

博士举报医院乱收费 医保局查出超收21万

医院相关人员被处分 案件已移交公安机关

>>事件回放

ICU治疗117天,医保结算75.9万元
患者自费21.9万元

据了解,患者因脑出血在芜湖市第二人民医院重症监护病房(ICU)治疗了117天,医保结算了75.9万元,患者自费21.9万元。家属怀疑费用偏高,经过对住院资料的统计模型分析,家属发现,医院涉嫌存在违法违规使用医保基金

的行为。2023年9月25日,芜湖市医疗保障基金监管事务中心向患者家属送达了《芜湖市医疗保障局基金监管线索处理结果告知书》,明确“医保部门追回186914.7元医保基金”,同时要求芜湖二院退还31287.29元患者自付费用。

>>内幕解读

当事博士自述:我是怎样查出医院多收费用的

据悉,举报的患者家属在自述中表示,自己是科研工作者,法学博士,也有一些经济学基础,在芜湖市第二人民医院住院治疗的是其父亲。

据他讲述,其父亲因糖尿病、肾病、尿毒症等,2022年3月19日被紧急送往芜湖二院,被诊断为丘脑出血破入脑室,后于2022年7月12日转入他院接受进一步治疗,最终因病医治无效于2022年10月14日凌晨去世,终年54岁。

治疗期间在芜湖二院住院117天,经历三次开颅手术,一直在医院ICU(重症医学科)治疗,绝大部分时间处于深度昏迷状态,家人无法陪护,也无法看到。“最初怀疑医院违规收费的是母亲和姑妈,我母亲每天都会问(医护人员)父亲有没有做透析?我姑妈是老会计,她每次交完费用,会让ICU的护士打一个单子,看看上面的费用结余。”而他自己则将纸质发票、明细单和“住院一日清”上的信息扫描成电子版一一输入Excel表格,根据国家医保目录和芜湖市医保支付的有关政策,推算出每天需要自费的大致比例。他说,除手术外,父亲住院开支的自费比例大约在20%-25%左右。而据表格显示,排除手术,在不需要透析时,父亲在ICU维持治疗每天需自费1000元;在需要血液透析/连续性血液净化的情况下,每天需自费2000元。

“我们都认为账上的钱是够的,但自2022年6月14日开始,ICU时任护士长和护士轮番打电话,说账上钱不够,要交钱,甚至上午刚交完钱,下午又打电话说钱不够。我姑妈感到很不合理,多次向市民服务中心医保窗口询问。中心工作人员建议我们向涉事医院核实。”其表示,自己对Excel表格按照日期进行了排序,再通过R语言软件绘制出这些治疗项目的变化趋势。定位到上升快、波动大等异常的时段和治疗项目后,他再仔细对比医嘱、护理记录、费用清单三项资料记载的数量。

随后,他发现医院有不少异常的收费项。比如《费用明细清单》上显示血透监测的总时间是697.5小时,而连续性血液净化时间则为433小时,血透监测时间是连续性血液净化时间的1.6倍。血透检测收费40元每次或每小时,连续性血液净化80元每小时,这一项涉及费用10580元。

其次,《费用明细清单》上显示其父住院期间接受运动疗法231次,共11088元。换言之,平均每天接受2次运动疗法,即便是手术前、中、后的一段时间,也接受了运动疗法,而这段时间,患者处于危重状态,属于康复禁忌。

他还发现,芜湖市第二人民医院涉嫌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。患者住院期间曾使用8支价格昂贵的抗生素多黏菌素E甲磺酸钠(1998元/支),经查该药不在《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2022年)》中,属于全自费药品。但在出院结算单上显示该项目按照医保结算,共15984元。此外,“住院一日清”上显示患者要插尿管并且留置尿管,但其父罹患尿毒症多年,早已无尿。

最终,他认定,医院涉嫌存在虚构医药服务项目、超量开药、重复收费、将不属于医保范围的医药费用纳入医保等违法违规使用医保基金的行为。2023年7月,他将基于统计模型分析出的结果向国家医保局举报,他认为,芜湖市第二人民医院医务人员至少骗取、违规使用医保基金95861.93元-103681.93元。

2023年8月,安徽省医保局与芜湖市医保局对芜湖二院开展了检查。“8月10日,安徽省医保局和芜湖市医保局执法检查组约见我,通报初步调查结果,对我举报的多项问题予以认可,但表示查处情况与我列举的明细有差异。我表示因为非医保专业人士,尊重工作组的调查,但对一些具体细节持保留意见。”他说。

近日,名校博士举报医院超收10万元医疗费事件引发关注。12月3日,安徽省医疗保障局发布了关于芜湖市第二人民医院违规使用医保基金问题情况的通报。

通报称,芜湖市第二人民医院(以下简称“芜湖二院”)在患者因脑出血住院期间通过虚构、串换诊疗服务等方式违法违规使用医保基金,涉及违规医疗总费用21.82万元,其中违规使用医保基金18.70万元,患者自付费用多收取3.12万元。责令有关负责人立即整改,全额追回违规使用医保基金,并扣罚违约金56074.41元。目前医保局已将该案移交公安机关、卫健部门进一步处理。

