

राजस्थान सरकार
राजस्थान स्टेट हैल्थ एश्योरेन्स एजेन्सी
(चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण सेवाएं)
आर.टी.डी.सी. मुख्यालय (स्वागतम होटल परिसर) रेल्वे स्टेशन, जयपुर

क्रमांक एफ 1008()/एबी-एमजीआरएसबीवाई/मॉनिटरिंग/2021/382 दिनांक: 25-2-2021

श्री आर.के.जेन

क्षेत्रीय प्रबंधक

दी न्यू इंडिया एश्योरेन्स कंपनी

जयपुर।

E-mail: dv.jund@newindia.co.in

विषय:- आयुष्मान भारत महात्मा गांधी राजस्थान स्वास्थ्य बीमा योजनान्तर्गत (एबी-एमजीआरएसबीवाई) के अन्तर्गत अस्पताल निरीक्षण करने के सम्बन्ध में।

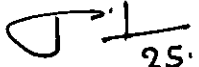
उपरोक्त विषयान्तर्गत लेख है कि आयुष्मान भारत महात्मा गांधी राजस्थान स्वास्थ्य बीमा योजनान्तर्गत सम्बद्ध अस्पतालों द्वारा प्रेषित किये गये क्लेमस एवं कार्यप्रणाली की ऑडिट/निरीक्षण का प्रावधान है। उक्त संदर्भ में निम्न निर्देश जारी किये जाते हैं-

1. ऑडिट का कार्य बीमा कम्पनी के अधिकारियों एवं बीमा कम्पनी द्वारा अधिकृत ऑडिटर्स द्वारा किया जायेगा।
2. बीमा कम्पनी को प्रत्येक जिले में कम से कम एक ऑडिटर नियुक्त करना होगा, आवश्यकता होने पर इनकी संख्या बढ़ाई जा सकती है। बीमा कम्पनी ऑडिट के लिए अधिकृत ऑडिटर्स की सूची राजस्थान स्टेट हैल्थ एश्योरेन्स एजेन्सी को उपलब्ध करवायेगी।
3. ऑडिट कार्य का पर्यवेक्षण मोबाईल एप के माध्यम से किया जायेगा जिसे बीमा कम्पनी द्वारा राजस्थान स्टेट हैल्थ एश्योरेन्स एजेन्सी के निर्देशन में तैयार करवाया जायेगा।
4. बीमा कम्पनी द्वारा ऑडिट की रूपरेखा इस प्रकार बनानी होगी कि एक वर्ष में प्रत्येक जिले का प्रत्येक अस्पताल की कम से कम एक ऑडिट की जा सके। इस हेतु ऑडिट कार्यक्रम तैयार कर हॉस्पिटल ऑडिट से पूर्व मुख्य कार्यकारी अधिकारी, आरएसएचएए/संयुक्त मुख्य कार्यकारी अधिकारी, आरएसएचएए को सूचित किया जायेगा।
5. बीमा कम्पनी द्वारा ऑडिट की विस्तृत प्रक्रिया राजस्थान स्टेट हैल्थ एश्योरेन्स एजेन्सी के अप्रूवल के लिए साझा की जायेगी। ऑडिट की प्रक्रिया में अस्पताल की विजिट से पूर्व ऑडिटर अस्पताल के आंकड़ों की जांच करेंगे एवं ऑडिट का कार्य अस्पताल के चिकित्सक/उपचार करने वाले चिकित्सक की उपस्थिति में की जायेगी।
6. ऑडिटर मरीज के रिकॉर्ड एवं जांच रिपोर्ट आदि दस्तावेज देख सकेंगे एवं चिकित्सक के साथ ट्रीटमेंट प्लान पर चर्चा कर सकेंगे परन्तु ऑडिटर मरीज के इलाज के संबंध में कोई राय/टिप्पणी नहीं करेंगे।
7. बीमा कम्पनी द्वारा आरएफपी में निर्धारित समय सारणी एवं संलग्न लक्ष्य के अनुसार ऑडिट का कार्य सम्पन्न कर रिपोर्ट राजस्थान स्टेट हैल्थ एश्योरेन्स एजेन्सी को ऑनलाइन ही प्रस्तुत करनी होगी। इस हेतु बीमा कम्पनी द्वारा आवश्यक आई.टी. प्लेटफॉर्म विकसित किया जायेगा। निर्धारित मानकों के अनुसार ऑडिट नहीं की जाने पर आरएफपी के प्रावधानों के अनुरूप बीमा कम्पनी द्वारा पैनल्टी देय होगी।
8. ऑडिट के कार्य के लिए ऑडिटर का कम से कम एम.बी.बी.एस योग्यता धारी होना आवश्यक है, आवश्यकता होने पर स्पेशलिस्ट की मदद ली जा सकती है। एलोपैथी के अतिरिक्त किसी अन्य डॉक्टर को निरीक्षण की अनुमति प्रदान नहीं की जायेगी।

