**天津市医疗保障费用审核管理办法**

（征求意见稿）

1. 总 则

**第一条** 为了加强医疗保障费用审核管理工作，提升审核管理效能，促进医疗保障费用审核管理规范化，根据《中华人民共和国社会保险法》《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管体制改革的指导意见》《医疗保障基金使用监督管理条例》《天津市基本医疗保险条例》等法律法规和有关规定，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于本市医疗保障经办机构对医疗保障费用开展的审核管理工作。

本办法所称医疗保障费用是指由本市医疗保障基金向定点医药机构和具备待遇享受资格的参保人员依法支付的相关费用。

医疗保障基金包括：职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助、医疗救助等。

医疗保障经办机构指天津市医疗保障基金管理中心（以下简称市医保中心）及下设区医保分中心（以下简称各区分中心）、天津市医疗保障基金结算中心（以下简称市结算中心）。

**第三条** 医疗保障费用审核管理，应当遵循公正公开的原则，推动医保费用结算由人工抽查审核向全面智能审核转变，实现事前提示、事中预警、事后监督的全过程监管，做到不予支付事实清楚、证据确凿、适用依据正确、程序合法。

**第四条** 医疗保障费用审核管理，应当加强单位、部门联合协作，信息交流共享，避免重复、多头核查。

**第五条** 医疗保障费用审核管理，应当严格执行医疗保障行政执法“三项制度”，审核依据、流程等应当通过网络媒体等向社会公开，接受社会监督。

鼓励和支持新闻媒体等对费用审核行为进行舆论监督。

第二章 职责分工

**第六条** 天津市医疗保障局负责统筹指导本市医疗保障费用审核工作，依法组织制定费用审核管理办法。各区医疗保障局负责督办本辖区医疗保障垫付报销相关工作。

**第七条** 市医保中心负责对各区分中心开展的本市参保人员垫付医疗费零星（手工）报销工作进行受理指导、监督和考核。

各区分中心按照职责分工完成参保人员在定点医药机构发生的个人垫付的医疗费用零星（手工）审核报销工作，以及围绕零星（手工）审核报销开展的其他相关工作。

**第八条** 市结算中心负责对本市定点医药机构通过信息系统上传的联网医疗费用实施审核，以及围绕审核开展的宣传培训、医保诚信等其他相关工作。

**第九条** 市结算中心负责按病种、疾病诊断相关分组（DRG）、按病种分值付费（DIP）、项目、床日、人头、定额、限额等多元复合付费方式的联网医疗费用的审核，并负责将审核结果汇总推送至市医保中心、定点医药机构，完成结算、考核、评价等工作。

**第十条** 定点医药机构应当规范诊疗服务行为，配合各级医疗保障经办机构开展费用审核工作。及时将向参保人员提供医疗服务的基本信息、诊疗信息、医疗收费信息等上传至医保信息平台，确保上传的信息真实准确。

定点医药机构不得将《天津市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《天津市基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目目录暨服务设施标准》（以下简称《三目》）内参保人员个人自费的药品、医疗服务项目和服务设施等串换为医保支付范围项目，也不得将纳入医保支付范围的药品、医疗服务项目和服务设施等，调整为参保人员个人自费项目。

**第十一条** 参保人员在本市定点医药机构就医，实行刷卡联网结算。对于未能及时办理刷卡联网结算的，应通过延迟刷卡联网结算或垫付医疗费明细返传等方式，解决垫付医疗费用报销问题。

第三章 人员岗位配置

**第十二条** 医疗保障经办机构应建立规范的初审、复审两级审核制度，合理设置初审、复审岗位，确保业务权限职责清晰，业务环节相互制衡，不相容岗位人员配置合理。

**第十三条** 医疗保障经办机构应建立审核专家库，合理设置实地核查、法制审核等岗位，确保审核精准规范。

审核专家库可从具有医学、法律、财务、计算机等专业背景人员中产生，一般应不少于20人。

**第十四条** 医疗保障经办机构应加强对审核裁量工作的组织领导，可内设审核裁量委员会，依法实施审核裁量，提升审核质量。

审核裁量应当与医保违法行为的事实、性质、情节、社会危害程度和当事人主观过错等因素相当，按照提醒约谈、不予支付、将医保违法行为线索移交相关单位、部门等三种情形，统一审核裁量标准，保障当事人双方权益。

第四章 联网审核

**第十五条** 市结算中心应当依据《三目》等政策规定，对定点医药机构上传的联网医疗费，实施审核。

**第十六条** 市结算中心应当对定点医药机构上传的联网医疗费，通过智能+人工审核等方式及时审核医疗费用。

**第十七条** 市结算中心应当健全审核流程，按照申报、初审、陈述申辩、复审、汇总等程序，实施审核。

（一）申报。定点医药机构应当及时将参保人员就诊的基本信息、诊疗信息、医疗收费信息等上传至医保信息平台。

（二）初审。采取智能审核方式，对联网上传的医疗费用信息进行100%全覆盖初审。

对初审发现的疑似违规费用可通过调阅病历、实地核查等方式进行核实，确属不予支付的费用应将不予支付结果事先告知，通过医保信息平台送达定点医药机构。定点医药机构可通过医保信息平台及时查询、下载初审结果。

1. 陈述、申辩。当事人对初审结果有异议的，可在7个工作日内通过医保信息平台依法提出陈述、申辩意见，并提供说明材料。市结算中心应当在10个工作日内通过医保信息平台就是否采纳陈述申辩意见给予答复。