目前,芜湖市第二人民医院已对涉事的护士长作记过处分并停职检查,对负有管理责任的重症医学科主任警告处分,对负有监管责任的院医保办主任警告处分和调整职务。市联合调查组正在对举报中涉及的事项进一步调查核实,对于所有查实的问题,将依法依规严肃处理。



芜湖市第二人民医院是当地一家三甲医院,始建于1953年。

>>网友声音

■这还只是一个病例,这家医院每年有多少病例,每年涉及骗取的医保基金有多少啊?得好好查查。

■这算不算之前的医疗反腐漏网之鱼?

■这次幸亏是博士和他的会计姑妈了,懂得专业知识心也细,一般人谁会注意到这个?

>>专家说法

违规使用医保基金影响非常恶劣
行政处罚程序正在进行中

据报道,有专家表示,对医院违法违规使用医保基金问题,医保部门一般有两种处理方式。一种是协议处理,这种方式特点是迅速及时,有利于医保基金尽快止损。另一种是行政处罚,一般视问题性质处医保基金损失金额的1至5倍罚款不等,这种方式特点是惩戒性强,但因需要履行立案、现场检查、完整收集证据、法制审核、处罚前告知等程序,处理时效性较低。根据安徽省医保局及芜湖市医保局通报,针对芜湖二院的行政处罚程序正在进行中。

中国医药卫生文化协会医联体医保支付研究中心研究员仲崇明表示,此次违规使用医保基金带来的影响非常恶劣,一方面让患者对芜湖二院ICU收费粗放、医保支付混乱产生疑问。另一方面也让群众对涉事医院的医德、医保专业性心生怀疑。

出现这种现象更深层次的原因,仲崇明坦言,ICU和药店分别是医改的两头,他解释,在ICU里每一个病人都可视为特病单议,医保事实上并非按照DRG/DIP(按照疾病诊断相关分组付费/按病种分值付费)收付费,而接近于按项目收付费。医保部门在面对ICU各种复杂问题进行监管时,“它的刀锋是偏钝的。”在这样的情况下,若医保部门能够在患者进行咨询时及时发现,而非把患者及其家属推回医院医保办,就会避免产生违规行为。

仲崇明提到,如果有关部门针对这个线索,将监管做实做细,能够倒查一部分医院的ICU医保结算,也是坚决坚持医疗反腐的应有之义。另外,如果现有的DRG、DIP医保支付方式乃至医保基金监管,确实对ICU有所影响,那么医保部门也应大兴调查研究之风,会同卫健部门,对ICU的支付管理、基金监管、患者利益保护,做出更为明确有效的规定。

7月15日,国家医疗保障局在官方网站上公布了《2023年医疗保障基金飞行检查工作方案》政策解读。其中提到,随着飞行检查工作的持续开展,医药机构“明目张胆”的骗保行为得到了有效遏制,但违法违规使用医保基金现象依然普遍存在,同时还呈现出手段更趋隐蔽并和医疗腐败交织的特点。

随着监管力度的不断加大,各地医疗机构违规使用医保基金受到处罚,其中不乏三甲医院。

2022年4月,遵义市医保局在基本医疗保险年度考核中发现遵义医科大学附属医院重症监护室在收取“呼吸机辅助呼吸”费用时,多收“持续吸氧”费用,涉及违规使用医保基金69450元。

今年5月6日,天津市医保局发布《关于对天津中医药大学第一附属医院医保违法违规行为行政处理决定的公示》,通报称该院存在串换诊疗项目、重复收取药品和耗材费用等,要求退回医疗保险金,并处罚款2029299.02元。而在5月5日,天津市纪委监委通报,天津中医药大学第一附属医院原党委书记范玉强涉嫌严重违纪违法,目前正接受纪律审查和监察调查。

提及如何规避再次出现此类现象,仲崇明坦言,最重要的是落实好现行制度,没有规矩不成方圆,一边消灭有问题的地方,一边完善工作监管体系,形成此消彼长,问题变少,工作水平增强。其次,不管是医师法、医疗保障法,还是医保基金监督管理条例等,目前我们国家还没有专门保护患者利益的法律,未来可以由立法部门协同多个部门共同推进,支持市场主体、相关部门分别用好手上权利与权力,扛起法律责任、行为道义。

9月22日,国家医保局例行新闻发布会上,国家医保局基金监管司副司长顾荣介绍,今年上半年,全国医保部门共检查定点医药机构39万家,处理违法违规机构16万家,追回医保相关资金63.4亿元。2018年以来累计追回835亿元。顾荣还提到,将加快研究起草《医疗保障基金使用监督管理条例》实施细则,不断提升监管水平。

据《华商报》、《经济观察报》、芜湖市医保局网站