

医疗机构医保基金监管的全流程闭环管理模式研究

张卫华¹ 王建斌² 陈博³ 任兰纯⁴

(1. 河北省胸科医院, 河北 石家庄 050041;

2. 河北省人民医院, 河北 石家庄 050000;

3. 河北医科大学第三医院, 河北 石家庄 050000;

4. 河北医科大学第三医院, 河北 石家庄 050000)

【摘要】本研究旨在探讨医疗机构医保基金监管的全流程闭环管理模式, 将监管过程划分为事前、事中和事后三个阶段, 并提出相应的管理措施, 以提高医保基金的使用效率和监管水平。首先, 通过文献综述和实地调研, 分析了当前医保基金监管存在的问题和挑战。其次, 构建了“事前+事中+事后”全流程闭环管理模式, 包括事前风险评估和控制、事中实时监管和应急处理、事后审计和追溯等环节。然后, 运用案例分析和实证研究方法, 验证了该模式在实践中的可行性和有效性。最后, 提出了进一步完善和推广该模式的建议, 以期为医疗机构医保基金监管提供新的理论和实践支持。

【关键词】医疗机构; 医保基金; 监管; 事前+事中+事后; 全流程闭环管理模式

医疗保险基金是指国家为保障职工的基本医疗, 由医疗保险经办机构按照国家有关规定, 向单位和个人筹集用于职工基本医疗保险的专项基金。医保基金监管的全流程闭环管理研究的背景是2021年1月国务院总理李克强签署735号国务院令, 公布《医疗保障基金使用监督管理条例》中要求“实施大数据实时动态智能监控”。为加强医疗保障基金智能审核, 提升监管效能, 促进基金安全高效、合理使用。2023年国务院办公厅出台《关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》(国务院公报2023年第17号)强调医疗保障基金(以下简称医保基金)是人民群众的“看病钱”、“救命钱”。加强医保基金使用常态化监管, 对保障医保基金安全运行、提高基金使用效率、规范医疗服务行为、减轻群众看病就医负担具有重要意义。2023年5月15日国家医疗保障局公布《医疗保障基金智能审核和监控知识库、规则库框架体系(1.0版)》。1.0版的“两库”中, 知识库包括法律法规和政策规范、医保信息业务编码、医药学知识、管理规范等内容。规则库分为政策类(30条)、管理类(28条)、医疗类(21条), 共包括79条规则。医保部门通知知识库和规则库作为智能监管系统判断的依据, 让基金监管关口前移, 自动拦截“明确违规”的行为, 提示违反合理使用类规则的“可疑”行为。

医保基金监管是指对医保基金的使用、管理和监督进行有效监管, 以确保医保基金的合理使用和运行。医保基金监管贯穿于医疗保险基金运行流转的全过程中, 医院作为医保基金使用的主体单位, 管好用好医保基金不仅是医保部门的责任, 更是医疗机构的责任, 应当多措并举, 建立医院内医保基金合理使

用的管控体系。在医疗机构中对医疗服务项目、药品、耗材、医疗行为等进行精细化管理和控制, 确保医疗服务的质量和效益。建立一个事前、事中、事后全流程闭环管理模式, 覆盖医保基金使用的各个环节, 维护基金安全, 规范医疗行为, 确保医保基金的有效使用。

