12月23日，记者从国家医保局获悉，针对部分地区医疗机构以“医保总额不足、医保规定住院天数上限、开药天数上限等”为由，推诿拒收参保患者、强制患者中途出院、拒绝为符合条件的慢病患者开“长期处方”等问题，国家医保局发文要求加以排查整治。

近日，国家医保局印发了《关于全面排查并取消医保不合理限制的通知》，要求聚焦群众痛点，突出重点问题排查，形成问题清单，在深入分析原因的基础上明确解决措施。

重点排查医保是否存在不合理限制和要求问题

《通知》要求，重点排查医保在协议管理、预算管理、审核结算、考核评价、基金监管等方面，是否存在不合理限制和要求，直接或间接导致医疗机构在为参保人员提供医疗服务过程中，产生不方便甚至损害参保人员利益的行为。

例如，是否存在医保对定点医疗机构年度总额预算/总额控制不科学不规范且缺乏合理调整机制的问题，导致定点医疗机构因医保年度支付限额推诿病人，尤其是年底前以额度不足或用完为由推诿病人；是否存在医保对参保患者住院天数作出具体限制的问题，导致医疗机构不得不中途要求患者出院，或分解住院等。

《通知》还要求，排查是否存在医保对参保患者用药规定具体天数或金额上限的问题，导致医疗机构不能根据病情需要为慢性病患者开出长期处方等；是否存在医保对住院、门诊次均费用、药占比等进行具体限制的问题，导致医疗机构不用临床价值高、患者急需的药品等；是否存在医保管理的其他问题，导致医疗机构限制群众看病、住院、取药等。

《通知》提出，各地医保部门需采取深入座谈走访、利用信访渠道、加强舆情监测等多种途径，立即全面广泛深入组织排查上述问题。

明确问题性质分类解决，加强基金监管、加大查处曝光力度

国家医保局要求，针对问题清单，全面深入梳理医保现行制度政策措施。侧重分析医保协议管理、预算管理、审核结算、考核评价等方面存在的不合理限制问题。

对于问题产生的原因，国家医保局要求明确问题的性质、问题的层级和问题的主体。如，到底是国家或省级还是统筹地区的问题；是医保部门的问题，还是其他部门的问题，或是医疗机构执行中的问题。

对于医保部门的问题，属于制度政策的，要立即着手制度政策改革完善；属于工作不落实或执行走样的，要立即整改落实纠偏。属于省级医保部门责任的，省级医保部门要抓紧研究，限时完善政策措施；属于国家医保局责任的，要形成书面意见上报；属于其他部门或医疗机构的问题，要向社会作好解释，并立即准确向相关部门反映，提出意见建议。属于违法违规甚至欺诈骗保的，要加强基金监管，加大查处曝光力度。

国家医保局要求，统筹地区医保部门针对以上问题和要求立即开展自查自纠，于2022年12月底前完成排查工作，形成问题清单，认真研究，逐一落实整改措施。能立行立改的要迅速改正、限时办结；需深入研究出台政策的，要明确时间表责任人；需协调相关部门的，要积极主动沟通协调；需加强基金监管的，要有针对性加强监管。

释疑‍

国家医保局相关负责人谈“排查并取消医保不合理限制”的五方面问题

针对国家医保局印发的《关于全面排查并取消医保不合理限制的通知》，国家医保局医药服务管理司相关负责人就文件出台的背景、开展排查的法律法规和政策依据是什么、开展排查的主要内容是什么、这次排查活动的具体工作要求有哪些，以及具体工作进度安排是什么等五方面问题作出解答。

以“医保总额不足、医保规定住院天数上限”等为由损害参保群众利益

近年来，国家医保局按照党中央、国务院要求，以人民健康为中心，大力推进制度、机制和管理服务方式改革，出台一系列便民、利民政策措施，参保群众获得感不断增强。然而，从部分网络媒体、群众来信来访等反映看，仍有部分地区医疗机构存在推诿拒收参保患者、强制患者中途出院、拒绝为符合条件的慢病患者开“长期处方”等问题，理由是医保总额不足、医保规定住院天数上限、开药天数上限等。

“这些问题，直接影响参保群众的获得感。但从我们核查情况看，绝大多数情况下当地医保部门要么并无此类规定，要么仅仅是照搬了其他相关部门的有关规定。”该负责人说，为贯彻落实党的二十大精神，坚持人民至上、坚持问题导向，针对这些群众急难愁盼问题，医保部门有必要立足自身职能职责，开展一次集中排查清理活动，缓解直至解决此类问题。

对于此次排查整治的法律依据，该负责人介绍，《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，定点医药机构及其工作人员应当按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，不得分解住院，不得分解处方、超量开药、重复开药，不得分解项目收费等。《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》也规定，定点医疗机构及其工作人员应当按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务。定点医疗机构按照协议执行医保总额预算指标，执行按项目、按病种、按疾病诊断相关分组、按床日、按人头等支付方式。不得以医保支付政策为由拒收患者。

统筹地区医保部门开展自查自纠 今年年底前落实整改措施

这位负责人表示，根据群众反映以及前期调研情况，本次排查重点聚焦群众最为关心的五个问题。五个问题可以分为三类：一是住院医疗服务方面，是否存在医保对定点医疗机构年度总额预算/总额控制不科学不规范且缺乏合理调整机制，以及是否存在对患者住院天数作出具体限制，导致推诿病人、分解住院等情况。二是门诊医疗服务方面，是否存在医保对参保患者用药规定具体天数或金额上限，导致医疗机构不能或不便于开具长期处方。三是医保考核管理精细化方面，是否存在医保直接搬用有关部门管理指标作为医保部门管理指标，如住院、门诊次均费用、药占比等，导致医疗机构及参保人员误认为是医保部门的管理规定。

《通知》对完成好工作任务，提出了具体的工作要求。要求找出找准问题，要自下而上，深入群众，通过座谈走访、信访渠道、舆情监测以及监测监管等多种渠道发现问题，形成问题清单。

据介绍，按照《通知》部署，排查工作将分三个阶段进行。2022年12月底前，统筹地区医保部门开展自查自纠，形成问题清单，根据具体情况逐一落实整改措施。2023年1月31日前，省级医保部门汇总全省情况，形成全省排查和取消医保不合理限制的整改情况报告。2023年2月底前，国家医保局开展工作督导和调度，通过多种渠道了解各地排查及整改实际情况，进行工作总结。对有突出成效的地区予以表扬和肯定，对未解决实际问题、走过场的地区进行通报批评。

记者｜吴为

编辑｜刘梦婕 刘茜贤

校对｜李立军