T

9. बीमा कम्पनी द्वारा ऑडिटर्स को ऑथराइजेशन पत्र एवं फोटो पहचान पत्र जारी किया जायेगा। हॉस्पिटल ऑडिट के दौरान ऑडिटर्स की टीम के प्रत्येक सदस्य के पास बीमा कम्पनी द्वारा जारी किया गया ऑथराइजेशन पत्र एवं फोटो पहचान पत्र होना चाहिए। फोटो पहचान पत्र एवं ऑथराइजेशन पत्र के अभाव में अस्पताल निरीक्षण के लिए मना कर सकता है।
10. निरीक्षण के समय अस्पताल एवं निरीक्षणकर्ता दोनों की संयुक्त रिपोर्ट तैयार की जायेगी तथा प्रत्येक को अपना पदनाम एवं शैक्षणिक योग्यता अंकित करनी होगी।
11. किसी भी अस्पताल में पाई गई अनियमितताओं को संयुक्त रिपोर्ट में स्पष्ट रूप से अंकित किया जाना चाहिए तथा यदि अस्पताल में कोई भी अनियमितता नहीं पाई जावे, तब भी स्पष्ट रूप से तदनुसार ऐसा अंकित किया जाना चाहिए।
12. ऑडिट में पायी गई अनियमितताओं के संबंध में अपने स्तर पर पूर्ण जांच करने के बाद सम्पूर्ण प्रमाण के साथ ही बीमा कम्पनी द्वारा अस्पताल को कारण बताओं नोटिस देने की अनुशंसा की जाये।
13. किसी भी अस्पताल को कारण बताओं नोटिस देने की अनुशंसा करते समय जिस आधार पर आक्षेप लगाये गये हैं उनको साथ में लगाना होगा। आवश्यकता होने पर निरीक्षणकर्ता को जिला परिवेदना निस्तारण कमेटी एवं राज्य परिवेदना निस्तारण कमेटी में बयान देने के लिए प्रस्तुत करना होगा।
14. निरीक्षण के समय मरीज की सेहत का भी ध्यान रखना होगा। मरीज के विश्राम के समय अनावश्यक रूप से परेशान नहीं किया जाना चाहिए तथा रात्रि में देरी से भी निरीक्षण नहीं किया जावे।

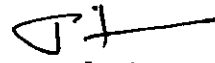
संलग्न: ऑडिट रिपोर्ट की समय सारणी, निर्धारित लक्ष्य एवं केपीआई।


25.2.21
(काना राम)

संयुक्त मुख्य कार्यकारी अधिकारी
राजस्थान स्टेट हैल्थ एश्योरेंस एजेंसी

क्रमांक एफ 1008()/एबी-एमजीआरएसबीवाई/मॉनिटरिंग/2021/382 दिनांक: 25-2-2021
प्रतिलिपी निम्न को सूचनार्थ-