一、医疗机构现在医保基金监管存在的问题

(一) 虚假报销和欺诈行为: 医疗机构存在虚假报销、虚假诊断、开具虚假处方等欺诈行为, 以获取医保基金, 导致医保基金的浪费和损失。

(二) 超范围用药和超标准收费: 医疗机构存在超范围用药和超标准收费等行为, 导致医保基金的过度消耗和不合理支出。

(三) 信息化管理不规范: 医疗机构的信息系统为不同的操作系统, 医保基金监管缺乏完善的信息化系统, 部分监管数据依赖于手工操作, 导致信息不畅、监管不到位。

(四) 内部控制不严格: 医疗机构的内部控制机制不够健全, 监管不到位, 存在监管盲区和漏洞, 容易被利用进行欺诈行为。

(五) 医保基金管理制度不健全: 医疗机构的医保基金管理制度存在缺陷, 监管规范不够明确, 缺乏有效的监督和惩处措施, 难以有效约束医保基金管理行为。

(六) 医疗机构人员专业水平不高: 一些医疗机构的管理人员和工作人员素质不高, 缺乏医保基金管理专业知识和职业道德, 容易出现管理失误和不当行为。

综上所述, 医疗机构现在医保基金监管需要加强监管和改进管理机制, 提高医保基金使用效率和监管水平。

二、建立完善的监管体系，明确各方监管的职责

在医院医保基金的监管工作专业性强，会涉及到诊疗、治疗行为，医疗服务项目收费，药品目录，耗材的使用。牵扯的职能部门较多，有临床、医技科室等不同的部门有不同的指导规范和制度。医保基金监管涉及多个领域、部门和科室的情况，可能出现的互相推诿问题，通过顶层设计把舵定向，以多方协作方式加速巩固，加强监管团队能力建设，夯实基础，提升综合监管效能、强化基金风险防控，建立完善的管理体系。

（一）建立跨部门协作机制：建立起跨部门的医保基金监管协作机制，由医保处主抓，相关部门共同参与医保基金监管工作，明确各自的监管职责和工作范围，加强协调和沟通，形成合力，推动监管工作的开展。

（二）明确监管责任主体：在医保基金监管工作中，明确监管责任主体和分工，确保每个部门和科室都有明确的责任和任务，避免出现监管责任不清晰或推诿责任的情况。

（三）加强领导层的统筹和指导：强化领导层对医保基金监管工作的统筹和指导，确保各部门和科室都能够按照统一的要求和标准开展监管工作，避免各自为政、各自为战的情况。

（四）建立监管数据共享平台：建立起医保基金监管的信息共享平台，实现各部门和科室之间的数据共享和信息互通，加强监管的全面性和有效性，减少信息不对称和监管盲区。

（五）加强监管人员的培训和教育：加强监管人员的专业培训和法律法规教育，提高其监管水平和意识，增强其责任感和使命感，确保监管工作的专业化和规范化。

通过以上对策的实施，可以有效解决医保基金监管涉及多个领域、部门和科室多的问题，提升监管工作的效率和水平，确保医保基金的安全和有效使用。

三、规范医疗行为、强化医保基金监管

医保基金使用的规范标准和流程，包括医疗服务价格管理、医疗费用审核标准等，医保基金使用过程中，严格执行基本医疗保险用药和诊疗项目管理规定。医保基金使用坚持以人民健康为中心，遵循合法、安全、公开、便民的原则。诊疗过程中要求医务人员严格遵循各项诊疗规范，坚持因病施治，合理检查、合理治疗、合理用药，加大对各个诊疗环节的监管力度，有效规范医疗行为。及时发现和纠正违规行为，防止基金的滥用和浪费。

（一）严格规范药品、耗材采购和使用管理：建立健全采购管理制度，严格执行采购程序，明确采购责任、确保采购活动的规范和合理。根据医院的实际需求和使用情况指定采购计划，预测需求量，合理安排采购时间和数量，避免库存积压和过期。建立采购

管理信息系统，实时对药品和耗材使用量与库存量进行全面监控和管理。加强医疗机构财务和进销存管理规范，从财务源头去堵药品、耗材、诊疗项目管理不规范、串换和虚报等漏洞。

根据国家规范建立临床用药指南和耗材使用指南，明确药品和耗材的适应症、用法用量、禁忌症等，指导医务人员合理使用。结合疾病诊疗规范，制订和推广临床路径，规范患者的诊疗流程，合理选择药品和耗材，提高医疗效率和质量。加强医务人员对药品和耗材的使用知识的培训和教育，提高其临床决策力和用药意识，减少不必要的药品和耗材使用。建立医疗质量评估体系，对医务人员的用药行为和耗材使用进行评估和考核，促进规范使用。

