

厦门市医疗保障中心文件

厦医保中心〔2021〕101号

厦门市医疗保障中心关于印发 厦门市医疗保障定点医药机构医保费用 审核规程等3个文件的通知

各定点医疗机构：

为持续深化我市总额预算下点数法为主的复合式医保支付方式改革，进一步完善医疗保障审核制度，经研究决定，现将《厦门市医疗保障定点医药机构医保费用审核规程》《厦门市医疗保障定点医疗机构病种审核规程》《厦门市医疗保障定点医疗机构住院特例单议规程》印发给你们，请遵照执行。

附件：1. 厦门市医疗保障定点医药机构医保费用审核规程

2. 厦门市医疗保障定点医疗机构病种审核规程
3. 厦门市医疗保障定点医疗机构住院特例单议规程



(此件主动公开)

厦门市医疗保障中心

2021年11月18日印发

附件 1

厦门市医疗保障定点医药机构医保费用审核规程

第一条 为进一步规范医药机构医保服务行为，推动医药机构建立自我管理、自我约束的良性机制，维护参保人员权益，提升医保基金使用效率，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》及省市相关文件精神，制定本规程。

第二条 本规程适用于医疗保障经办机构（以下称“医保经办机构”）对基本医疗保险参保人在本市统筹区域内医疗保障定点医药机构（以下称“医药机构”）联网结算的医保费用的审核工作。

第三条 医保经办机构应遵循“质量管理、廉洁高效、客观公正”的原则，采用智能审核平台交互确认与专家评议相结合的方式，构建“现场+非现场+专家评议”的组织形式，对医药机构医保收费合理性、合规性进行审核。主要包括日常审核和重点审核。

第四条 医药机构应规范执行医保服务协议，坚持合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，及时、准确、完整向医保经办机构提供相关资料及数据，包括电子病历、检查检验结果数据等。

第五条 医保费用审核是指医保经办机构对医药机构联网结算的医保项目费用进行的审核。主要包括以下内容：

- （一）是否将非医保项目纳入医保支付；
- （二）是否超医保限制支付范围支付；
- （三）是否违反医疗服务价格规定收费；
- （四）其他情形。

第六条 智能审核规则是依据医药相关规定，设定筛查条件，并通过智能审核平台实现全覆盖筛查的规则。根据规则审核结果处理方式，分为违规规则、高度可疑规则、可疑规则和其他规则四大类。

（一）违规规则：对违反医保规定的收费行为进行筛查的规则。智能初筛后确认为违规的，直接剔除项目医保费用。

（二）高度可疑规则：对疑似违反医保项目限适用条件、服务价格等规定的行为进行筛查的规则。智能初筛后确认为高度可疑行为的，转至人工复核。

（三）可疑规则：对日常审核中进行分析梳理的可疑收费行为进行筛查的规则。智能初筛后确认为可疑行为的，纳入重点监控。

（四）其他规则：依据各级文件需对专项监控内容等进行筛查的规则，智能初筛后逐条进行人工审核。

第七条 日常审核流程

（一）智能初筛。通过智能审核平台对医保收费明细及医保结算清单合规性进行全覆盖审核筛查。

（二）人工复核。医保经办机构对智能初筛结果进行复核，根据智能审核规则进行分类处理，对高度可疑规则和其他规则涉及的项目明细进行人工核对，并推送审核意见至医药机构。

（三）机构反馈。医药机构收到审核意见后应在7个工作日内确认，存在异议的可申诉并及时上传申述意见及佐证材料，逾期未确认视为无异议。申诉原则上不超过两次。

（四）结论确认。医保经办机构对医药机构反馈的申述意见及

佐证材料进行核查确认，形成最终审核结论并告知医药机构。

（五）专家评议。对药品限适用存在争议、手术操作项目争议金额超过2000元等情况，医保经办机构可组织相关专家集中评议，评议结论下发至医药机构确认。医药机构应在结论下发后7个工作日内进行确认，存在异议的可提出复议申请并补充相关佐证材料，逾期未确认视为无异议。经办机构评估复议材料后组织专家进行复议，专家复议结论作为最终审核结论。原则上每一项目只能申请一次复议，复议与评议专家不得为同一人。

