

2020年6月医保管运行情况小结

各临床科室：

根据医保服务协议要求和医保科工作计划，医保科组织相关人员，对我院2020年6月双向转诊执行及追踪情况、基本医疗保障管理相关制度和相应保障措施执行情况、“先诊疗后结算”等措施的实施情况、优先推荐基本医疗、基本药物和适宜技术情况、各类知情同意书（如乙类药物、自费药物、特检特治治疗项目等620多份）的知情签署情况、医保病历运行情况（归档病历540多份）、门诊医保处方（550多张），医保满意度调查（20份）、医保投诉、医保费用控制等情况进行了督查，检查情况纳入质控管理。现将检查情况小结如下：

一、医保质控扣分情况

2020年6月医保质控表

科室	扣分	得分	科室	扣分	得分	科室	扣分	得分
呼吸内科	-0.1	2.9	血液内科	0	3	神经外科	-0.1	2.9
神内一区	-0.1	2.9	肿瘤科	0	3	胸心外科	-0.3	2.7
神内二区	-0.3	2.7	风湿免疫科	0	3	骨科一区	-0.2	2.8
心内科一区	-0.1	2.9	肾内科	-0.3	2.7	骨科二区	-0.3	2.7
内分泌科	0	3	中西医科	0	3	骨科三区	-0.3	2.7
老年病一区	0	3	心内科二区	-0.15	2.85	肝胆胰脾外科	-0.2	2.8
全科医学科	0	3	消化内科	-0.1	2.9	乳腺甲状腺外	-0.1	2.9
儿科一区	-0.1	2.9	重症医学科	0	3	胃肠外科	-0.2	2.8
儿科二区	0	3	产科	0	3	泌尿外科	-0.1	2.9
新生儿科	-0.3	2.7	小儿外科	-0.1	2.9	耳鼻喉科	0	3
康复医学科	0	3	眼科	0	3	创面修复科	-0.1	2.9
放疗科	-0.1	2.9	妇科	0	3			

二、医保病历运行情况

（一）好的方面：部分科室对反馈的问题能及时整改。本月较好的有：内分泌科、老年病一区、全科医学科、儿科二区、康复医学科、血液内科、肿瘤科、风湿免疫科、中西医科、重症医学科、产科、眼科、妇科、耳鼻喉科等。

（二）病历主要缺陷：

1、超医保限定范围用药：22008164（呼吸内科），00941687（消化内科），02043191（神经内科二区），22007669（心血管内科一区），21108120（心血管内科二区），22007590（儿科一区），22005559（放疗科），22005392（新生儿科），21905129（肾内科），21408317（胃肠外科），21403737（创面修复科），22006886（骨科一区），22007807

(骨科三区)。

2、不合理收费：21617109、00837486(神经内科二区)，21012570(心血管内科二区)，22005392(新生儿科)，02081894(肾内科)，22008620(泌尿外科)，21408317(胃肠外科)，22008886(肝胆胰腺外科)，00771094(乳腺甲状腺外科)，02064050(骨科一区)，22007543、22007817(骨科二区)，21719859(骨科三区)，21602495、22007129、21503883(胸心血管外科)，02012252(神经外科)，21518713(小儿外科)。

3、不合理检查、治疗及用药：22008256(神经内科一区)，21613077(肝胆胰腺外科)，22008625(骨科三区)。

(三) 医保智能监控系统疑点推送情况：

本月区、市医保智能监控系统推送疑点主要有以下问题：

- 1、按日收费项目超住院天数收费(抢救费、护理费、诊查费、床位费、吸氧费、胃肠减压、导尿(留置导尿第一次以后)等)；
- 2、传染病相关检验项目无指征重复查验；
- 3、限年龄项目超限使用；
- 4、手术费重复收费；
- 5、不合理收取“肠内高营养治疗”；
- 6、彩色多普勒超声检查不合理收费；
- 7、“注射用生长抑素”、“银杏达莫注射液”、“银杏叶提取物注射液”超医保限制范围使用；
- 8、“经皮超选择性动脉造影术”与“经股动脉插管全脑动脉造影术”收费冲突，涉嫌重复收费；
- 9、“动静脉置管护理”与“重症监护”收费冲突，涉嫌重复收费。

请各科室针对以上问题进行自查自纠，规范病历书写，同时加强医保管理，合理并规范用药及治疗。

(四) 医保费用现场检查情况：

本月进行医保费用及在架病历质量现场督查，主要存在问题如下：中医及物理治疗无操作确认签名；乙类注射用药未签患者知情同意；特检特治或单价超200元医保项目未签患者知情同意；自费项目未签患者知情同意；高值耗材未签患者知情同意；特检特治项目漏审批；未签授权委托书。以上问题已提醒被查科室立即整改，今后避免再次违规。

