云南省医疗保障费用审核管理办法（暂行）

（征求意见稿）

第一条【政策依据和目的意义】 为健全完善云南省医疗保障费用审核工作制度，规范医疗保障基金审核管理，促进医疗保障基金健康运行，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《社会保险经办条例》等法律法规，以及国家和省关于加强基金监管、协议管理等有关要求，结合实际实践，制定本办法。

第二条【适用范围】 本办法适用于云南省各统筹地区医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）开展医疗保障费用审核工作。

第三条【审核内容】 本办法所称医疗保障费用是指由医保经办机构向定点医药机构支付的药品、医用耗材、诊疗项目和医疗服务及设施等相关费用，包括职工基本医疗保险基金、职工大额医疗费用补助基金、城乡居民基本医疗保险基金、城乡居民大病医疗保险基金、城乡医疗救助基金、公务员医疗补助基金、医疗照顾人员专项补助基金以及离休干部医疗保障基金等。

第四条【审核原则】 医疗保障费用审核，应当遵循依法依规、客观公正、平等协商、高效便捷的原则，做到审核适用依据正确、程序履行合法、结果事实清楚。

第五条【审核方式】 医疗保障费用审核采取事前提醒、事中控制、事中审核、事后监管全环节管理，构建智能审核与人工审核、日常审核与专项审核相结合的制度机制。

第六条【审核目标】 审核目标及时限要求，实现对定点医药机构上传费用明细100%全覆盖审核，并于费用上传后三个月内完成审核。

第七条【审核职责】 云南省医疗保险基金管理中心负责省本级定点医药机构医疗保障费用审核、政策宣传、业务培训等工作，指导各州市医保经办机构开展医疗保障费用审核工作；各州市医保经办机构负责组织开展以及指导本统筹地区医疗保障费用审核工作，医疗保障费用审核工作可以引入第三方机构开展相关工作。对于违规费用有权拒付或追回。

第八条【审核依据】 医疗保障费用审核应当依据法律法规、医保政策、定点医药机构医保服务协议、医保药品目录、医用耗材、诊疗项目和医疗服务及设施、病历书写规范、处方管理办法以及诊疗规范等规定开展。

第九条【智能审核】 智能审核由事前提醒、事中控制、事中审核和事后监管组成。

事前提醒、事中控制部署在定点医药机构使用。事前提醒主要针对药品的限定支付范围和开药量进行提醒；事中控制主要针对药品超量开具时转自费进行结算；事中审核部署在医保经办机构和定点医药机构共同使用，分为按项目开展的智能审核和按DRG/DIP支付的住院病历的智能审核；事后监管部署在医保部门使用，为信息系统定期开展数据筛查，医保部门对发现的线索疑点进行查实。

第十条【按项目开展的智能审核事中审核】 按项目开展的智能审核事中审核为医保经办机构对定点医药机构上传的医疗费用信息按月、按项目进行审核，所有费用明细100%全覆盖审核。审核流程按照系统筛查审核、初审、申诉、复审、终审等程序实施审核。

（一）系统筛查审核。通过医保智能监控系统提取各定点医药机构上月发生的医疗费用数据开展系统筛查审核，并将所有疑点数据推送到医保经办机构。

（二）初审。医保经办机构审核人员对智能监控系统审核推送的疑点数据进行初审，经初审认定不违规的，在系统内予以审核通过，疑似违规疑点数据推送给各定点医药机构进行申诉。初审时限控制在10个工作日内。

（三）申诉。各定点医药机构对医保经办机构推送的疑点数据进行核实，经核实确实违规的，放弃申诉后提交，经核实认为不违规的进行申诉，及时反馈申诉理由并上传或提供相应佐证资料后提交。逾期不申诉、不反馈的视为放弃申诉。申诉时限控制在20个工作日内。

（四）复审。医保经办机构审核人员对定点医药机构申诉情况进行复审，经复审不违规的，在系统内予以回退，违规的保留违规扣款项目并提交终审。复审时限控制在15个工作日内。

（五）终审。医保经办机构负责终审人员对复审后违规数据进行终审及终审确认，终审确认违规费用在结算时按服务协议规定拒付。

第十一条【按DRG/DIP支付的住院病历的智能审核事中审核】 按DRG/DIP支付的住院病历事中审核流程按照机审、初审、申诉、复审、合议、终审等程序实施审核。

（一）机审。定点医疗机构上传医保结算清单并分组完毕后，通过全省DRG数据管理平台提取各定点医疗机构上月发生的医疗费用数据开展机审，并将所有疑点数据推送到医保经办机构。

（二）初审。医保经办机构审核人员对全省DRG/DIP数据管理平台审核推送的疑点数据进行初审，经初审认定不违规的，在系统内予以审核通过，疑似违规疑点数据推送给各定点医疗机构进行申诉。初审时限控制在10个工作日内。

（三）申诉。各定点医疗机构对医保经办机构推送的疑点数据进行核实，经核实认为不违规的进行申诉，及时反馈申诉理由并上传或提供相应佐证资料后提交；经核实确实违规的放弃申诉后提交，逾期不申诉、不反馈的视为放弃申诉，申诉时限控制在15个工作日内。

（四）复审。医保经办机构审核人员对定点医疗机构申诉情况进行复审，经复审不违规的，在系统内予以审核通过；违规的审核不通过并反馈定点医疗机构，复审时限控制在15个工作日内。

（五）合议。复审后定点医疗机构有异议的病案，由DRG/DIP病案质量评审专家进行合议，经合议不违规的，在系统内予以审核通过；经合议违规的审核不通过提交终审环节，合议的时限控制在5个工作日内。