第八条 重点审核。医保经办机构对根据可疑规则筛查的智能审核结果，进行数据梳理分析，形成具有普遍性的可疑风险点，开展专项审核。重点审核可采取全量审核或抽样审核的方式，必要时可组织开展现场审核查验。

第九条 规则动态调整机制。医保经办机构应结合政策调整及临床实际，及时修订智能审核规则。

第十条 日常提醒、约谈机制。医保经办机构应通过医保大数据分析，对每月费用运行指标异常的医药机构进行提醒、约谈。

（一）日常提醒。医保经办机构应结合日常管理实际设置全市医疗费用运行重点监控指标，按月对监控指标异常的医药机构进行提醒。医药机构在收到提醒后应及时分析异常原因，并在5个工作日内提交分析报告。

（二）重点约谈。医保经办机构结合日常费用运行监控、机构反馈情况，对经提醒后仍增长异常的医药机构进行约谈；被约谈医药机构应在被约谈后开展自查并在10个工作日内提交自查报告。

第十一条 年度结算时，医保经办机构根据审核结果，对相关病例做以下处理：

（一）费用剔除。涉及违规规则明细金额及审核确定的不合理费用予以剔除，医保基金不予支付；已支付的，由医保经办机构予以追回。

（二）重点审核处理。审核确认的不合理费用，根据总数与样本数的倍数等比放大剔除，医保基金不予支付；已支付的，由医保经办机构予以追回。

（三）抽样核减机制。医保经办机构根据工作需要采用抽样方式对医药机构开展审核时，可综合评估各医药机构近年费用运行及医保管理情况，对当年度刷卡医保费用同比下降的医药机构，可按不高于 50% 的比例减少抽样样本数，同时按原比例等比放大剔除。

（四）编码修正。涉及确认剔除的住院费用明细中影响结算清单编码填写的住院病案将提交病种审核重新校验。

第十二条 医药机构存在以下行为的，由医保经办机构报请医疗保障行政部门进一步处理。

- （一）医药机构经提醒、约谈后不自查或自查不到位的；
- （二）以骗取医疗保障基金为目的，造成基金损失等违反医疗保障法律、法规、规章的；
- （三）可能涉及行政处罚、司法处理或需要其他专案处理的；
- （四）医疗保障行政部门明确要求移交的；
- （五）其他超出经办机构审核管理权限的。

