

江苏省人力资源和社会保障厅文件

苏人社发〔2015〕274号

省人力资源社会保障厅转发人力资源社会保障部办公厅关于印发基本医疗保险医疗服务智能监控经办规程通知的通知

各市人力资源和社会保障局,无锡市社会保险基金管理中心,昆山市、泰兴市、沭阳县人力资源和社会保障局:

现将人力资源和社会保障部办公厅《关于印发基本医疗保险医疗服务智能监控经办规程通知》(人社厅发〔2015〕146号)转发给你们,并提出以下意见,请一并贯彻执行。

一、制定出台《基本医疗保险医疗服务智能监控经办规程》(以下简称《规程》)是贯彻落实《人力资源社会保障部关于进一步加强基本医疗保险医疗服务监管的意见》(人社部发〔2014〕54号)和《人力资源社会保障部办公厅关于全面推进基本医疗保险医疗服务智能监控的通知》(人社厅发〔2015〕56号)要求,规范基本医疗保险医疗服务智能监控工作,推进医疗保险规范化、标准化、精细化管理,统一和完善医疗保险制度的重要内容,也是新形势下保障参保人员合法权益和控制费用不合理增长和规范医疗服务行为的客观需要。各地要高度重视,及时组织开展

专题学习培训，认真领会《规程》要求，熟练掌握业务操作规范。

二、按人力资源社会保障部要求，全国用一年左右的时间，实现医保智能监控全覆盖。各地要按照《关于全面推进基本医疗保险医疗服务智能监控工作实施意见》方案要求，加快建设完善医保智能监控系统建设，已经建设医保智能监控的地区，要按照《规程》的要求进一步融合完善，加快覆盖到辖区内所有定点医疗机构、定点药店。尚未建成智能监控的地区要严格按《规程》要求，高标准、高起点规范建设智能监控系统。

三、各地要抓紧制定本地区实施《规程》的工作方案，强化经办机构内部各部门的工作职责，调整规范工作流程，明确岗位人员设置。根据智能监控工作需要，要进一步加强医疗保险经办信息系统建设，充分利用现代化信息手段、智能监控技术和医保大数据，切实提高医疗服务监控工作水平和能力，实现医疗保险精确管理。

四、各市要按照医疗保险市级统筹的要求，加强对所辖县、区执行《规程》的督促指导，在大市范围内统一制度规定。在统一执行部、省颁监控指标的基础上，结合本地实际，对监控规则、指标与阈值等内容制定具体标准，并根据医疗服务行为和费用情况的变化适时调整和完善。

江苏省人力资源和社会保障厅

2015年9月21日

江苏省人力资源和社会保障厅办公室

2015年9月21日印发

人力资源社会保障部办公厅文件

人社厅发〔2015〕146号

人力资源社会保障部办公厅 关于印发《基本医疗保险医疗服务 智能监控经办规程》的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团人力资源社会保障厅（局）：

为贯彻落实《人力资源社会保障部关于进一步加强基本医疗保险医疗服务监管的意见》（人社部发〔2014〕54号）和《人力资源社会保障部办公厅关于全面推进基本医疗保险医疗服务智能监控的通知》（人社厅发〔2015〕56号）要求，规范基本医疗保险医疗服务智能监控工作，我们制定了《基本医疗保险医疗服务

智能监控经办规程》（以下简称规程）。现印发你们，请遵照执行。

各地可结合深化医药卫生体制改革的精神，根据本地医疗保险管理服务能力、信息系统建设和医疗服务资源特色等情况，细化完善《规程》。有关情况及时向人力资源社会保障部社会保险事业管理中心报告。



（此件依申请公开）

基本医疗保险医疗服务智能监控 经办规程

第一章 总 则

第一条 为加强和规范基本医疗保险医疗服务智能监控（以下简称智能监控）工作，保障参保人员合法权益，控制费用不合理增长和规范医疗服务行为，依据《人力资源社会保障部关于进一步加强基本医疗保险医疗服务监管的意见》（人社部发〔2014〕54号）和《人力资源社会保障部办公厅关于全面推进基本医疗保险医疗服务智能监控的通知》（人社厅发〔2015〕56号），制定本规程。

第二条 本规程所指智能监控，是社会保险经办机构（以下简称经办机构）根据有关规定，通过信息化手段，对医疗服务行为及其费用进行监督和控制的管理措施。

第三条 智能监控坚持问题导向、突出重点、因地制宜、循序渐进的原则。

第四条 智能监控的对象包括定点医疗机构和定点零售药店（以下简称定点服务机构）、医保医生、参保人员；监控范围包括住院、门（急）诊、购药；监控方式包括事后审查、事中控制、