（四）复审。自定点医药机构成功联网申报之日起，市结算中心原则上30个工作日内完成复审。

（五）汇总。市结算中心应按月完成联网医疗费的审核汇总。定点医药机构可通过医保信息平台查询、下载审核汇总结果。

定点医药机构对当月审核汇总结果有异议的，可在7个工作日内通过医保信息平台提交说明材料，申请调整支付。市结算中心自成功接收调整支付申请材料90个工作日内，将调整支付结果反馈至定点医药机构。定点医药机构可通过医保信息平台查询、下载调整支付结果。对调整支付结果仍存有异议的，可依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

**第十八条** 对定点医药机构违规申报费用经审查核实的，不予支付。定点医药机构不得将不予支付的费用转由参保人员承担。

定点医药机构不得将《三目》内参保人员个人自费的药品、医疗服务项目和服务设施等串换为医保支付范围项目，也不得将纳入医保支付范围的药品、医疗服务项目和服务设施等，调整为参保人员个人自费项目。

**第十九条** 市结算中心对定点医药机构违反服务协议的违法违规行为，可实施追溯审核，追回违规费用。

**第二十条** 市结算中心依据《三目》等相关政策规定，结合审核中发现的问题线索，可利用大数据信息化技术和人工筛查分析手段，也可视情况组织相关行业主管部门和专家讨论，研究制定智能审核规则，持续丰富智能审核“规则库”，并在医保信息平台进行公示。

**第二十一条** 对符合下列情形之一的，应进行重点审核：

（一）联网医疗费用反映医保基金可能存在重大安全风险的；

（二）相关单位、部门转办件等提示医保基金可能存在重大安全风险的；

（三）同通用名同剂型同质量层次的化学药品和同品种同质量层次的中成药、生物制剂等医保药品费用支出异常的；

（四）审计、飞行检查发现违法违规行为较为突出的；

（五）其它需要开展重点审核情形的。

**第二十二条** 对日常联网审核、转办件以及投诉举报等发现的疑似违规问题线索，应采取实地、书面、网络和问询等方式开展核查。

**第二十三条** 开展实地核查时，应注意以下事项：

（一）核查组人员应从审核专家库中抽调，每组至少由2名以上人员组成。

根据需要可聘请具有符合资质条件第三方公司的专业技术人员协助开展实地核查。配备或租赁开展实地核查必须的设备、车辆，包括但不限于摄像摄影、录音器材、记录仪等设备。

（二）核查组到达现场后，应当向被核查对象送达核查通知书，告知其享有的权利和应尽的义务。

（三）核查人员做好核查文字等记录，记录应当及时、准确、完整、有效，客观真实反映核查情况。

（四）核查人员对有关人员进行询问的，应当使用制式法律文书，记录询问笔录，由被询问对象逐页签字并按指纹确认。

（五）被核查对象应当按照核查组要求，明确现场负责人，配合核查工作，及时提供真实、有效、完整的文件、记录、票据、凭证、数据、病历等相关材料，如实回答核查人员的询问。

（六）核查组作出核查结论前，应当向被核查对象反馈核查的有关情况，有异议的，可作出解释说明，补充相关说明材料。对被核查对象提出的合理意见，应当采纳。

（七）核查组对被核查对象不配合核查、未如实提供相关资料和信息的，应当如实记录。

**第二十四条** 对涉嫌医保违法行为线索超出审核职责权限的，应分别向有关单位、部门移交违法行为线索。

**第二十五条** 医疗保障经办机构、定点医药机构应妥善保管相关的登记、申报、支付结算等凭证资料，及时归档。

第五章 个人垫付审核

**第二十六条** 参保单位、个人应当按照《医疗保障经办政务服务事项办事指南》要求如实提供就医凭证等相关报销单据资料。其中：参保职工或灵活就业人员通过用人单位或个人申报至区医保经办机构；学生儿童通过学校申报至区分中心或城乡居民医保服务中心；社会化管理的国有企业退休职工申报至乡镇（街道）党群服务中心。

**第二十七条** 区分中心应当依据《三目》等政策规定，对参保单位、参保个人申报的垫付医疗费零星（手工）报销票据实施审核。

**第二十八条** 区医保经办机构应建立审核抽查机制，定期或不定期对大额医疗费审核实行抽审。

**第二十九条** 区医保经办机构自受理之日起，应在30个工作日内予以办理完结。

**第三十条** 基本医保、大病保险、医疗救助等应实现“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。

第六章 风险控制

**第三十一条** 医疗保障经办机构应当健全完善内部控制管理制度，建立运作规范、监控有效的内部控制体系，规范医疗保障费用审核管理工作，防范和化解运行风险。

**第三十二条** 医疗保障经办机构应当实行回避制度。参与实地核查、调整支付和裁量等审核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）是被审核对象的当事人或者当事人的近亲属；

（二）本人或者其近亲属与被审核对象有利害关系；

（三）与被审核对象有其他关系，可能影响对审核公正处理的。

医疗保障经办机构主要负责人的回避，由医疗保障经办机构负责人集体讨论决定；医疗保障经办机构其他负责人的回避，由医疗保障经办机构主要负责人决定；其他有关人员的回避，由医疗保障经办机构负责人决定。

医疗保障经办机构应当自收到回避申请之日起3日内作出是否回避的决定，并告知当事人；决定不予回避的，应当说明理由。

第七章 附则

**第三十三条** 执行中如遇国家或本市政策规定调整，按照调整的政策规定执行。

**第三十四条** 本办法由天津市医疗保障局负责解释。

**第三十五条** 本办法自 年 月 日起施行，有效期5年， 年 月 日废止。