



今日高邮微信
高邮日报手机报

在线投稿: <http://tg.gytoday.cn> 新闻热线: 84683100 QQ: 486720458

详情请浏览“今日高邮”网站 <http://www.gytoday.cn>

常见的医保监管违规负面清单

为增强医务工作者合理合规使用医保基金的意识,规范医疗服务收费行为,实现预防的精准性和有效性,本文笔者收集整理了基金监管中频发易发违规问题,列举了部分常见易发多发的违规情形。

医保管理违规情况

- 1、未建立医疗保障基金使用内部管理制度,或没有专门机构、人员负责医疗保障基金使用管理工作。
- 2、未按照规定保管财务账目、会计凭证、病历、处方、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料。
- 3、未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据。
- 4、未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息。
- 5、未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息。
- 6、除急诊、抢救等特殊情形外,未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务。
- 7、拒绝或不配合医疗保障等部门监督检查或提供虚假情况。

一般违规情况

- 8、分解住院:医疗服务提供方为达某目的,在住院患者住院治疗的主要疾病尚未达到出院条件的前提下,为病人办理出院结算,7天内采取多种形式因治疗同一疾病或相同症状再次为病人办理入院。具体表现:
 - (1)在同一所医院,以转科治疗形式为病人重新办理出入院手续;
 - (2)在同一所医院的同一科室,因非同一种疾病连续重新办理出入院手续;
 - (3)不符合出院标准,而让其转为自费一段时间后,再重新入院的或假出入院;
 - (4)在7日内非因突发危急重症,因同一种疾病病人同一所医院住院或以其他诊断入院,但主要治疗疾病仍同前次住院(相应疾病指南有具体规定的除外);
 - (5)其它可以认定为分解住院的行为。
- 9、挂床住院:为达某目的吸引轻症、老年基础性疾病患者或无病者入院治疗,而住院期间参保人长时间离开医疗机构或未进行相关实质性诊疗,造成医保基金损失的行为。具体表现:
 - (1)住院病人入院24小时内,医院未按照住院病人的诊疗标准进行规范化管理,病历资料缺入院记录、首次病程记录、详细医嘱等资料的;
 - (2)住院病人在住院期间无固定床位的,或与其他人共用床位的,以及与主管医生、护士及病人提供的床位号不相符的,医疗文书记录一床多人的;
 - (3)参保人员住院期间仍正常上班或回家休养的,三天以上无医疗服务项目记录,但有费用产生的;
 - (4)病人已经出院,定点医疗机构无正当理由未能及时办理出院手续的,且仍有医疗结算费用产生的;
 - (5)住院病人病情较轻,仅白天诊疗(如单一输液),夜间不在医院留宿观察的;