第十三条 医保经办机构应保留监控审核规则、疑点信息、反

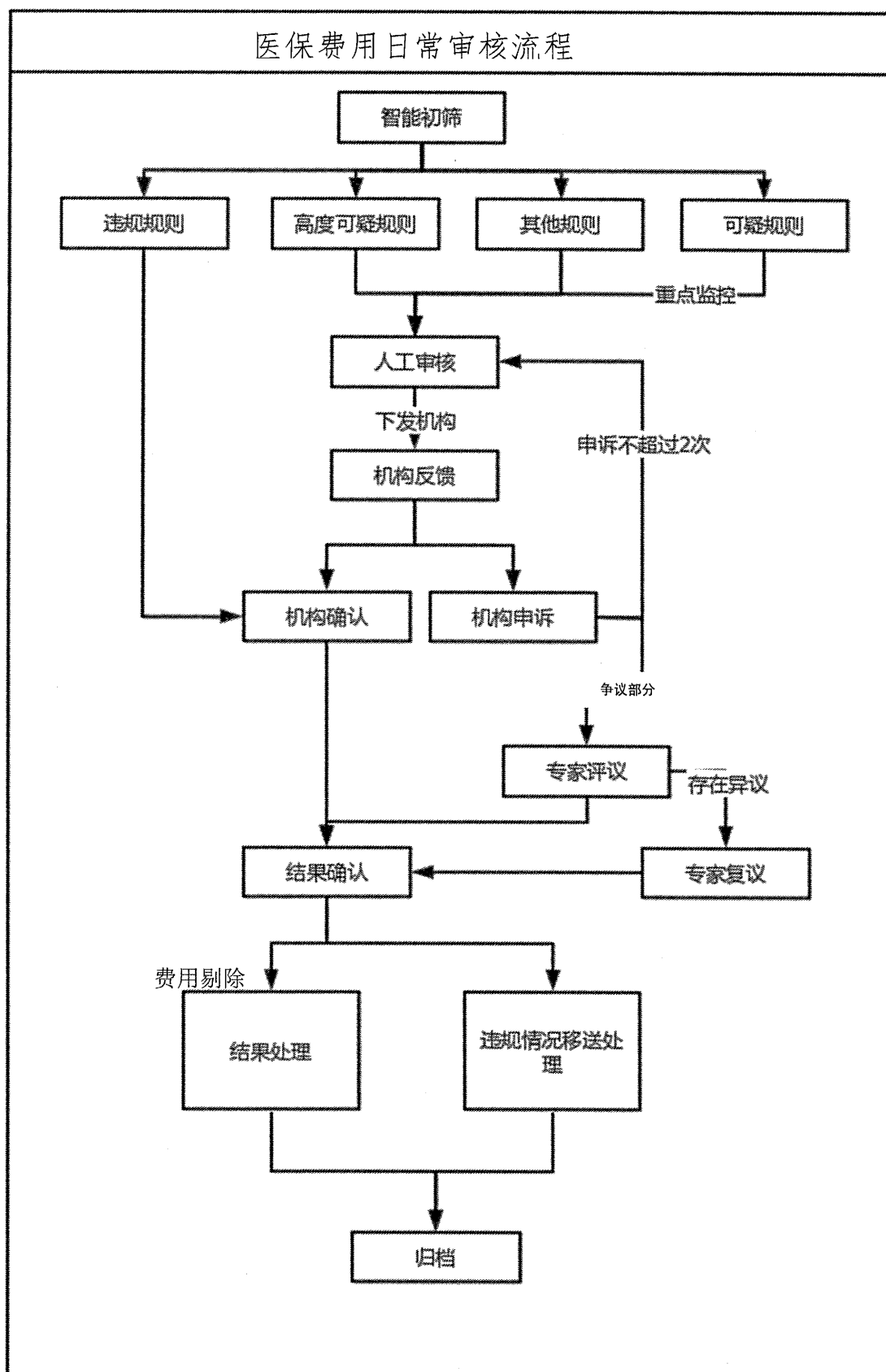
馈情况、核实论证、问题确认与排除、问题处置等环节信息作为档案记录。审核资料应当按照有关法律法规和档案管理规定归档存储。

第十四条 大病保险医疗费用审核实行大病承保方与医保经办机构联合审查，参照本规程执行。

第十五条 本规程自2021医保年度起执行。

附件：医保费用日常审核流程

附件



附件 2

厦门市医疗保障定点医疗机构病种审核规程

第一条 为持续深化我市总额预算下点数法为主的复合式医保支付方式改革，提升医保精细化管理水平，保障参保人合法权益，根据《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》、《医疗保障基金结算清单填写规范》及省、市相关文件精神，结合我市实际，制定本规程。

第二条 本规程适用于本市统筹区域内医疗保障定点医疗机构（以下简称医疗机构）医疗保障基金住院结算清单填写及病种入组的审核工作。

第三条 医疗机构应遵循《医疗保障基金结算清单填写规范》标准及时、完整、准确填报并上传医保结算清单。

第四条 医保经办机构应遵循“质量管理、廉洁高效、客观公正”的原则，对医疗机构住院结算清单的完整性、规范性及病种入组的真实性、合理性等进行审核。主要包括以下内容：

（一）医保结算清单填报的疾病诊断及手术操作等信息与原始病历资料是否一致，是否存在错报、漏报、多报、瞒报等情形。

（二）原始病历资料填写是否完整、准确、规范；是否如实规范填写诊断及手术操作。

（三）疾病诊断编码填写是否真实客观、依据充分；是否与相关并发症、合并症之间界定准确；是否真实反映患者疾病情况、严重程度、急慢性症状和出院转归等；是否存在虚构诊断、升级诊断、

