

淮安市医疗保障局文件

淮医保发〔2024〕28号

关于印发《淮安市外伤住院医保经办稽核规程》的通知

各县区医疗保障局、淮安经济技术开发区人力资源和社会保障局，市医保中心、市医保稽核服务中心，各定点医疗机构：

为贯彻落实《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（国办发〔2023〕17号）相关工作要求，进一步规范我市基本医疗保险外伤住院医保经办稽核工作，市医疗保障局制定了《淮安市外伤住院医保经办稽核规程》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



淮安市外伤住院医保经办稽核规程

第一章 总则

一、本规程所指外伤住院稽核范围包括我市城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险参保人员和异地参保人员因外伤在我市定点医疗机构住院治疗，需使用医保待遇联网结算的，以及我市参保人员因外伤在异地定点医疗机构住院治疗，未使用异地就医联网结算，回参保地医保经办机构申请零星报销的。

二、本规程中外伤住院包括但不限于参保人员因各种因素所致伤害、中毒、医疗事故以及其他因第三方责任住院治疗和应当从工伤保险基金中支付等情形，以下统一简称“外伤住院”。各级医保经办机构重点核查参保人员外伤住院的要点包括人物、时间、地点、受伤经过、送医过程、费用票据、医疗文书等。

三、各定点医疗机构的外伤稽核工作由就医地医保经办机构负责，其中市医保稽核服务中心负责市本级外伤稽核；有关县区整合行政监管和经办稽核力量，成立医保稽核办的，按相应职责承担外伤稽核工作。

第二章 市内住院外伤稽核

四、各定点医疗机构应强化自我管理主体责任，建立外伤审核工作机制，做好外伤患者的审核查验和联网结算准入

把关，要求医护人员接诊时，详细问询参保人员外伤时间、受伤地点、受伤经过、致伤原因等信息，即时填报《淮安市基本医疗保险参保人员外伤住院情况说明表》(见附件1)并在住院病案中留存备查，将符合规定的以“外伤住院”结算类别纳入联网结算。

五、各定点医疗机构应将事前审核把关后仍存有疑义的外伤病例及时报备至就医地医保经办机构。就医地医保经办机构通过实地调查、当面询问、电话核查等方式进行稽核调查，核查门诊病历、交通事故认定书、法院判决书、调解协议书等材料，制作《外伤调查询问笔录》(见附件2)，由参保人(或其近亲属、监护人)填写《外伤无第三方责任承诺书》(见附件3)，对符合规定的联系定点医疗机构纳入联网结算。

六、就医地医保经办机构按月对定点医疗机构外伤住院病历抽查复核，病案抽查比例不低于5%，重点核查患者住院病案中的《淮安市基本医疗保险参保人员外伤住院情况说明表》登记信息的真实性，做好复核调查记录。经事后复核不应由医保基金支付的，依法及时予以追回。

第三章 异地就医外伤稽核

七、我市参保人员办理异地就医手续在异地定点医疗机构外伤住院的，应按规定由就医地医保经办机构负责外伤稽核；因特殊情况未联网结算，回参保地申请零星报销的，由参保地医保经办机构负责报销前的外伤稽核。

八、参保地医保经办机构开展外伤稽核，根据外伤住院医疗费用金额，分别适用简易程序和一般程序。

（一）单次住院医疗费用在5万元（含）以下的，适用简易程序，需核查费用票据、医疗文书的真实性以及外伤原因是否存在医保不予支付情形，制作《外伤调查询问笔录》，必要时可向就医地医保经办机构请求协助核查。由参保人（或其经办代理人，需携带参保人授权委托书）填写《外伤无第三方责任承诺书》后，对合规医疗费用审核报销。

（二）单次住院医疗费用在5万元以上的，适用一般程序，需安排稽核人员赴参保人员外伤地点、就医医院、工作单位、居住社区等地详细调查了解受伤原因、送医过程等信息并制作《外伤调查询问笔录》，核查费用票据、医疗文书的真实性。由参保人（或其经办代理人，需携带参保人授权委托书）填写《外伤无第三方责任承诺书》后，对合规医疗费用审核报销。

第四章 监督管理

九、各级医保行政部门要加强与法院、公安、人社等部门的协同联动，推进信息共享，加强对医保经办机构外伤稽核工作的监督管理，定期组织医保经办机构将医保结算数据与民事判决、交通事故认定、工伤认定等数据进行筛查比对，严厉打击欺诈骗保行为。

十、市医保稽核服务中心负责指导各县区规范开展外伤稽核工作，各级医保经办机构要切实履行就医地监管责任，

确保外伤稽核不留死角、不留盲区、不留缺口，有效防止医疗费用违规违法报销。

十一、各级医保经办机构稽核定点医疗机构、参保人员违反规定骗取医保基金，依法应予以行政处罚的，及时提请医保行政部门进行行政处罚；情节严重、涉嫌犯罪的，移交相关部门追究刑事责任。

第五章 附则

十二、本规程自发布之日起施行。

十三、本规程由市医疗保障局、市医保稽核服务中心共同负责解释。

附件 1

淮安市基本医疗保险参保人员外伤住院情况说明表

伤者姓名		性别		年龄		参保地	
家庭地址					联系人		
身份证号					联系电话		
当事人或其亲属/朋友填写	受伤时间： 年 月 日 时 分						
	受伤地点：						
	受伤经过：						
	致伤原因：						
	其他有关说明：是否 110 出警（），是否 120 救护（）。						
	本人确认以上情况属实，如经查不实，本人愿意承担一切责任。						
	本人或其近亲属、监护人签字（手印）： 年 月 日						
医护人员审查意见	病史：						
	诊断：						
	意见：						
	接诊医院： （ ）科						
	经治医师： 护师： 年 月 日						

特别提示：依据《中华人民共和国社会保险法》第三十条规定，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、在境外就医的医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围；第八十八条规定，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；第九十四条规定，违反本法规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

附件 2

外伤调查询问笔录

询问时间： 年 月 日				询问地点：		
患者在 院情况	姓名	性别	年龄	职业	工作单位	住址
	入院日期		入院诊断		电话号码	身份证号
参加询问 人员	姓名		工作单位		住址	
询问记录： 兹将询问内容告知如下：依照《社会保险法》第三十条规定：医疗费用应当从工伤保险基金中支付的、应当由第三人负担的不纳入基本医疗保险基金支付范围，医保经办机构就您伤情的真实性进行调查询问，希望您能理解和配合，并据实回答，如所述与事实不相符，将负法律责任。 您现在意识是否清楚，是否能正确回答以下问题： 诊断情况： 受伤时间： 受伤地点： 受伤原因：						
被询问人签名： 与患者关系： 日期： 年 月 日						
调查人签名：共 页，第 页						

附件 3

外伤无第三方责任承诺书

承诺人		联系电话	
证件类型		证件号码	
承诺事项	外伤无第三方责任		

承诺内容：

本人同意授权医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均真实合法，符合办理业务条件，如伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的，本人愿意承担一切后果；同意医保经办机构将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系，并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下：

本人于 年 月 日时在（地点）发生（外伤经过）。现承诺本次意外受伤与第三方责任或工伤责任无关，如与第三方责任或工伤责任有关，则将已享受的医保待遇全额退回医保，并承担相应的法律责任。

温馨提示：

1.《中华人民共和国社会保险法》第八十八条规定，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；第九十四条规定，违反本法规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

2.此表可现场填写，由承诺人本人手写签名，患者本人无法签字的由其近亲属或监护人代签，并填写身份证号码和联系方式。

承诺人（签名）：

日期： 年 月 日