三、医保总额付费控制运行情况

2020年医保住院费用同期对比

	2020年1-6月总额 (万元)	2019年1-6月总额 (万元)	同比增长率	2020年6月均次费用 (元)	2019年6月均次费用 (元)	同比增长率
市职工	9467.54	11393.24	↓16.90%	21236.35	17416.44	↑21.93%
市居民	10247.4	10060.83	↑1.85%	18418.1	12121.37	↑51.95%
区医保	3154.59	3661.88	↓13.85%	23521.11	25034.86	↓6.05%
全院数据				16811.38	13384.87	↑25.60%

从上表分析，我院2020年6月份就诊人次较去年同期减少，因此区、市医保费用总额呈下降趋势，但均次费用均较去年同期增幅过大。请各科室加大力度做好医保总额付费控制工作，**务必严控本科均次费用!**

四、医保管理运行情况

1、本月进行出院结算的居民医保患者为1182人次，较上月911人次增加29.75%。居民医保双向管理执行情况良好，对符合出院条件的患者能及时进行出院结算并完成下转社区的工作，所抽查的科室能及时对出院患者进行随访。

2、各科基本医疗保障管理相关制度和相应保障措施执行情况良好，均能按医保规定进行“先诊疗后结算”，优先推荐基本医疗、优先使用基本药物。大部分能按规定填写各类知情同意书（如乙类药物、自费药物、特检特治治疗项目等），总体情况运行良好。

3、本月医保满意度为93.24%，说明近期医保服务意识较强。请各科认真落实医保的各项政策和要求，强化服务意识，提高服务水平，严把政策关，从细节入手，加强医保管理工作。

五、整改措施和近期医保工作安排

1、本月大部分科室医保病历质量保持良好，总体问题表现为“超医保限定范围用药”、“不合理收费”、“不合理检查、治疗及用药”等问题。请各科室加强医保管理，针对此类问题进行梳理和整改，合理并规范用药及治疗（特别是医保限制性用药，需严格掌握适应症）杜绝类似问题再次发生，有效降低医保违规率，减少不必要的处罚。

2、接接自治区、南宁市医保局通知，根据《药品目录》中对谈判药品的说明，**托伐普坦、拉帕替尼、氟维司群、重组人干扰素β-1b等4个谈判药因协议到期，自7月1日起调整为自费药品。**相关文件及药品目录已发OA公告通知，请各科室组织科内人员学习，严格在限制性使用范围内用药，并在病程中予以记录说明。

3、目前，2020年“打击欺诈骗保、整治医疗乱象”专项活动工作

已全面开展，并作为常态化工作。请各科室继续针对2020年5月22日财务科物价办在OA公告通知转发的《关于做好“南宁市社会保险事业局2020年打击欺诈骗保专项治理工作”的通知》中附件《广西壮族自治区医疗保障基金监管违规问题清单（第一批）》里的违规明细，认真组织开展本科室的自查自纠工作，务必重视医疗管理，特别是药品、耗材、医疗服务项目的管理工作，对本科室前期出现的药品溢库、耗材溢库的问题，认真查找原因并及时整改，特别是耗材一品多规、溶媒药品溢库等情况，要重点排查整改，有效减低和杜绝溢库现象。对医疗项目收费内涵，有不清楚或不明晰之处，请及时与财务科物价办、医保科反馈，杜绝分解收费、重复收费等违规行为，确保合理合规提供医疗服务与收费。

4、按上级医保局工作部署，广西各统筹地区将于今年8月底前启动三级定点医院DRG付费结算模拟运行，9月份开始正式实施三级定点医院DRG付费结算。为顺应DRG付费工作的开展，我院于本月组织院内进行“疾病诊断相关分组（DRG）付费方式”培训，相关培训课件已发OA公告通知，请各科室组织科内人员学习，尽快掌握基础的DRGs相关理论知识，熟悉DRG规则，顺应医保支付方式改革，做到规范诊疗，合理收费。

5、各科室要把医保工作纳入长效管理机制，严格按医保协议为参保人员提供医疗服务。按区医保局统一部署，将在2020年9月正式启动DRG付费工作，医保付费方式改革已经提上日程，现各项工作均在有序的推进中。在未调整付费方式之前，将继续沿用原总额控制（重点控均次费用和人次人头比）的模式进行付费，请各科继续严格控制住院均次费用，形成保障我院可持续发展的共识，而不是短期经济效益的行为。希望各科室继续发扬优点，加强沟通，对科室存在的问题及时向医保科反馈，协调解决。医保科将继续大力支持科室合理性、规范化创收。