降级诊断的情形。

（四）手术及操作名称和编码填写是否准确、规范；对手术及操作编码的选择与手术记录、诊疗记录是否一致；主要诊断是否与手术及操作相对应。

（五）住院诊疗的合理性；是否存在随意增加疾病诊断、手术治疗操作等情形。

（六）是否存在其他违反行业规范和医保规定的情形。

第五条 病种审核采取信息技术审核与人工审核相结合方式进行，主要包括日常审核和重点审核。

第六条 日常审核流程

（一）智能初筛。根据智能审核规则初筛疑点病案。

（二）人工审核。医保经办机构对疑点病案、随机抽审病案及超高费用病例病案进行人工复核，并将审核意见推送至医疗机构。

（三）机构反馈。医疗机构收到审核意见后的7个工作日内应进行确认，存在异议的可申诉并及时上传申述材料，逾期未处理视为无异议。申诉不超过两次。

（四）结论确认。医保经办机构对医疗机构反馈意见及申述材料进行评估，形成审核结论并告知医疗机构。

（五）专家评议。经办机构组织相关专家对争议病案进行集中评议，定点机构对评议结论存在异议的，可在结果下发7个工作日内提出复议要求并补充相关佐证材料。经办机构评估后组织复议，复议与评议专家不得为同一人。原则上每一病例只能申请一次复议，以复议结论作为最终结论。

第七条 重点审核。医保经办机构对日常审核中发现的具有普遍性的可疑风险点可开展专项审核。重点审核可采取全量审核或抽样审核的方式。

第八条 医保经办机构应结合政策调整及临床实际及时增减、修订智能审核规则。

第九条 医疗机构存在病案质量问题影响结算，应在医保经办机构下发整改通知后7个工作日内自查整改，未及时整改或整改不到位的相关病例暂缓结算，年底结算前仍未整改的不予结算。