（二）规范医疗服务项目收费行为：医疗机构和患者结算方式是按医疗服务项目进行结算，严格执行收费政策、收费标准，切实做到合理收费、规范收费是保障医保基金使用的根本。各地有本省级《医疗服务价格项目》，在2023年国家发布《全国医疗服务价格项目规范2023版》，医疗服务项目分为综合医疗服务类，医技诊疗类，临床诊疗类，中医类四个大类，项目包括项目编码、项目名称、项目内涵、除外内容、计价单位、价格、说明、总说明内容。

在收费过程中重点把握项目名称、计价单位、项目内涵以及除外内容、说明等。医院医保物价管理部门应对医疗服务项目内涵的进行解读理解，进行梳理分类，对临床医技、医疗科室以及收费部门进行有针对性的，持续性的培训，对违规后果进行宣教，规避当前医疗服务项目内涵理解混乱导致的错收费、乱收费。《可另收费的一次性使用医疗器械目录》包括的耗材是可以向患者另外收费的医用耗材，医用耗材包含在医疗服务项目价格中的，一律不得另外收费。医保基金常态化监管明确要求，规范医药服务行为，强化医务人员职业操守和职业道德教育。进一步规范医疗行为，促进合理检查，提高医疗资源利用效率，降低医疗费用，改善人民群众就医体验。

（三）建立信息实时监控系统：目前，医疗机构基本业务都在医院信息系统（HIS）的支持下完成，涵盖了医院的各个业务流程和功能模块。有门诊管理、住院管理、检查检验管理、药房管理等等，这些系统端口相互对接，数据共享。严格执行医疗服务项目价格标准，准确录入并及时更新，保证收费信息与国家的政策同步，每个收费项目必须与医嘱内容对应。不能存在无医嘱有收费、一条医嘱多项收费或者医嘱与收费项目内容不相符的现象。在不影响医生诊疗行为的基础上，医生开医嘱时，智能审核系统对医嘱进行分析，规范收费、预警超量开药、预警费用等对医药服务行为进行实时提醒。实现医生医嘱、护士计费提醒，发现问题后实时提醒医生违反医保规定的内容，

警示可能存在的违规风险。为医生科学诊治提供帮助，督促医生合理检查、合理用药。

事中审核在医疗机构医保结算前，对已发生的门诊、住院服务费用进行审核，DRG、DIP 入组监管等发现问题，提醒结算人员存在的违规行为，或可能存在的违规风险。通过事中实时监控对医务人员明显违规行为进行自动提醒和拦截，对可疑违规行为进行实时提醒，以预防不合理诊疗行为的发生。智能审核和监控系统遏制医务人员和医疗机构的违规行为，保障患者生病后在医疗机构能够达到合理治疗，免去了不必要的检查和治疗。确保医保基金的合规性和有效性。

四、医保基金事后分析管理阶段

医保基金事后管理阶段，强化问效，督促整改落实。医疗机构通过一系列措施对基金使用情况进行事后监督和评估，来确保医保基金的合规使用和有效管理。确定已经发生的违规问题，围绕多角度统计分析，通过科室、医生、病种、医疗服务项目等，为医疗机构监管部门开展自审自查管理提供有理、有据的数据分析，为医疗机构管理和决策提供数据支撑。

（一）建立基金使用审计制度：建立医疗机构内部审计和监督机制，对医保基金使用情况进行内部审计和监督，发现问题及时整改。常态化开展医保基金合理使用自查自纠工作。对发现的异常情况和问题，包括不当收费、虚假报销、医疗服务不符合规定等，进行处理和调查，采取相应措施予以纠正并进行优化管理。对可疑数据进行筛查分析，现场核查，精确查处违规问题。针对出院收费核查率不达标、常规收费核查及专项检查中执行情况排名靠后的科室，确认违规问题及责任，对违规问题严重、频出差错的科室，实行问责处罚，同时采取有效措施防止类似问题再次发生。