- (6)入院后,进行体检式检查,没有进行实质性治疗的;
- (7)其他可以认定为挂床住院情形。
- 10、过度检查、过度诊疗:检查和治疗等医疗行为不符合诊疗规范、疾病诊疗指南、病种治疗临床路径、抗菌药物临床应用指导原则及医保药品目录限制范围的要求,或无依据、理由和结果分析的检查治疗和用药。具体表现:套餐式、打包式检查、治疗,无阳性结果反复多次行使大型检查,物理治疗、康复治疗泛滥使用,延长住院时间,临床科室无指征开展POCT检测并收费等。
- 11、分解处方:应当在一次就诊或一张处方完成的,故意分成多次就诊或多张处方完成,以收取更多服务费的行为。
- 12、超量开药:超过规定剂量开药的行为。
- 13、重复开药:医疗服务提供方违反临床用药指南或规则,为患者开具多种药理作用相同或作用机制相似的药物的行为。
- 14、重复收费:使用某一诊疗项目后,反复多次收取该诊疗项目的费用;将某一诊疗项目已包含内容或过程,重复收取费用(项目A包含项目B、C、D...应只收取A的费用,但在收取A的情况下,又收取或单收B、C、D的费用,该费用合计大于A)。
- 15、超标准收费:医疗服务提供方对医疗服务的收费标准高于国家、省(自治区、直辖市)、市相关部门规定的价格标准,如医疗服务项目价格加收超标准收费,比如同一部位同时施行两种以上手术,次要手术应按X%收费、直肠良性肿瘤切除术,应按“次”收费,但医院按肿瘤切除“个”数收费;扁桃体切除术,应按“次”收费,但医院按“侧”收费等医疗服务计价单位错误;气压治疗将部位收费单位分解为小部位进行收费(如将下肢分解为腿部、脚部)。
- 16、分解项目收费:违反统筹地区医疗服务项目及价格收费政策规定,将某一诊疗项目的费用分解成多个收费项目进行收费(项目A包含项目B、C、D...该收取A的费用,但收取B+C+D的费用,且该费用合计大于A)。
- 17、降低标准住院。在实际的医疗服务行为中,医疗机构将本应在门诊接受诊治的病人,通过虚假放大病情收住院治疗。
- 18、在DRG付费方式下高编入组。通过不按规范填报病案首页中的疾病诊断、手术操作编码使病例进入相对高权重组的行为。具体表现:(1)违反病案首页/医疗保障基金结算清单填写规范,根据权重或分值情况调整疾病诊断及手术操作的顺序。(2)填报疾病诊断无诊断依据或不满足诊断标准。(3)填报未实施、与手术记录不符、违背编码原则的手术操作。
- 19、在DRG付费方式下转嫁费用。将住院费用转嫁至门诊、院外或其他途径结算的行为。具体表现:
 - (1)将住院期间使用的药耗项目让患者至门诊、院外或其他途径结算,致相关费用不记入住院费用。尤以贵重药品、高值耗材明显。
 - (2)按临床路径住院应进行的常规检查,让患者在门诊检查后再收入院,致相关检查费用不记入住院费用。

- 20、在DRG付费方式下低编高套。通过不按规范填报病案首页中的疾病诊断、手术操作编码将应入相对高权重组入相对低权重组方式获取较多医保基金的行为。具体表现:违反病案首页/医疗保障基金结算清单填写规范,根据付费规律调整疾病诊断及手术操作的顺序进入高倍率病例或医院结余倍率区间。
- 21、串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施的行为:不执行药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施的支付名称和价格标准,将医疗保障基金不予支付的药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施等串换成医疗保障基金支付范围内的药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施等进行报销,或者将低标准收费项目套入高标准收费项目结算。
- 22、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。
- 23、以提供免费食宿、免费接送、免费体检、擅自减免自付及起付标准费用、返现、回扣、招揽推荐、充值储值卡、购物卡、会员卡等形式招揽不符合入院指征的参保人住院。
- 24、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,如应由第三方支付的外伤涉及费用、临床科研项目涉及费用、工伤涉及费用、医疗事故涉及费用等。
- 25、造成医疗保障基金损失的其他违法行为。如超执业范围开展诊疗服务并纳入医保支付;药品、耗材购销存不符;医疗卫生机构对外出租、承包医疗科室;影像、检验检查报告无符合相关要求医师签字;非临床实验室向临床出具临床检验报告并收取费用;临床护士独立开展偏瘫、截瘫肢体综合训练;未按规定验证就医人员身份,致其享受他人(包括已死亡人员)的医保待遇等。

欺诈骗保行为

- 26、诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药,提供虚假证明材料,或者串通他人虚开费用单据。
- 27、伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明会计凭证、电子信息等有关资料。
- 28、虚构医药服务项目:医疗机构没有开展真实的医药服务活动,但收取医药服务项目费用,以骗取医保基金的行为。
- 29、定点医疗机构以骗取医疗保障基金为目的,实施了上述一般违规情形的行为。
- 30、虚假住院。医疗机构伪造医疗文书,虚构住院信息、冒用参保人信息,虚构医疗服务。
- 31、诱导住院。以骗取医保基金为目的,利用利益性、虚假性宣传,有组织性(委派人员或通过中介人)的住院,包括但不限于通过体检、义诊招揽或夸大病情、提供免费食宿、免费接送、免费体检、擅自减免自付及起付标准费用、返现、回扣、招揽推荐、充值储值卡、购物卡、会员卡等形式,再虚构或过度治疗检查项目(医疗服务)并收取相关费用。

(转载:DRG学堂)

高邮市医疗保障局 宣