宁夏回族自治区医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库管理实施办法（试行）

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为加强我区医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库（以下简称“两库”）管理，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》《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）》《宁夏回族自治区实施〈医疗保障基金使用监督管理条例〉办法》等法律法规和政策规定，结合我区工作实际，制定本办法。

第二条本办法适用于宁夏回族自治区医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库的建设、使用和管理。

第三条 本办法所称医疗保障基金智能审核和监控是指全区各级医疗保障部门依托全国统一的医疗保障信息平台，运用信息化手段，利用大数据实时动态监控医疗保障基金全过程使用情况，并根据监控结果进行协议管理和行政监管的监督管理方式。

知识库是医疗保障基金智能审核和监控所需知识和依据的集合，由法律法规、政策规范、医药学知识、医保信息业务编码、管理规范等构成。

规则库是基于知识库判断监管对象相关行为合法合规合理性的逻辑、参数指标、参考阈值以及判断等级等的集合。其要素主要包括规则名称、定义、逻辑、参数、应用场景、判断等级以及具体违规情形等。

第四条全区“两库”建设、应用和管理应遵循科学合理、多方协商、公开透明、动态完善的原则。

第五条医疗保障基金智能监控审核，应当遵循依法审核、公开公正的原则。应在事后监督的基础上，有序向事前提醒、事中预警延伸，最终实现全流程、全方位、全场景的智能化监管。

医疗保障基金智能监控审核应做到审核结果事实清楚、证据确凿、适用依据正确适当、程序合法。

第二章 职责分工

第六条 自治区医疗保障局负责国家统一的医疗保障信息平台“两库”的同步更新和本地化应用，增补本地化知识和规则。

第七条 各市、县（区）医疗保障部门负责国家和自治区“两库”的落地应用。并根据本辖区“两库”应用情况，按年或者适时向自治区医疗保障局提出“两库”增补、优化的意见和建议。

第八条 自治区医疗保障局增补本地化“两库”时应广泛征求意见和组织验证，保证规则的合理、精准。验证形式包括测试环境验证、经办业务人员验证、主管部门验证等。

第九条拟增补的“两库”应组织验证，验证通过后方可上线运行，验证的重点主要包括：

（一）是否符合法律法规规定；

（二）是否符合政策制度要求；

（三）规则阈值是否合理适宜；

（四）是否存在争议的可能；

（五）较为复杂的规则阈值设定；

（六）其他需要重点验证的情形。

第十条 自治区医疗保障局负责对全区医疗保障信息平台“两库”运行情况进行评估，并按规定向国家医疗保障局报送本地化知识库、规则库增补及运行情况。

各市、县（区）医疗保障部门应通过规则活跃度、响应精准性等指标，对本辖区“两库”运行稳定性、有效性开展日常监测和年度评估，并以市地级医疗保障部门为单位，按规定向自治区医疗保障局报送“两库”运行评估报告。

第十一条 自治区和市地级以上医疗保障部门应根据上级医疗保障部门要求，适时向本辖区内定点医药机构公开“两库”监控要点、标准等内容。

第十二条各市、县（区）医疗保障部门应按照全区“两库”应用要求做好本辖区“两库”审核人员配备及相关配套设施的建设和应用。明确医疗保障行政部门和经办机构的工作职责。

第十三条各市、县（区）医疗保障部门应强化“两库”在本地智能化监管的应用，对“两库”运行期间出现的各类问题要主动向自治区医疗保障局报告。

第十四条各级医疗保障部门鼓励监管对象、第三方技术信息服务机构、科研院校等根据国家和自治区政策、规范标准提出符合标准要求，适合我区实际的知识信息或对应规则，进一步提升我区“两库”的质量。