第十条 医疗机构存在的各类病种入组不合理问题，根据违规情形进行以下处理：

（一）诊断升级、高套分值及按病种收付费违规病例，按核定后的病种确定其实际分值，并加扣其实际高套部分分值。

（二）对涉及国家基本医疗保险不予支付的非医保病案，经核定后，其当次分值不予计算。

（三）诊断升级、高套分值的超高费用病例，按核定后的病种确定其实际分值，并加扣其实际高套部分分值。

第十一条 医疗机构存在以下行为的，由医保经办机构报请医疗保障行政部门进一步处理。

（一）医疗机构经提醒、约谈后不自查或自查不到位的；

（二）以骗取医疗保障基金为目的，造成基金损失等违反医疗保障法律、法规、规章的；

（三）可能涉及行政处罚、司法处理或需要其他专案处理的；

（四）医疗保障行政部门明确要求移交的；

（五）其他超出经办机构审核管理权限的。

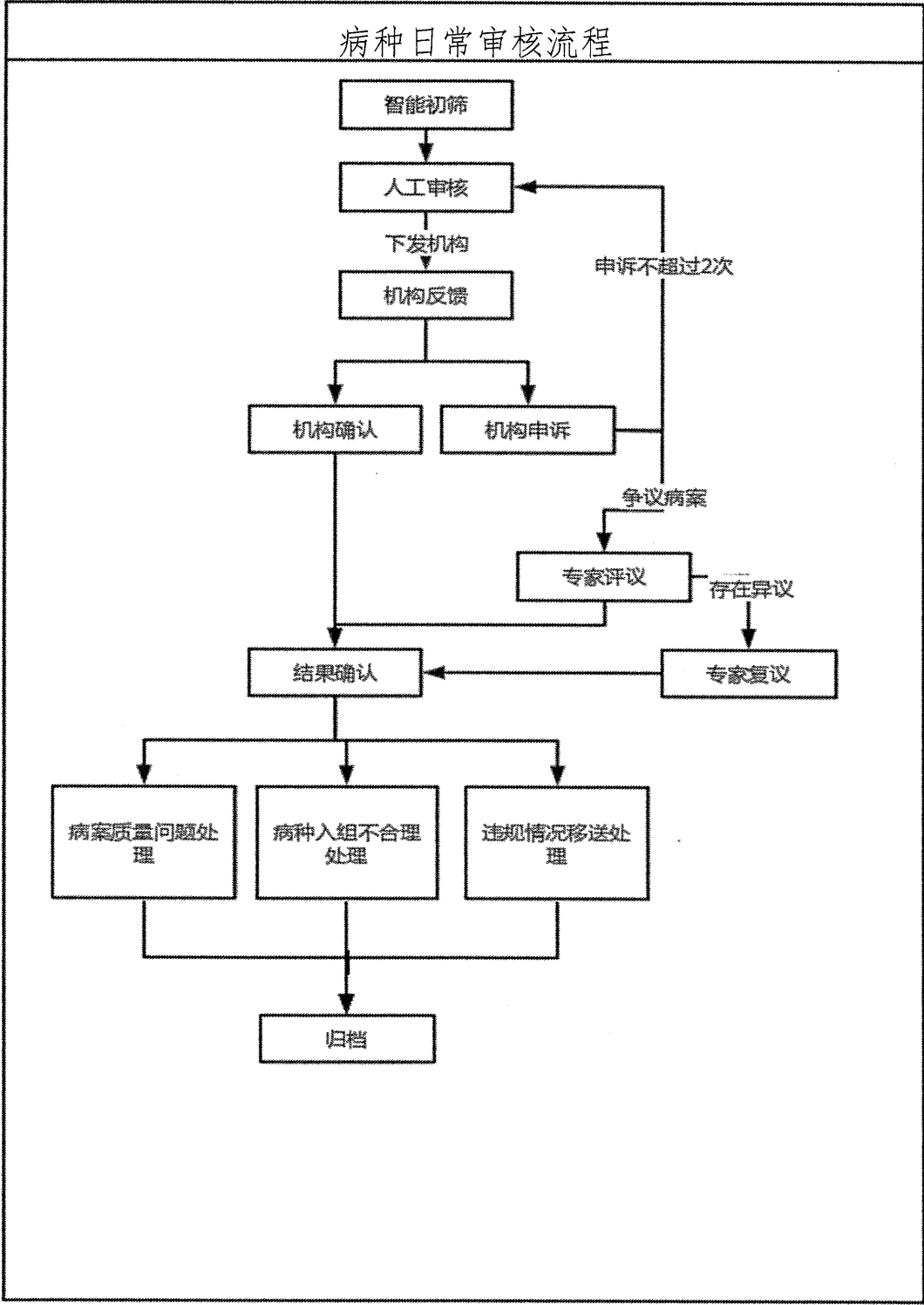
第十二条 医保经办机构应保留监控审核规则、疑点信息、反馈情况、核实论证、问题确认与排除、问题处置等环节信息作为档案记录。审核资料应当按照有关法律法规和档案管理规定归档存储。

第十三条 谈判协商机制。医保经办机构组织医疗机构及专家对审核中发现的病案编码、分值方面的共性问题、争议问题进行充分讨论和磋商，形成共识后对病种组、分值等进行调整修正。

第十四条 本规程自2021医保年度起施行。

附件：病种审核日常审核流程

附件



附件 3

厦门市医疗保障定点医疗机构住院特例单议规程

第一条 为持续深化我市总额预算下点数法为主的复合式医保支付方式改革，保障参保人权益，根据《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》、《医疗保障基金结算清单填写规范》及省、市相关文件精神，制定本规程。

第二条 本规程所称特例单议，是指医保经办机构对本市统筹区域内医疗保障定点医疗机构（以下简称医疗机构）年度内收治的部分急危新重住院病例，组织行业专家对其真实性、合理性、规范性等进行评议，在DIP付费框架下相关费用优先保障的机制。