1. निजी सचिव, शासन सचिव, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग, जयपुर।
2. निजी सहायक, मुख्य कार्यकारी अधिकारी, आरएसएचएए, जयपुर।
3. निजी सचिव, जिला कलक्टर, समस्त जिले।
4. संयुक्त निदेशक/उप निदेशक, चिकित्सा एवं स्वास्थ्य सेवायें (समस्त संभाग)।
5. अधीक्षक, मेडिकल कॉलेज अस्पताल, समस्त।
6. मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी, समस्त जिले।
7. प्रमुख चिकित्सा अधिकारी, समस्त जिला अस्पताल, उप जिला अस्पताल, सैटेलाईट अस्पताल।
8. उप/अतिरिक्त मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी (नोडल अधिकारी, एबी-एमजीआरएसबीवाई), समस्त जिले।
9. सम्बद्ध निजी एवं सरकारी अस्पताल, समस्त जिले।
10. जिला कार्यक्रम प्रबंधक, एनएचएम एवं अरबन हैल्थ प्लानिंग कन्सल्टेंट, समस्त जिले।
11. प्रभारी, सर्वर रूम को संबंधित को ई-मेल कराने हेतु।


संयुक्त मुख्य कार्यकारी अधिकारी
राजस्थान स्टेट हैल्थ एश्योरेंस एजेंसी

Annex 2.10 Key Performance Indicators

	KPIs	Time Frame	Penalty
1	Setting up of a State Project Office and Appointment of Project Head and other Staff (to be specified by SHA) for co-ordination and Scheme implementation	30 days after signing of Insurance Contract.	Rs. 25,000 per week and part thereof.
2	Establishment of District Offices	30 days after signing of Insurance Contract.	Rs. 5,000 per week (per district office) and part thereof.
3	Claims-related Activities:		
	a. Pre-authorisation	6 hours for emergency cases and 12 hours for all other cases;	Automatic approval post 6 and 12 hours for emergency and non-emergency cases respectively.
	b. Scrutiny and Claim approval from EHCP	Within 15 days of claim submission for the first time excluding the days when the claim is pending with the network hospital.	If the Insurer fails to make the Claim Payment within a Turn-around Time of 15 days for a reason other than a delay by the RSHAA in making payment of the Premium that is due and payable, then the Insurer shall be liable to pay a penal interest to the EHCP at the rate of 1% of the Claim amount for every 15 days of delay beyond the 30-day period.

7	Completing minimum audit targets - both claims and medical audits	Specified number of medical and claims audit reports to be submitted in the reporting quarter.	Rs. 10,000 for each audit report not submitted as per plan.
8	Timely submission of a specified minimum audit reports on a quarterly basis – both claims and medical audits <i>(To be implemented only when the IT Platform has developed the capability of allowing online filing of these reports)</i>	Specified number of medical & claims audit reports to be submitted within 10 days† of completing the audit.	Rs. 10,000 for each audit report not submitted in time.
9	If premium refund is not made by the Insurer to the RSHAA within 60 days of the communication for refund sent by the RSHAA to the Insurer	1% penal interest for every week of delay or part thereof and if not received within 60 days, penal interest to be recovered through legal means	

4	Delays in compliance to orders of the Grievance Redressal Committee (GRC)		<p><i>If the DGC (if there is no appeal) or SGRC directs the Insurer to pay a claim amount, the Insurer shall pay the amount within 15 days. Any failure to pay the amount shall attract an interest on the delayed payment @ 1% for every week or part thereof.</i></p> <p>If the Insurer does not pay the amount within 2 months they shall pay a fine of Rs. 25,000/- for each decision of DGC not carried out and Rs. 50,000 for each non-compliance of decision of SGRC. This amount shall be remitted to the State Health Agency.</p>
5	Pre-Auth Rejection without query.		Penalty of 5% of the claim amount, payable to RSHAA.
6	If a claim is held to be wrongfully rejected by the insurer, in CRC/GRC, then a penalty shall be levied against the insurer		This penalty shall be equal to the fee that is levied on the EHCP for registering their appeal with GRC/CRC; say 5% of the claim. This shall be paid to the EHCP.

B. Objective of the Manual

This Field Investigation and Medical Audit manual has been developed by NHA to assist SHAs in developing and implementing a robust and consistent fraud investigation and medical audit system to detect, prevent, deter any fraud losses under PM-JAY in different stages – from beneficiary identification to Pre-authorization/Claims submission and payment. All agencies involved in PMJAY implementation must adopt standard practices, formats for data capture and integration with core Transaction Management System to help in meaningful reporting and analysis. The SHAs are also required to submit monthly reports on anti-fraud measures with results achieved thereof.