事前提醒。

第五条 经办机构应基于智能监控系统，全面采集相关数据信息，设定与跟踪监控指标，应用监控规则及阈值，发现疑似违规的医疗服务和就医购药行为及相关费用，进而查实并处理各种违规行为。

第六条 经办机构应加强智能监控管理，将智能监控工作纳入定点服务机构协议管理，加强对定点服务机构的监督检查和考核，充分利用现代信息手段、智能监控技术和医保大数据，切实提高医疗服务监控工作水平和能力，实现医疗保险精确管理。

第七条 智能监控要与协议管理、分级管理、医保医生管理、总额控制、付费方式等工作相结合，监控结果与医疗费用结算、定点服务机构年度考核、总额控制指标等挂钩。

第八条 经办机构应与相关部门协作，建立医疗保险联合反欺诈工作机制，开展联动联查联处，加强对违法违规行为的打击力度。

第九条 统筹地区应根据智能监控工作需要，明确监控系统业务需求，建设并完善医疗保险信息系统，为智能监控工作提供技术支撑。尚未建设智能监控系统的地区，原则上应在人力资源社会保障部研发的医疗服务监控系统应用软件基础上开展建设。

第十条 经办机构和信息管理机构应严格规范数据管理和应用，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。对引入第三方协助工作的，要切断数据泄漏渠道，消

除安全隐患。

第十一条 经办机构应根据智能监控的管理要求，督促定点服务机构健全内部管理机制，完善信息系统建设，建立健全医生工作站，夯实基础数据管理，规范医疗服务行为，提高医疗服务质量。

第二章 数据规范

第十二条 在国家标准、行业标准的基础上，省、自治区、直辖市经办机构应规范并统一辖区内医保监控的数据信息标准。各级经办机构应指导定点服务机构完成现有数据的指标对照、代码转换、数据采集工作。

第十三条 经办机构应统一数据标准，规范监控基础数据。通过业务经办、定点服务机构信息传输等途径，全面、准确、及时地采集智能监控所需的数据信息。

经办机构应督促定点服务机构按要求提供各类原始数据。

第十四条 监控基础数据包括：参保人员信息、定点医疗机构信息、医保医生信息、定点零售药店信息、药品信息、诊疗项目信息（含医疗服务设施）、医用材料信息、疾病诊断代码、门诊特殊病种信息、异地就医信息、结算标准信息、电子病历信息*、参保人员健康档案信息*、医学知识库*等。

第十五条 经办机构应要求并督促定点服务机构逐步实现全部医疗服务明细数据实时上传。未实现实时上传的，应在医疗服

务行为发生后 24 小时内上传。

第十六条 各种信息数据要结合医疗服务行为的逻辑关系进行相互关联，形成智能监控大数据。

第三章 规则制定

第十七条 监控规则是指经办机构用于判断监控对象的相关行为是否符合医疗保险和其他相关规定及医学规范的标准。监控规则由指标和阈值构成。

第十八条 监控规则由政策规则、管理规则、医学规则组成。

第十九条 政策规则是依据医疗保险、卫生计生、药监、物价等部门的政策及管理要求制定的，通过该规则可判断监控对象发生的不符合相关政策的行为与费用。

第二十条 管理规则是依据医疗保险历史数据的统计分析结果、典型案例，以及对参保人员的就诊行为、定点服务机构及医保医生诊疗行为的相关要求而制定的，通过该规则可筛选出违反管理规定的就医或诊疗行为与费用。

第二十一条 医学规则是疾病诊疗规范、药品合理使用以及相互知识关联作用的标准。智能监控利用采集的诊疗和用药相关数据，通过数据筛选、挖掘和分析技术，对医疗服务行为临床知识单元的合理性进行判断和定位。

第二十二条 监控规则的制定要遵循科学合理、公开透明、

有效管理的原则。

第二十三条 经办机构应根据不同的监控对象、监控范围，有针对性地制定监控规则。规则制定应征求专家和定点服务机构的意见。（见附件1）

第二十四条 监控规则制定后，经办机构应及时向定点服务机构公开。

第二十五条 监控规则应用后，经办机构应根据医疗服务行为和费用情况的变化，适时调整与完善。

第四章 指标与阈值

第二十六条 监控指标是指监控规则中包含金额、数量、时间、频次、比率等计量单位的名称。监控阈值是判断监控指标数据是否合理的临界值。

第二十七条 经办机构应根据人力资源社会保障部研发的医疗服务监控系统应用软件中确定的监控指标，结合本地实际，制定当地的监控指标。

第二十八条 监控指标可从选用单项监控指标，逐步引入并应用组合指标。

第二十九条 指标分为直接监控指标和间接监控指标（即分析指标），直接监控指标为通过阈值来判断医疗服务行为与费用是否合理的指标；间接监控指标为通过分析来提示医疗服务行为与费用是否合理的指标。