第三条 特例单议病例原则上为医疗机构收治的急危新重且费用较同病种病例偏离度较大的特殊住院病例，主要包括：

（一）超高费用病例：医保费用超过20万元且超出该病种上年度平均医保费用2.5倍的；

（二）超长住院病例：住院天数大于该医疗机构上年度平均住院天数5倍以上的；

（三）重症及多学科诊治病例：监护病房床位使用天数大于当次住院床位使用总天数60%的；

（四）创新技术病例：运用医保支付范围内的创新医疗技术，且该技术近3年内获得国家自然科学奖、技术发明奖、科学技术进步奖的。

第四条 特例单议评议内容主要包括：

(一) 医保结算清单及病案信息的上传、上报是否及时、完整、真实、规范，是否符合行业规范和质量标准。

(二) 疾病诊断是否真实客观、依据充分，是否反映患者实际病情及诊疗情况。

(三) 住院诊疗是否合理，是否存在无效、过度、浪费、减少或降低标准提供检查、治疗、用药等医疗服务的情形；是否存在随意增加疾病诊断、手术治疗操作等情形。

(四) 是否合理、合规收费，收费项目是否与实际诊疗项目真实、准确对应，是否存在乱收、多收、超收的情形。

(五) 是否存在将不属于医保支付范围的项目、费用纳入或变相纳入医保支付范围的情形。

(六) 是否存在违规将医疗费在住院、门诊之间转移、转换的情形。

(七) 是否存在属于医保支付范围的项目转为非医保支付，增加参保人负担的情形。

(八) 是否存在欺诈、伪造材料或者其他手段套取、骗取医保基金支出的情形。

(九) 是否存在其他违反行业规范和医保规定的情形。

第五条 病例申报

(一) 超高费用病例：由医保信息系统抽取，无需申报；

(二) 其他三类病例：由医疗机构按季度申报并提供相关资料，未提供或不完整提供的视为无效申报。

特例单议以季度为一个评审周期。每季度前15个工作日，医保

经办机构向医疗机构公布该季度可申报例数，医疗机构应于5个工作日内完成病例上报工作。其中：前三季度申报例数 $\leq$ 该医疗机构当季度DIP付费总例数的 $1\% \times 0.95$ ；第四季度申报例数 $\leq$ 医疗机构当季度DIP付费总例数的 $1\% + \text{前三季度DIP付费总例数的} 1\% \times 0.05$ 。

第六条 医保经办机构按照病例初审、专家评议、机构确认、专家复审的流程开展特例单议。

（一）病例初审。医保经办机构对申报病例进行初审，不应纳入特例单议病例范畴的予以退回；材料不齐全的，告知医疗机构5个工作日内补齐。

（二）专家评议。医保经办机构从我市医保专家库中随机抽取行业专家进行评议，并形成专家意见。

（三）机构确认。医保经办机构将汇总整理后的专家意见下发，医疗机构应在7个工作日内确认；存在异议的可在7个工作日内申请复审并补充佐证材料。

（四）专家复审。医保经办机构根据工作需要，组织专家对存疑病案进行复审。原则上每一病例只能申请一次复审，以复审结论作为最终结论。

第七条 实行专家回避制。被评审医疗机构专家不得参与本机构的病例评议，复审专家与初审专家不得为同一人。

第八条 年度结算时，医保经办机构根据特例单议病例评议结论，对相关病例做以下处理：

（一）符合特例单议标准的病例，审核后的合理费用在年度住院医保基金支出预算总额内单独保障；

（二）住院天数、监护病房床位使用天数不合理的病例，重新纳入病种分值结算；

（三）审核剔除不合理费用后不符合超高费用病例标准的病例，重新纳入病种分值结算。

第九条 医疗机构应严格落实医保管理及行业规范等各项规定，规范医疗行为管理，提供优质安全的医疗服务，强化病案质量控制，及时、准确、规范、完整填写并上传住院病案首页、结算清单及病种相关数据信息，配合医保经办机构做好特例单议工作。

第十条 本规程自2021医保年度起施行。

附件：特例单议流程图

附件

特例单议流程图