（二）医保基金数据监测和分析：建立医保基金使用的数据监测系统，实现对医保数据的实时监测和分析。制定医保基金使用的监测指标和警戒线，包括建立数据库、数据仓库等信息管理平台，利用信息技术实现数据的集中存储和分析。利用数据挖掘算法对医保数据进行分析，发现规律和异常，来显著提高医保工作效率，使医疗机构医保管理更加科学化、系统化。

（三）监管效果评估和绩效考核：建立医保基金使用的监管小组和专家团队，对医保基金使用的效果进行评估和绩效考核，根据医保政策和规定设定不同的监测指标，如医疗费用占比、报销比例、医疗服务质量、患者满意度等，评估医保基金使用是否符合预期目标。

（四）建立问题反馈机制：不断优化医疗机构的医保基金管理制度和流程，积极探索医保基金管理的创新模式和机制，提高管理效率和效果。医疗机构要建立健全反馈机制，制定疑点信息的处理程序，对发现的问题进行归类和总结，及时向管理部门反馈，征

求意见，并提出改进措施，确保问题得到有效解决。定期向医保监管部门报告医保基金使用情况，公开医疗机构的医保基金使用信息，增强医疗机构的透明度和公信力。

（五）信息监管系统优化：针对上级检查发现的问题进行收集、分析、提取、评价，转化成为有意义的数 据，不断优化规则应用，也可根据医院实际业务情况自定义规则，极大地增加审核准确性，较好地解决错审和漏审等问题。完善医院 HIS 系统形成“医疗收费监管防火墙”。确保医保管理工作更加精细，推动监管执行力更加高效。

（六）政策宣传和培训：定期组织医疗机构工作人员进行医保政策和规定的宣传和培训，提高医疗机构工作人员对医保政策的理解和遵守意识。

通过以上措施的实施，可以做好医保基金的事后管理阶段工作，确保医保基金的安全、合规和有效使用，维护医疗机构的良好形象和信誉。

五、结束语

综上所述，医保基金的事前提醒、事中监控、事后审核分析，贯穿整个医疗业务全流程。医保基金全流程管理，将医保管理与行业规范化建设有机衔接，有效压实各方监管责任。医保基金监管的全流程管理在医疗保障领域起着至关重要的作用。通过对医保基金使用情况进行全面的监管和管理，可以有效防范风险和问题，保障医保基金的安全和合理使用。然而，我们也应该意识到，当前的医保基金监管仍然存在一些挑战和问题，包括监管手段不够灵活、监管机构职责不清等。因此，未来的研究和实践应该进一步深化对医保基金监管的理解，探索更加有效的监管模式和机制，提高监管的精准度和针对性。同时，还需要加强医保基金监管的信息化建设，提高监管的科技化水平，实现对医保基金使用情况的实时监控和数据分析。相信通过不懈的努力和探索，我们将能够更好地保障医保基金的安全和合理使用，为人民群众提供更加优质的医疗保障服务。有力推动医疗机构走向高质量、精细化发展道路，全面提升医保基金监管水平。

参考文献：

- [1] 马良，冯海欢，李耘天. 公立医院医保基金监管模式探讨[J]. 卫生经济研究，2023（08）：78-80.
- [2] 孙秀艳，张文，窦瀚洋. 智能监管为医保基金打造“安全网”[N]. 人民日报，2023-7-14:19.
- [3] 廖梦若，陈柳希. 安全规范用基金 守好人民“看病钱”[N]. 广西法治日报，2023-5-17: 3.

课题项目：本文系河北省医疗保障局科研项目“构建医保基金监管‘事前+事中+事后’全流程闭环管理模式研究”的研究成果。