第十五条医疗保障信息平台正式上线运行的监控规则应根据上线情况，分批次在自治区医疗保障局官方网站予以公示，强化社会监督。

第三章 使用管理

第十六条 各级医疗保障部门以“两库”为依托，以医疗保障智能监管子系统为抓手，对各类监管对象在各种场景下使用医疗保障基金的情形进行全流程监控。

第十七条 各级医疗保障部门使用智能监管子系统的业务人员具体承担医疗保障智能监管在线初审、复审和受理监管对象申诉等工作。

第十八条 各级医疗保障部门可使用“两库”及医疗保障智能监控系统协助开展本辖区内医疗保障行政监管和行政执法相关活动。

第十九条 各市、县（区）医疗保障部门应依据最新执行版《基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《宁夏回族自治区基本医疗保险工伤保险和生育保险医用耗材支付目录》等政策规定，对定点医药机构上传的就医数据，通过智能审核、人工审核等多种方式及时实施审核。

第二十条 各市、县（区）医疗保障部门应当建立健全发现疑点信息对应的处理程序，按照初审、监管对象申诉、复审、合议、扣款等程序，实施审核。

**（一）初审。**各级医疗保障部门应于每月20日前完成上个月全部疑似违规数据的审核。

疑似违规数据是指定点医药机构上传的就医信息由智能监控规则引擎全覆盖分析后产生的数据。

**（二）监管对象申诉。**定点医药机构应当通过医保信息系统及时查询、下载初审结果。对初审结果有异议的，可在收到初审结果之日起10个工作日内通过医保信息系统依法提出陈述、申辩意见，并提供说明材料。

**（三）复审。**各级医疗保障部门应当在10个工作日内对医疗机构提出申诉的疑似违规数据进行审核并反馈。

**（四）合议。**定点医药机构对复审后的违规数据有异议的，应在收到复审结果10个工作日内提出合议申请。各级医疗保障部门应当在10个工作日内对医药机构提交的合议申请进行审核。因合议涉及金额较大或案情复杂的，经同级医疗保障部门分管领导批准，可适当延长合议申请审核时限，但最长不得超过20个工作日。

定点医药机构不申诉、不申请或未在规定时限内申诉、申请合议，则视为对疑似违规数据处理结果无异议。

**（五）扣款。**各级医疗保障部门对定点医药机构确认无异议或视为无异议的疑点信息，由智能监管岗位业务人员负责，以自然月为单位对疑点信息进行复核确认，生成医保智能审核违规认定表和医保智能审核违规汇总表，并同步传送至医保业务基础子系统（稽核审查扣款管理模块）。由结算岗位业务人员负责，根据监控岗位反馈的医保智能审核违规认定表和医保智能审核违规汇总表等凭证，在（稽核审查扣款管理模块）进行操作处理。

第二十一条 各市、县（区）医疗保障部门应积极总结日常检查、飞行检查、专项检查发现的共性问题和上级主管部门移交转办的各类问题，研究形成增补智能审核知识、规则需求，经自治区医疗保障局审核，国家医疗保障局备案，增补本地化智能审核知识和规则。

第二十二条 对具有以下情形之一的，应进行重点审核：

（一）日常审核疑点信息对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）审计、飞行检查发现的较为突出的违法违规行为；

（四）反复被投诉、举报，且经查确有违法违规行为的；

（五）初审疑似违规数据量大的；

（六）其他需要重点审核情形的；

第二十三条各市、县（区）医疗保障部门可采取实地、书面、网络或询问等方式，对定点医药机构提出的对各类审核有异议的问题进行复核。

第二十四条 各市、县（区）医疗保障部门应建立与监管对象的信息反馈机制，加强信息收集、归类、分析，并按程序报送自治区医疗保障局。

第二十五条 鼓励定点医药机构应用“两库”加强内部管理，规范医保基金使用。

第四章 风险控制

第二十六条 各级医疗保障部门应当健全完善内部管理制度，建立运作规范、监控有效的内部控制体系，规范智能监控疑点审核管理工作，防范和化解运行风险。

第二十七条 医疗保障部门和第三方技术信息服务机构及其工作人员在“两库”建设管理工作中，应严格规范数据管理和应用，认真履行保密义务，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，确保数据信息安全。

第五章 附则

第二十八条本办法执行中如遇国家或自治区政策规定调整，按照调整政策规定执行。

第二十九条 各市、县（区）医疗保障部门可根据本办法，制定适合本辖区医保基金智能监管需要的实施细则。

第三十条 本办法自发布之日起施行。