第三十条 经办机构根据本地区医疗服务行为情况和问题，结合医保监管经验，确定需要监控的问题，制定指标。

第三十一条 经办机构应针对选定的监控指标，对不同级别、类型的医疗机构，根据既往疑似违规行为、查实违规数量，以及医疗保险管理服务能力，确定阈值。

第三十二条 监控指标和阈值应用后，经办机构应根据医疗服务行为和经办管理服务能力的变化，适时调整与完善。

第五章 规则的应用

第三十三条 经办机构应充分利用监控系统，应用监控规则及其指标和阈值，将医疗服务行为及费用与设定的规则、指标和阈值进行比对筛查，有效发现监控对象的违规行为。

第三十四条 智能监控应逐步实现全程监控。根据医疗服务行为与费用发生的时间，分为事后审查、事中控制及事前提醒三部分，可重点开展事后审查，逐步推行事前提醒和事中控制。

第三十五条 事后审查是指经办机构与定点服务机构完成医疗费用结算后进行的审查、筛查及监督检查。定点服务机构应提供完整的医疗明细数据，经办机构应充分利用管理规则和医学知识库，拓展事后审查的广度和深度。

第三十六条 各类监控规则、直接监控指标和各类分析指标均可应用于事后审查。

第三十七条 事中控制是指医疗行为发生后至经办机构完成

结算前的过程。事中控制是指经办机构在该过程中对定点服务机构上传的医疗服务行为和费用的信息进行跟踪、控制、审核，要求定点服务机构纠正错误，并拒付相关费用。

第三十八条 部分统筹地区采取定点服务机构实时上传费用金额数据，费用明细项目事后上传的方式。经办机构仍应对参保人员的待遇享受标准、定点服务机构的服务资质标准、医疗保险基金的支付额度进行控制。

第三十九条 经办机构应根据基础数据的支撑能力和信息系统的处理能力，尽可能多地将监控规则和监控指标在事中进行应用。事中控制可应用各类监控规则中的直接监控指标，起始阶段可重点应用重复就诊、重复诊疗、重复用药、超量用药、不合理用药和其他违规行为等监控指标范围内的部分指标。

第四十条 事前提醒是指定点服务机构为参保人员提供医疗服务前，通过医生工作站或定点零售药店医保前端提示系统进行提醒。提醒内容包括参保人员就医资质、既往就医情况、医保支付政策和相关监控规则等。

第四十一条 事前提醒一般只应用政策规则和管理规则，起始阶段可重点应用冒名就医、频繁就医、虚假就医和其他违规行为等监控指标范围内的部分指标。

第六章 监控流程

第四十二条 智能监控系统的基本工作流程包括数据采集传

输、数据比对、违规筛查、明细审核、调查核实、违规处理、评估分析等主要环节。（见附件2）

第四十三条 监控信息主要来源于医疗保险结算系统，以及基础数据中的各类信息。

结算系统的信息应包括定点服务机构和医保医生在提供医疗服务中，以及参保人员在就医购药过程中产生的全部诊疗项目和费用信息。

第四十四条 经办机构对采集的数据进行逻辑判断、标准对照，发现数据质量问题，剔除不合规数据。

第四十五条 经办机构运用监控规则及相关基础数据信息，由系统自动对监控时段内的医保结算数据进行筛查，发现疑似违规的信息。

第四十六条 对系统筛查出来的疑似违规信息，要进行明细审核和调查核实。对有重大违规嫌疑的信息，经办机构应与监控对象面谈或到现场检查，确认是否属于违法违规行为。调查可结合举报投诉、日常检查、专项检查、网上监控等渠道进行。

第四十七条 对通过智能监控系统形成的检查结果，经办机构应向监控对象反馈，并接受监控对象的申诉。

第四十八条 对经调查或核查认定的违法违规行为，经办机构应依法依规进行处理。对违反协议规定的，应按照协议规定处理；对违反医疗保险法律法规的，在追究违约责任的同时，应提

