

泰兴市医疗保障局

泰医保〔2021〕11号

关于印发《关于规范定点医疗机构 收治医保患者外伤住院的管理办法（试行）》 的通知

各定点医疗机构，机关各科室、医保中心：

现将《关于规范定点医疗机构收治医保患者外伤住院的管理办法（试行）》印发给你们，请认真贯彻落实。



关于规范定点医疗机构 收治医保患者外伤住院的管理办法 (试行)

第一章 总则

第一条 为进一步加强外伤医保患者收治住院管理，从源头上防范外伤欺诈骗保行为，根据《中华人民共和国社会保险法》《泰州市职工基本医疗保险和生育保险市级统筹实施办法》(泰医保规[2020]2号)《泰州市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法》(泰医保规[2020]3号)等规定，结合我市实际，制定本办法。

第二章 适用范围

第二条 本办法适用于我市参加职工医疗保险和居民医疗保险的人员(以下简称参保人员)。

第三条 参保人员发生的无第三方责任的外伤住院费用(含与外伤相关的后续治疗费用，下同)，按规定在定点医疗机构实时结算。

第四条 有下列情形之一的，不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- (一)应当从工伤保险基金中支付的；
- (二)应当由第三人负担的。

第三章 申报和审核办法

第五条 定点医疗机构负责对本院收治的外伤患者是否使用医保基金支付进行初审、复核和上报，配合市医保局进

行相关核查工作，要切实加强内部管理，健全制度，专人负责，认真调查，严格取证把关。

（一）如实记录。参保人员因外伤住院时，首诊和管床医师要按照《病历书写基本规范》要求，及时如实详细记录患者的受伤时间、地点、经过、原因等内容（属于120、110等方式接诊入院应明确注明），不得使用“因外伤”“不慎摔伤”“从高处跌落”等含糊不清的文字。

（二）初审把关。医护人员应认真核对参保人员身份，确保人证相符。责任医师要按照本办法规定负责初审把关，指导符合刷卡规定的患者填写《泰兴市外伤患者使用医保基金结算备案表》（以下简称《备案表》），责任医师在申请表上签署意见，签名并加盖收治病区章确认。

（三）复核上报。定点医疗机构医保办对外伤申报情况进行复核，核实参保人员提供证明材料的真实性，核实相关证明材料与首诊记录是否吻合，杜绝造假和管床医师把关不严等。对复核后符合刷卡规定的，在《备案表》上签署意见，签名盖章确认，开通联网结算，并于当日将确认的各项资料上报至医保中心。

定点医疗机构要建立工作台账，每月将实时结算的外伤患者《备案表》原件及其他证明材料建档备查，认真做好相关资料的管理工作，确保存档资料准确、完整。

第六条 市医保局负责外伤患者实时结算经办管理工作。

（一）医保中心要通过电话回访、实地走访、数据比对

等方式进一步核实外伤患者的受伤原因，对查实不属医保基金支付的，立即通知定点医疗机构取消实时结算，发现诈骗骗保线索的，移交基金监管科进一步处理。

在外伤调查过程中，参保人员不得隐瞒真实情况，发现弄虚作假骗取医保基金的，由基金监管科按照相关规定处理。

（二）开展大数据比对。医保中心要加强与公安、人社等部门的合作，实现与公安、人社等部门的交通事故、工伤信息的共享，全面掌握有第三方责任人的外伤患者信息。一方面要将公安、人社等部门的相关数据和定点医疗机构住院医保刷卡结算数据进行比对，对于疑点数据立即调查取证，并通知定点医疗机构暂停医疗费用实时结算。同时，对“不合理用药、不合理治疗、不合理检查”等费用拒付并按相关规定处理，确保医保基金支出合理。

（三）建立经办台帐。医保中心要将定点医疗机构上报的外伤患者刷卡住院资料、电话随访、疑点查处、大数据比对等情况做好台账记录，相关资料存档备查。

（四）建立考核奖惩制度。医保中心要对定点医疗机构外伤患者使用医保结算的准确性按月进行考核，考核结果与定点医疗机构总控指标挂钩，准确性低于95%的，扣减医疗机构当月1%指标，准确性低于90%的，扣减医疗机构当月2%指标，准确性低于85%及以下的，扣减医疗机构当月5%指标，并按相关规定处理。

第四章 监督管理

第七条 市医保局根据调查需要，可查阅和复印病历等。各有关部门应积极协助配合医保部门的相关调查工作。

第八条 在外伤患者病情记录过程中，责任医师应详细如实书写医疗文书，并结合医学知识对患者描述的受伤原因与受伤机制是否相符认真研判筛查，不得出具与事实不符的病历和证明，不得故意曲解医保政策规定，严禁医患联合骗保。对在外伤患者收治住院管理中，查实有违规行为的责任医师，严格按照《泰州市医疗保障定点医疗机构医保医师管理办法》处理。

第九条 在外伤调查过程中，定点医疗机构不得将未经审核或审核未通过的外伤参保患者进行实时结算。严禁医保部门工作人员、定点医疗机构工作人员违反政策营私舞弊，一经查实，将视情节轻重按有关规定处理。

第十条 本办法自文件印发之日起实施。

第十一条 本办法由市医保局负责解释。

附件： 泰兴市外伤患者使用医保基金结算备案表

泰兴市外伤患者使用医保基金结算备案表

医院： 病区： 床号：

基本情况	患者姓名： 身份证号码： 家庭住址： 联系电话： <hr/> 备案人姓名： 身份证号码： 家庭住址： 联系电话： <hr/> 备案人与参保人关系：（本人、夫妻或子女等） <hr/> 是否报 110 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> ， 是否报 120 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
受伤经过	受伤经过：（请详细说明受伤时间、地点、原因、过程以及导致的后果等情况）
重要提醒	提醒： 1. 《社会保险法》规定不纳入基本医疗保险基金支付范围的有：应当从工伤保险基金中支付的；应当由第三人负担的；应当由公共卫生负担的；在境外就医的。 2. 《社会保险法》规定以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；构成犯罪的，依法追究刑事责任。 （特别提醒：骗取医保基金按照《刑法》第 266 条诈骗公私财物罪处理。）
承诺	承诺： 本人承诺以上填写内容均与事实 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 相符，并不涉及第三方，不属于工伤。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 如有不符，本人及家属愿意无条件主动 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 退回医保基金并承担相应的法律责任。 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p style="text-align: right;">参保人(备案人)签字： 年 月 日</p>
责任医师	我真实记载患者本次受伤的时间、地点、原因和过程，与受伤机制相符，未作假。已对上述参保患者开通医保刷卡进行严格初审把关，如有虚假，愿意承担一切法律后果和相关费用。 <p style="text-align: right;">责任医师签字： 年 月 日</p>
医院意见	签字： 年 月 日

请附参保人及备案人身份证复印件

