医院医保预警监控系统功能预设及预期效果

建设一套医院医保预警分析系统，以提升我院医保精细化管理为出发点，构建医保基金使用风险预警体系，实现医院整体管理提升、持续优化和创新，同时，以医疗服务质量和绩效考核为业务管理目标，推动医疗服务规范化和预警模式创新，建立科学化和规范化的内部管理长效机制，满足院内医保管理控制和医保管理辅助决策的需求。

一、功能预设

本项目计划覆盖全院门诊和住院诊疗服务的医保费用监管，利用权威的知识规则库，使用高效精准智能化的规则引擎开展医保违规分析，实现事前提醒、在院监控和事后审核的全流程医保费用闭环管理：

**（一）知识规则库**

提供医保知识库、诊疗知识库、药品耗材知识库等，知识来源于国家医保局、国家卫健委相关权威机构发布的规范，以及高校、研究所和国外权威机构公认的知识标准、文献。规则库基于国家医保局基线版本，支持省、市医保机构本地化监管需求的动态更新，涵盖各级飞行检查及专项治理的经验。

**（二）事前提醒**

通过与医疗机构信息系统实时对接，在医生下达处方医嘱、护士补录费用销药时对过度医疗行为、医保政策类违规行为、虚假就医购药行为等做出预警提醒，构建违规行为事前预警“防火墙”，帮助医院医护人员提前发现违规问题并及时整改，将定点医药机构违规风险降到最低，避免事后处罚拒付扣款。

**（三）在院监控**

针对在院患者单次医疗服务而进行的每天监控审核。通过医院HIS系统与预警分析系统之间每天对住院患者的诊疗信息同步，基于单据进行分析，次日展示违规结果，供医院监控人员对医疗服务过程进行的持续跟踪和及时纠错。针对单据进行有重点的规则审核。

**（四）事后审核**

针对门诊和住院患者在离院后的诊疗数据，从行为和项目维度进行分类审核，以单据维度展现违规信息，并将监控审核结果与考核评价管理及流程进行联动，并结合统计分析工具发现医疗机构管理漏洞，为医院医保违规行为的自查自纠和全面管理提升提供依据。

三、预期效果

通过医保预警分析系统的建设，实现我院的医保基金精细化管理目标，构建事前、事中、事后全流程诊疗服务的闭环管理，提升我院医保基金的使用效率，降低医保基金使用风险。医保预警分析系统可为我院带来以下几个方面的有效提升：

**（一）医院医保快速协同**

提供医保知识库本地化服务，实现医保政策知识持续更新和同步服务，协助医院深入了解各类医保控费规则、指标及违规行为特征。

**（二）完善院内基金预警体系**

通过事前提醒、在院监控、事后审核，实现我院内部自查自纠，有效降低医保违规拒付及处罚的风险。

**（三）医保费用分析及决策**

对违规数据进行统计分析，按不同分析维度和多种展现形式体现各时间段内规则违规情况，帮助使用者实时了解医院就医质量，为领导层预判和决策提供科学数据分析。