C. Minimum Requirements for Audit and Investigations

The Anti-Fraud Guidelines developed by NHA specifies the minimum samples for audits to be conducted under AB-PMJAY. The same are outlined in Table 2 below:

SI No	Audit Type	Sample for Insurer / TPA / ISA / SHA Trust (without TPA) Audit *	Sample for SHA Audit (only in case of states with Insurer / TPA)*	Objective	Ownership
1	Medical Audit (Desk Audit/ field audit)	5% of total cases hospitalised	2% direct audit +2% of audit done by the Insurer / TPA /ISA	Establish medical necessity and do an objective review of the medical facts related to claim to ascertain the quality of care given.	SAFU
2	Beneficiary Audit (At Hospital/ At Home)	3% of total cases hospitalised	2% direct audit +2% of audit done by the Insurer/TPA /ISA	Establish eligibility, identity of the beneficiary to detect any cases of impersonation, ascertain if claimed procedure was actually performed and level of satisfaction.	SAFU

3	Mortality Audit	100%	100%	Identify and verify any gaps in clinical care & patient safety impacting morbidity and mortality of the beneficiary.	SAFU
4	Tele Audit (Beneficiary feedback)	5% of total cases hospitalised	2% direct audit +2% of audit done by the Insurer/TPA /ISA	Beneficiary Feedback on free service, Utilization of benefit and overall experience	SHA Operations
5	Pre-authorisation Adjudication Audit	5% of total pre-authorisations across disease specialties	2% direct audit +2% of audit done by the Insurer/TPA /ISA	Ensure that the Pre-authorization process is being followed diligently at all levels	SHA Operations
6	Claims Adjudication Audit	5% of total claims approved	2% direct audit +2% of audit done by the Insurer/TPA /ISA	Ensure that the claims adjudication process is being followed diligently out at all levels	SHA Operations
7	Claims Audit (rejected claims)	-	100%	Verify if the rejection of the preauths/ claims is justified and the reason thereof	SHA Operations

* Note: For the purpose of computing above audit percentages, cases from public hospitals shall be excluded. SHA may give directions regarding inclusion of cases from public hospitals for the audits.

This manual deals with Medical Audit, Beneficiary audit, and Mortality Audit which fall under the purview of field investigation and medical audit. Hospital Audit deals with hospital quality audits by the Hospital Network and Quality Assurance team. Tele Audit (Beneficiary feedback), Pre-authorisation Adjudication Audit, Claims Adjudication Audit and Rejected Claims Audit are related to adjudication process audit and are detailed in Adjudication Manual and conducted by Operations team.

- d. Seamless integration of the centralised AB- PMJAY IT platform with State level servers shall ensure real time alerts to the RSHAAs for immediate intimation to the Insurer and for detailed investigations.
- e. For all trigger alerts related to possible fraud at the level of EHCPs, the Insurer shall take the lead in immediate investigation of the case in close coordination and under constant supervision of the RSHAA.
- f. Investigations pursuant to any such alert shall be concluded within 15 days as far as possible and all final decision related to outcome of the Investigation and consequent penal action, if the fraud is proven, shall vest solely with the RSHAA.
- g. The RSHAA shall take all such decision within the provisions of the Insurance Contract and be founded on the Principles of Natural Justice.
- h. The RSHAA shall on an ongoing basis measure the effectiveness of anti-fraud measures in the Scheme through a set of indicators. For a list of such indicative (not exhaustive) indicators, refer to **Annex 2.12**.

23.Reporting Requirements

- a. The Insurer shall submit the following reports as per the scheduled provided in the table below:

No.	Report	Frequency	Deadline
(i)	Medical & Hospital Audit Reports	For each audit	Within 10 days of completing the audit
(ii)	Medical & Hospital Audit Summary Reports	Quarterly	Within 10 th day of the month following the end of the quarter
(iii)	Claims/ Utilization Summary Reports	Monthly	Within 5 th day of the month following the end of the month
(iv)	Overall Scheme Progress Reports	Monthly	Within 10 th day of the month following the end of the quarter