请社会保险行政部门按规定做出行政处理，或移送卫生计生、药监、物价、公安等相关部门处理。

第四十九条 经办机构应加强对智能监控系统数据的分析研判和运行分析。通过智能监控系统，有针对性地挖掘大数据，汇总、分析、总结出经常发生的医疗保险违规行为，找出违规和欺诈案件发生的规律，研究防范措施，验证防范措施有效性，为进一步完善医疗服务行为监控政策和措施提供数据支撑。

第五十条 经办机构应定期对监控系统的运行情况、指标和阈值的应用情况及监控效果进行分析评估，不断完善监控系统建设和应用。

第七章 附 则

第五十一条 带“*”的内容，供有条件的经办机构选择使用。

第五十二条 各省、自治区、直辖市经办机构可根据本地实际确定事前、事中、事后的监控节点。

第五十三条 各省、自治区、直辖市经办机构可根据本地实际对本规程进行细化完善。

第五十四条 经办机构与定点服务机构在智能监控实施过程中出现的纠纷，按医疗服务协议及相关法律法规处理。

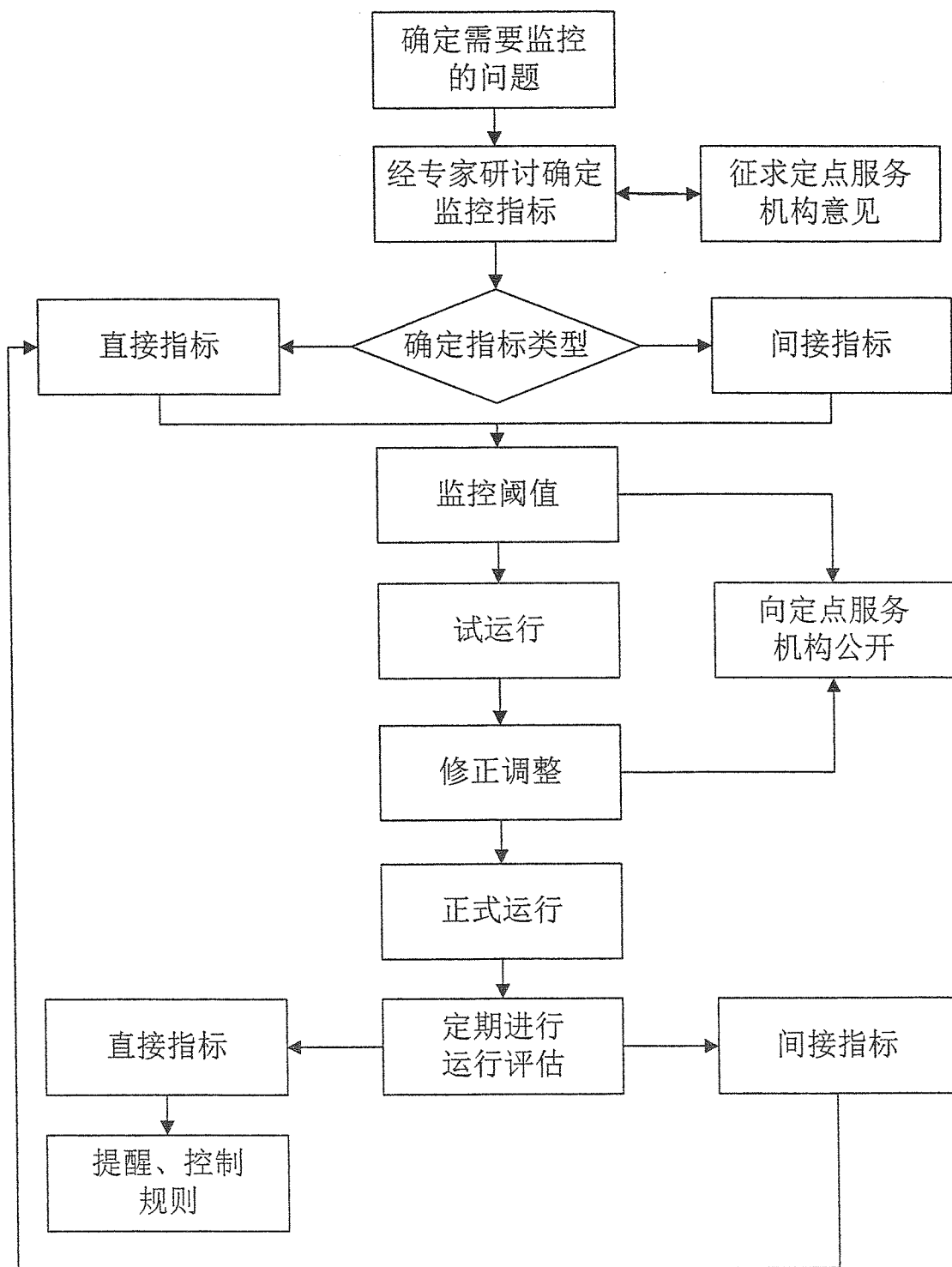
第五十五条 本规程由人力资源社会保障部社会保险事业管理中心负责解释。

第五十六条 本规程自发布之日起施行。

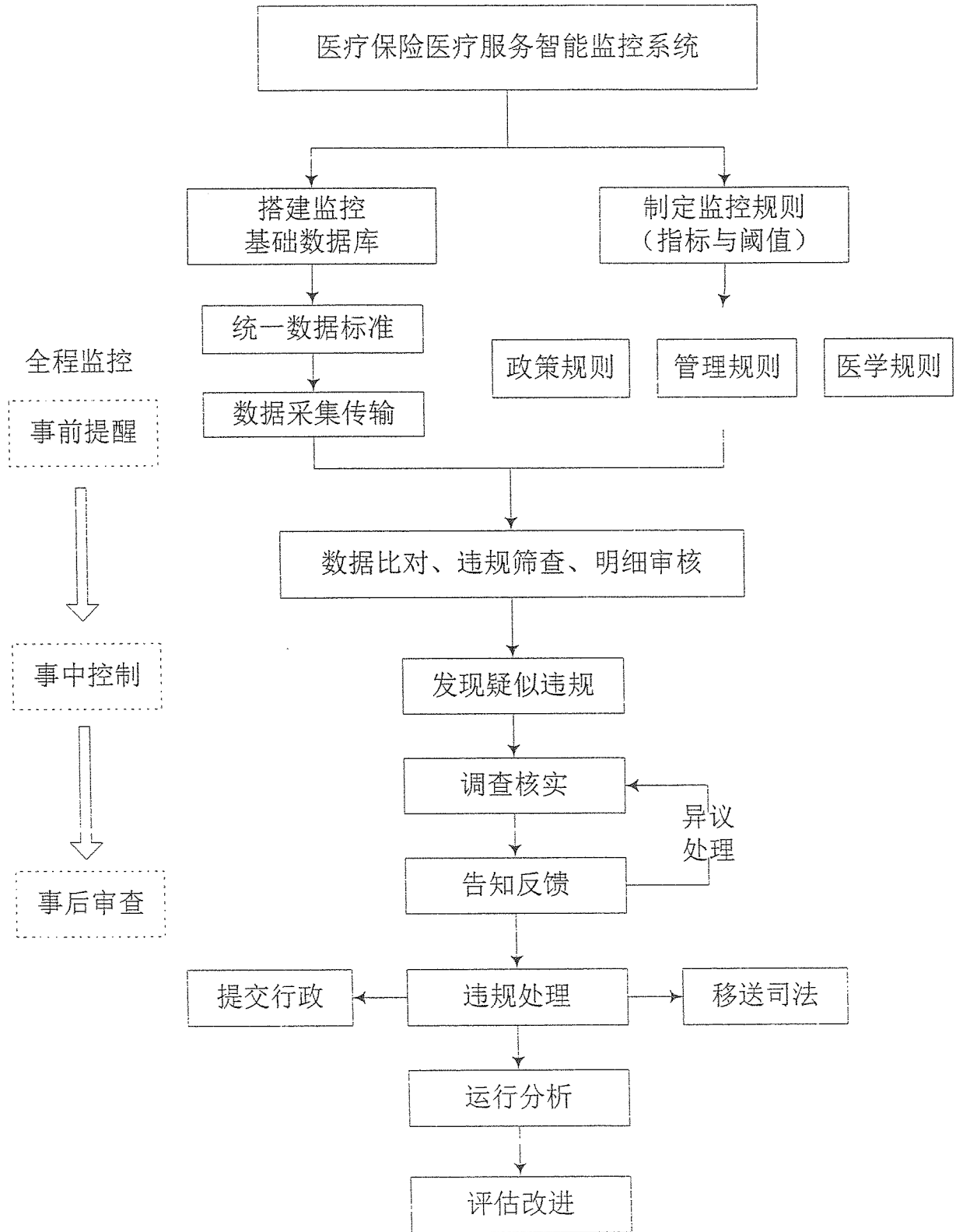
- 附件：1. 监控规则（指标与阈值）制定流程图
2. 医疗保险医疗服务智能监控流程图

附件 1

监控规则（指标与阈值）制定流程图



医疗保险医疗服务智能监控系统流程图



人力资源社会保障部办公厅

2015年9月6日印发
