。违反《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》和基本医疗操作规范，在同一治疗过程中，同种或同类收费项目，进行多次、重复收费的。

（五）套用项目收费。用低标准的收费项目套用高标准的收费项目，或用无收费标准的项目套用相近相似的可医保报销收费项目。

（六）虚记（多记）费用。参保患者病历中记录的医保范围内的药品、诊疗项目、检查项目、医用耗材、医疗服务设施等费用与患者实际治疗发生的费用不相符。

七、人证不符（冒名顶替）住院

（一）使用他人参保相关证明住院；

（二）其他冒名顶替住院行为。

八、串换医保目录报销

具有下列情形之一的，视为串换。

（一）将医保不予支付的医疗服务项目、药品、耗材等串换成医保目录内的医疗服务项目、药品、耗材等进行报销；

（二）将医保目录内低价的医疗服务项目、药品、耗材等

换成医保目录内相近相似的高价的医疗服务项目、药品、耗材等进行报销；

（三）将自立的医疗服务项目串换成医保目录内的医疗服务项目进行报销。

九、留存医保卡、慢性病证等套现

协议医药机构留存参保人员的医保卡或慢性病证等，且存在下列情形之一的，视为套现。

（一）药店刷医保卡不购药而是套取医保基金；

（二）利用参保人卡、证，采取虚假住院或者虚假治疗等手段骗取基本医疗保险基金；

（三）利用参保人卡、证，采取其他方式套取医保基金行为。

亳州市欺诈骗取医保基金行为 调查及处理路径（试行）

一、调查路径

（一）挂床住院（低标准住院）

1. 核查医院病人在院情况,调取住院病人具体信息,包括:当日住院人数、出院人数、预出院人数;

2. 要求患者就诊科室对不在院者的情况做出说明,对照挂床住院《认定标准》,判定是否符合挂床住院;

3. 通过现场查看患者的病历,根据病历记录病情及症状,依据《临床诊疗指南》,进一步确认是否低标准住院。

（二）诱导住院

1. 针对疑似问题,现场走访患者或电话回访患者,了解医院向住院患者宣传的相关优惠内容;

2. 查看患者病历和医保报补系统相关信息;

3. 根据大数据分析报补情况,综合判定医疗机构是否存在诱导住院情况。

（三）分解住院

1. 从医院信息系统中导出某段时间内的出院患者数据,进行分析筛选入院、出院频次较高的相关信息;

2. 现场查看高频次出院入院患者的病历,结合《认定标准》,分析患者多次住院的病因、住院期间检查、治疗是否相近相似;

3. 对疑似问题通过电话回访患者或家人,问清出院和再次

入院的原因、是否真实出院和再次入院、院内转科室再办理住院？病情突然复发或突发危急重症入院、或有相应疾病指南具体规定的除外情况；

4. 依据《认定标准》，进行综合判断是否分解住院。

（四）虚假住院

1. 查阅审核归档病历，对照《认定标准》进行核查；
2. 走访或电话回访患者，确认住院是否真实。

（五）过度医疗

1. 从医疗机构报补信息系统中选择拟抽查的科室，按一定的比例随机从中抽选若干患者信息；
2. 导出抽选的患者信息，抽取相对应患者的病历和费用清单，集中核审；
3. 结合《认定标准》，综合分析判定是否过度医疗。

（六）不合理收费

1. 从医疗机构报补信息系统中选择拟抽查的科室，按一定的比例随机从中抽选若干患者信息；
2. 导出抽选的患者信息，抽取相对应患者的病历和费用清单，集中核审；
3. 依据医疗服务价格、药品、耗材等相关政策进行核查；
4. 现场走访或电话回访患者，核实是否接受相应检查或治疗，结合《认定标准》，判定是否不合理收费。

（七）人证不符（冒名顶替）住院

现场核查在院患者登记信息与本人所持的身份证等信息是否相符。

（八）串换医保目录报销

1. 核对患者病历、病案记录与费用结算清单涉及医保报销的医疗服务项目、药品、耗材等是否一致；

2. 检查药品（耗材）进销存，核对是否合理；是否将医保目录外的药品（耗材）换成医保目录内的，或者将低价的药品（耗材）串换高价的；

3. 结合《认定标准》，判断是否串换。

（九）留存医保卡、慢性病证等套现

1、协议药店

（1）查找现场是否留存的医保卡、慢性病证等；

（2）查找刷卡记录本，查看刷卡记录，比对医保报销系统，核实违规现象；

（3）结合《认定标准》，综合分析判断是否套现。

2、协议医疗机构

（1）查找现场（重点是一级医院或民营医院）是否留存医保卡、慢性病证；

（2）根据卡、证信息，从医保报销信息系统导出某时间段内普通门诊或住院患者报销信息进行大数据分析比对，是否一致；

（3）电话回访就医患者实际就医情况；

（4）结合《认定标准》，综合判断是否套现。

二、处理路径

（一）行政处罚路径

1. 案件来源。医保行政部门根据投诉举报、上级交办、日

常检查、网络监控等方式获得的案件线索；

2. 立案。根据初步了解的情况判定是否立案或移送其他行政部门；

3. 调查。对符合立案条件的线索，进行调查；

4. 拟处理意见。根据调查情况，提出拟处理意见；

5. 合法性审核。法制审核机构进行合法性审核，提出审核意见；

6. 会议研究。医保行政部门根据审核意见提请会议研究后，作出行政处罚告知书或行政处罚听证告知书并送达当事人；

7. 听证。当事人可在规定的时间内陈述、申辩或听证，提出听证要求的，医保行政部门按照《中华人民共和国行政处罚法》规定举行听证；在规定时间内未提出陈述、申辩或要求听证的，进行下一步处理；

8. 作出处理决定。医保行政部门作出行政处罚决定；

9. 落实处罚决定。当事人按照行政处罚决定书规定的内容和时间，将罚款足额交至指定的财政非税账户，当事人可通过银行柜面、网银转账、手机 APP 扫码支付等方式缴纳罚款，并留存交款凭证；当事人缴纳罚款后，及时持缴款凭证到医保局财务部门开具正式非税发票，同时医保局备案存档；

10. 强制执行。当事人在规定的时间内未执行处罚决定，医保行政部门申请法院强制执行。

（二）追回、扣减违规费用路径

1. 研究处理意见。针对查实的医保违规费用，由医保行政

部门研究具体追回、扣减数额等；

2. 送达处理文书。医保经办机构根据《定点医疗机构服务协议》及行政部门研究的意见，制作处理文书，并送达当事人；

3. 落实处理决定。医保经办机构按照处理文书明确的追回、扣减违规费用，在医保报销或基金拨付时，予以落实。