

云南省医疗保险基金管理中心文件

云医保〔2014〕56号

云南省医疗保险基金管理中心关于启用医疗保险智能监控审核信息系统的通知

省本级各医疗保险定点医疗机构：

根据国家、省深化医药卫生体制改革和加强医保基金管理相关文件要求，为提高医疗保险费用审核工作效率，建立公开、公平、公正的医疗服务行为监督机制，云南省医疗保险基金管理中心（以下简称“省医保中心”）开发了医疗保险智能监控审核信息系统（以下简称“智能审核系统”）。并于2013年12月起，已分3批将智能审核系统布署到省本级所有定点医疗机构试运行，现已完成系统招标采购和本地化工作。经研究并报省人力资源和社会保障厅同意，省医保中心将正式启用智能审核系统，现将有关事项通知如下。

一、智能审核系统应用于审核省医保中心定点医疗机构通过医保信息系统上传结算的所有医疗费用（含异地就医结算费用）。

二、省本级医疗保险费用审核采取系统审核和人工审核两种方式。系统审核：通过智能审核系统对定点医疗机构上传的费用进行全面审核，并将审核结果公示给定点医疗机构进行确认。人工审核由省医保中心审核人员对医疗费用进行人工审核。

三、按照“先试后用，先松后紧”的原则，建立审核规则升级制，系统审核规则分为 3 个类别，A 类为扣款规则；B 类为准扣款规则；C 类为监控规则。

A 类规则为直接作为系统审核扣款的规则，升级为 A 类的规则需经专家小组集体论证确定。

B 类规则为即将纳入系统审核扣款的规则，但仍需医疗机构进一步适应和反馈意见，B 类规则试用期最短不低于 3 个月。

根据系统筛查、日常审核、受理举报、投诉情况，将问题突出的违规现象纳入 C 类监控规则，违反 C 类规则的费用暂不作为系统扣款依据，但作为人工审核的抽查依据。通过现场审核和沟通，充分听取医疗机构意见，逐步完善审核规则，条件具备后升级为 B 类准扣款规则。

起步阶段，暂时使用 27 个审核规则（见附件），根据医疗机构违规情况适时增加审核规则。

四、省医保中心根据三级定点医疗机构推荐，建立医疗专家库，从中选取专家参与专家小组论证审核规则和扣款争议。

五、智能审核系统每月 22 日前向定点医疗机构公示上月费用审核结果，定点医疗机构可以在次月 10 日前对违反 A 类规则

的审核结果通过公示系统进行申诉，由省医保中心进行复核确定是否违规，情形复杂的提交专家小组裁定，申诉受理应在 20 日前完成。未提出申诉意见的，视同确认违规事实。定点医疗机构可随时对 B、C 类审核规则通过公示系统反馈完善意见。

六、对系统审核和人工审核查出的违规费用，按 1: 1 的比例从结算费用中扣除。

七、建立定点医疗机构违规费用公示制度，每月通过公示系统向定点医疗机构公布医疗机构违规查处情况。

八、建立省本级医疗保险诚信考核制度和激励约束机制，具体办法另行制定。

九、本通知自 2015 年 1 月 1 日起执行。

云南省医疗保险基金管理中心

2014 年 12 月 10 日



附件:

云南省医保智能审核系统使用的审核规则

规则名称	规则说明
(A类)非基本医疗保险	基本医疗不予支付的药品、耗材及诊疗项目
(A类)限就医方式	限住院的药品或项目,门诊时不予支付;限门诊的药品或项目,住院时不予支付
(A类)限医院级别类型	审核只能用于限定的医院级别和专科医院使用的药品或项目
(A类)限儿童	对仅限儿童使用的药品和项目进行审核
(A类)数据明细异常	医院上传明细的编码与医保中心编码对应错误
(A类)限定价格	根据《云南省非营利性医疗服务价格》中最高限价进行价格审核
(A类)限性别	对于有性别使用特点的药品或项目的合理使用,进行审核
(B类)限定总额	根据《云南省非营利性医疗服务价格》审核有总额报销限定的诊疗项目是否超标
(B类)中药饮片审核	对单方不支付和单复方均不支付的中药饮片的使用进行审核
(B类)药品超量	1、云南省特殊病用药规定开药量为15天,慢性病用药规定开药量为30天,如果相同一个药品既是慢性病又是特殊病用药,则按30天执行。2、根据药品说明书的药品最大使用剂量,公务员、医疗照顾人员的最大开药量为15天
(B类)重复收费	同次诊疗过程中,重复使用相同或类似的项目
(B类)限频次	审核诊疗项目在一定时间内的使用次数是否合规
(B类)单据药品种类异常	门急诊的单张处方药品种类,西药5个以上,中成药5个以上的,或者总计10种以上的,审核为单张处方药品种类异常
(C类)收费项目限定疾病	对限定收费项目报销适用的适应症的单据项目进行审核
(C类)限适应症+限制条件	对有适应症或其它限制性使用条件的药品进行审核
(C类)饮片超量	根据国家药典或当地医保的报销规定,对部分贵重中药饮片设定单帖最大剂量和处方最大帖数
(C类)重复用药	每个药品最小分类一样,且给药途径一致,判定为重复用药

(C类) 限数量	审核诊疗项目的报销数量和种类是否超标
(C类) 限疗程	审核诊疗项目和药品的使用疗程, 如抗生素的术后疗程以及抗肿瘤放疗或化疗
(C类) 频繁取药	审核参保人的门诊频繁取药行为。3天内, 参保人在不同医疗机构, 重复(2次或以上)取同一最小分类下, 且给药途径相同的药品时, 审核为违规;
(C类) 提前取药	对药品超量规则中的规定的人群(慢特病、公务员、医疗照顾人员), 在规定开药量内, 门诊可提前3天取药, 若提前天数大于3天取药的行为审核为违规
(C类) 门诊频次异常	参保人在30天内普通门诊、急诊的次数超过10次的, 属于频繁就诊
(C类) 住院间隔审核(分解住院)	参保人若7日内再次入院, 且第二次入院有监护费抢救费, 或者有贵重材料费出现的, 审核为违规
(C类) 不合理入院	1、本次住院费用低于2000元; 2、本次住院中出现以下情况: a、自入院开始连续3天(含)只有健康性检查, 无治疗和药品 b、自入院开始连续2天(含)只有物理治疗, 无药物治疗 c、自入院开始连续2天(含)只有口服药物治疗, 没有常规性检查 d、当次住院费用中药费占比大于85% e、当次住院费用中检查费占比大于70% f、当次住院费用中治疗费占比大于70% 3、有手术的不审核
(C类) 用药安全审核	根据临床知识库对药品的使用安全进行评估
(C类) 非常规诊疗用药	按病种审核诊疗过程中, 处方药品与疾病的相关性
(C类) 人工抽查	系统自学习功能 结合审核部门人工抽查的经验, 固化完善成为系统的自动审核规则, 使系统能够不断完善、提高

云南省医疗保险基金管理中心综合管理部 2014 年 12 月 10 日印发
