

实施大数据实时动态智能监控

织密织紧医保基金监管防控网

医疗保障基金是人民群众的“看病钱”“救命钱”，党中央、国务院高度重视医保基金安全。

今年年底前将初步实现全国智能监控“一张网”——国家医保局印发《关于进一步深入推进医疗保障基金智能审核和监控工作的通知》(以下简称《通知》)提出,加快推进医疗保障基金智能审核和监控工作,实施大数据实时动态智能监控,构建事前、事中、事后全环节监管的基金安全防控机制,进一步织密织紧基金监管防控网。

加强对医保基金 使用行为的实时动态跟踪

当前,医保基金监管面对众多监管对象、庞大资金量,以及海量结算数据,过去的人海战术、手工审核、人工监管已不能适应新形势需要。国家医保局有关负责人表示,全面建立智能监控制度并推进智能监控常态化,加强对医保基金使用行为的实时动态跟踪,有很强的必要性。医保基金智能审核和监控是医保部门日常审核结算的必备工具,也是信息化时代医保基金监管的重要手段,更是有效守护好群众“看病钱”的重要技术支撑。

据了解,各地智能监管子系统建设应用进度不平衡,应用成效差异较大,国家1.0版智能审核和监控知识库、规则库(以下简称“两库”)落地应用进展不一,有必要出台《通知》,加大工作推进力度,推动地方医保部门加快国家1.0版“两库”框架体系落地应用。

加快推进智能审核和监控工作具有较好信息化条件和业务基础。一方面,全国统一的医保信息平台全面建成,依托平台,智能监管子系统为监管工作赋能增效,促进基金安全、高效、合理使用。另一方面,2019年以来,在32个城市开展智能审核和监控示范点建设;2022年3月制定印发《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库管理办法(试行)》;2023年5月,形成全国统一规范的“两库”框架体系,并在医保信息平台智能监管子系统完成部署应用。这些工作都为进一步加快推进医保基金智能审核和监控工作夯实了基础。



2025年底智能审核 和监控体系基本建立

《通知》明确,2023年底前全部统筹地区上线智能监管子系统,智能审核和监控数据准确上传国家医保信息平台,全面开展经办智能审核,规范定点医药机构服务行为,加强协议处理与行政监管、经办核查与行政执法的衔接,初步实现全国智能监控“一张网”。到2025年底,规范化、科学化、常态化的智能审核和监控体系基本建立,“两库”建设应用、智能审核、反欺诈大数据智能监测分析更加成熟完善,信息化、数字化、智能化全面赋能医保审核和基金监管,形成经办日常审核与现场核查、大数据分析、全场景智能监控等多种方式的常态化监管体系。

《通知》要求,加强“两库”建设和应用。要求各地准确把握“两库”建设重点,赋予各级医保部门充分自主权限,在国家“两库”的框架体系下,结合本地实际增补规则和知识,自主设定规则参数、指标、阈值、应用场景等。

激励定点医药机构 对接智能监管子系统

《通知》要求,医保基金智能审核和监控工作与协议管理工作相结合,采取有效措施,激励定点医药机构主动对接智能监管子系统,系统对接情况与定点医药机构年度考核等挂钩。探索对于主动加强智能监管系统应用、开展自查自纠的医药机构,给予减少现场检查频次等政策。国家医保局有关负责人表示,医保部门对定点医药机构的监管与其内部管理互相促进。智能审核和监控只是监督检查的手段,根本上是为了督促医疗机构合理诊疗、规范诊疗,确保医保基金每一分钱都花在为人民群众看病就医的“刀刃”上。

例如,事前提醒重点是严格实名就医、规范诊疗行为、规范计费收费、预警超量开药、预警费用申报。通过身份识别、视频监控,严格执行实名就医购药制度,确保人证相符。事前提醒能帮助医院发现在内控管理、诊疗行为、收费方式上存在的深层次问题。对整个医疗行业而言,有利于规范执业行为,营造风清气正的行业环境,同时,阻止医保基金违规支出,促进医院提升综合实力、高质量发展。