（六）终审。医保经办机构负责终审人员对违规数据进行终审，终审违规病案按照DRG/DIP结算办法相应条款处理，年度清算时按DRG/DIP考核办法进行评分。

第十二条【人工审核】 医保经办机构通过调取和查阅定点医药机构纸质或电子处方及病历等资料的方式开展人工审核工作。医保经办机构对定点医药机构的门诊处方及住院病历按月进行抽审，每月对每家定点医疗机构住院病历进行抽审，抽审比例不低于5%，且总量不少于30份，当月住院病历少于30份的应当全部抽取；处方根据实际情况进行抽审。

人工审核流程按照病历抽取、初审、申诉、复审、终审等程序实施审核。

1. 病历抽取。医保经办机构审核人员按规定对上月定点医药机构结算病例进行抽取，通过云南省医疗保障信息平台中的病历抽查模块进行抽取，定点医药机构在5个工作日内准备好抽取的电子或纸质病历资料。

（二）初审。可采取定点医药机构将抽取的电子或纸质病历资料送医保经办机构进行审核，或医保经办机构审核人员到定点医药机构对抽取的电子或纸质病历资料进行审核的方式开展。初审时限控制在15个工作日内。

（三）线上申诉、复审。初审疑点数据通过线上途径进行申诉、复审的统筹地区，按照此流程进行申诉、复审。

1．线上申诉。各定点医药机构对医保经办机构推送的疑点数据进行核实，经核实认为不违规的进行申诉，及时反馈申诉理由并上传或提供相应佐证资料后提交；经核实确实违规的放弃申诉后提交，逾期不申诉、不反馈的视为放弃申诉。申诉时限控制在10个工作日内。

2．线上复审。医保经办机构审核人员对定点医药机构申诉情况进行复审，经复审不违规的，在系统内予以回退，违规的保留违规扣款项目并提交终审。复审时限控制在10个工作日内。

（四）线下申诉、复审。初审疑点数据不通过线上途径申诉、复审，而是通过线下与定点医药机构进行申诉、复核的统筹地区，按照此流程进行申诉、复审。

医保经办机构打印初审待落实明细，约定时间与定点医药机构当面核对，定点医药机构现场对初审疑点进行申诉，医保经办机构现场对申诉情况进行复核，现场对核对完毕的违规数据进行确认并由定点医药机构签字确认，经核对后不违规的，在系统内予以回退，违规的保留违规扣款项目并提交终审。申诉、复审时限控制在15个工作日内。

（五）终审。医保经办机构负责终审人员对复审违规数据做终审及终审确认，终审确认违规费用在结算时按服务协议规定拒付。

第十三条【审核结果反馈】 终审及终审确认的不合理费用，打印扣款费用明细单，经定点医药机构和医保经办机构签字确认后各留存一份。

第十四条【审核处理】 应当综合考量定点医药机构违规行为的事实、性质、情节、社会危害程度和当事人主观过错等因素，按照约谈、拒付或追回违规费用、违规线索移交三种方式进行。

（一）对于定点医药机构积极配合检查、主动整改，违规行为未造成医保基金损失的，采取约谈的方式处理。

（二）对于定点医药机构认可的违规费用，经办机构以不合理费用扣款、其他审核扣款的形式在信息系统中提交结算或清算时进行扣除，拨付时拒付；或以存回财政专户等方式予以追回。

（三）对于定点医药机构的违规行为，按服务协议需要支付违约金、中止或解除医保服务协议的，移交稽核部门核查处理；涉嫌骗取医保基金行为的，按程序移交医保行政部门。

第十五条【争议处理】 定点医药机构对第三方初审、复审结果存有异议的，提交医保经办机构审核部门复核；涉及法律、法规、政策等方面的审核疑点及定点医药机构对医保经办机构复核结果存有异议的，提请审核专家评审委员会裁决。审核专家评审委员会由医保经办机构审核、稽核部门及同级医保相关行政部门人员、定点医药机构专家组成；定点医药机构对审核专家评审委员会裁决结果仍有异议的，可向同级医疗保障行政部门申诉。

第十六条【风险防控】 健全完善内部控制管理制度，加强内部控制管理，规范医疗保障费用审核管理工作，防范和化解审核经办风险。建立规范的初审、复审、终审三级审核制度，合理设置初审、复审、终审等岗位，确保业务权限职责清晰，人员配置合理。

第十七条【回避制度】 建立健全回避制度。参与费用审核监管的有关人员与当事人有下列情形之一的，应当回避，当事人也有权申请其回避：

（一）与被审核定点医药机构的当事人存在近亲属关系；

（二）本人或者其近亲属与被审核定点医药机构有利害关系；

（三）与被审核定点医药机构有其他关系，可能影响对审核公正处理的。

第十八条【保密、廉洁机制】 审核人员对数据要严格执行相关保密规定，不得向任何组织和个人非法提供、复制、公布、出售或变相交易数据；审核人员不得收受定点医药机构的礼品礼金、有价证券、支付凭证以及宴请、娱乐、健身、旅游等。审核人员若违反保密廉洁有关情形，将按有关政策规定执行。

第十九条【政策调整】 本办法执行中如遇国家、省医保政策规定调整，按照调整的政策规定执行。

第二十条【从属规定】 各州市医保经办机构可以根据本管理办法制定本统筹地区的具体规定。

第二十一条【施行时间】 本办法自发布之日起执行。