“总体上看,医疗机构可以通过智能监控,对医务人员明显违规的行为进行自动提醒和拦截,对可疑违规行为进行实时提醒。”该负责人表示,目前,越来越多定点医院主动借助智能监控实现自查自纠,减少违规行为发生,最大限度减少被事后追责或者惩戒处罚。智能审核和监控系统已经成为医疗机构安全规范使用医保基金的“第一道防线”。

全面推进医保基金智能审核和监控对人民群众看病就医是否产生影响?这位负责人表示,总的来说,医保部门开展基金监管工作尊重临床,不影响正常就医看病。智能监控对参保人来说是无感的,也不会对正常看病就医行为产生影响。对于明确的违法违规,要加强监管和干预,逐步实现对可刚性约束的违法违规问题自动拦截;对于涉及医疗合理类的问题,各地医保部门在论证和应用规则时要充分听取医药机构的意见建议,在系统检出疑点问题后,要及时反馈至定点医药机构,由其进行申诉,充分听取医药机构申诉意见并经必要的复审、合议、终审等程序后确定是否支付。

(孙秀艳)
据《人民日报》

明年起,我省居民医保 普通门诊费用可异地报销



2024年起

居民门诊统筹年度支付限额从250元  300元
取消50元/次/天的单次限额

参保居民可
跨统筹地区,甚至
跨省享受门诊
统筹待遇,并实
行直接结算



1. 办理了异地长期居住备案的参保居民
可在备案地和参保地双向享受普通门诊统筹待遇,并按照参保地待遇直接结算
2. 跨统筹区临时外出门诊就医的参保居民
无需提前办理备案手续,在省内其他统筹区临时就医的,按照参保地待遇执行
3. 跨省临时外出就医人员
在就医地发生的普通门诊医疗费用,医保报销比例比参保地同级别医疗机构降低10个百分点

11月13日,记者从省医保局获悉,我省进一步完善城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹政策,从2024年起,居民门诊统筹年度支付限额从250元提高至300元,参保居民可跨统筹地区,甚至跨省享受门诊统筹待遇,并实行直接结算。省医保局日前会同省财政厅、省卫健委联合印发《关于进一步完善城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹政策的通知》(以下简称《通知》),明确相关政策。

《通知》明确,我省稳步提高全省参保居民门诊统筹保障水平,2024年起,将居民门诊统筹年度支付限额从250元提高至300元,取消50元/次/天的单次限额。将待遇享受定点机构范围扩大至各级医疗机构,按照分级诊疗原则,各级别医疗机构执行差别化的支付比例:在统筹区内二类、三类收费价格及以下收费类别门诊统筹定点医疗机构发生的符合规定的门诊医疗费用,不设起付标准,统筹基金支付比例分别为55%、60%;在统筹区内一类

收费价格定点医疗机构发生的符合规定的门诊医疗费用,起付标准为80元/次,统筹基金支付比例为45%。积极支持家庭医生签约,医保基金按规定支付家庭医生签约服务费。参保居民在签约的定点基层医疗机构就诊的,门诊统筹支付比例可适当提高,引导居民在基层就医。

《通知》明确,我省扩大城乡居民医保待遇覆盖范围。参保居民可跨统筹地区,甚至跨省享受门诊统筹待遇,并实行直接结算。一是办理了异地长期居住备案的参保居民,可在备案地和参保地双向享受普通门诊统筹待遇,并按照参保地待遇直接结算。二是跨统筹区临时外出门诊就医的参保居民,无需提前办理备案手续,在省内其他统筹区临时就医的,按照参保地待遇执行;跨省临时外出就医人员在就医地发生的普通门诊医疗费用,医保报销比例比参保地同级别医疗机构降低10个百分点。

(高建华)
据《山西日报》