

乌拉特后旗医疗保障局
“双随机、一公开” 抽查工作指引

乌拉特后旗医疗保障局

“双随机、一公开”抽查工作指引

本工作指引适用于乌拉特后旗医保部门组织实施“双随机、一公开”抽查事项的现场检查，依法开展对定点医疗机构、定点零售药店等各类检查对象医保基金使用情况的监督检查。

一、抽查事项

- (一)对定点医疗机构医保基金使用情况的监督检查；
- (二)对定点零售药店医保基金使用情况的监督检查。

二、检查流程

(一)检查准备

通过“双随机、一公开”监管工作平台，从检查对象名录库和执法检查人员名录库中，随机抽取检查对象和执法检查人员，并进行随机匹配。

(二)现场检查

现场检查人员不得少于2人，并应当主动出示行政执法证件，向检查对象发放检查告知书，告知配合检查的相关要求，规范做好检查记录，检查事项全部完成后，要求被检查对象在检查表上签字盖章予以确认。

(三)结果认定

检查结果的类型包括：未发现问题、发现问题已责令改正、不配合检查情节严重、发现问题待后续处理。

- 1、通过此次抽查所匹配的抽查事项的检查，未发现

违反本指引所列法律法规的，可认定为“未发现问题”。

2、对检查发现的违反本指引所列法律法规的行为，通过指导、提示、告诫等方式要求企业当场改正，且已当场改正的，可认定为“发现问题已责令改正”。

3、有以下情形之一的，可认定为“不配合检查情节严重”：

(1) 拒绝检查人员或其委托的专业机构进入被检查场所的；

(2) 拒绝向检查人员或其委托的专业机构提供相关材料的；

(3) 其他阻扰、妨碍检查工作的行为，致使检查工作无法正常进行的。

4、对检查发现的违反本指引所列法律法规的行为，不能通过指导、提示、告诫等方式现场纠正，需进一步调查处理的，可认定为“发现问题待后续处理”。经进一步调查确定没有问题的，将检查结果修改为“未发现问题”。经进一步调查，确实存在违反本指引所列法律法规的行为，且通过立案调查等方式进行了处理的，检查结果不变。

(四) 审核公示

按照“谁检查，谁录入，谁公示”的原则，检查工作结束之日起20个工作日内，将抽查情况及处理结果录入内蒙古自治区“双随机、一公开”监管工作平台，并在“国家企业信用信息公示系统”网站公开公示。

三、检查内容

(一)对定点医疗机构医保基金使用情况的监督检查。检查定点医疗机构及其工作人员以下行为：

- 1、分解住院、挂床住院、诱导住院；
- 2、过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务；
- 3、重复收费、超标准收费、分解项目收费；
- 4、串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；
- 5、诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，串通他人虚开费用单据；
- 6、伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料；
- 7、将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算；
- 8、为非定点医疗机构提供刷卡记账服务；
- 9、虚构医疗服务项目及其他违法违规行为；
- 10、“三假”欺诈骗保行为：“假病人”，“假病情”，“假票据”；

(二)对定点零售药店医保基金使用情况的监督检查。检查定点零售药店及其工作人员以下行为：

- 1、聚敛盗刷医保卡，套取现金，串换药品、医用耗材；
- 2、诱导、协助他人冒名或者虚假购药，提供虚假证明材料串通他人虚开费用单据；
- 3、伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料；

4、为参保人员利用其享受医疗保障服务待遇的机会转卖药品，享受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；

5、为非定点零售药店提供刷卡记账服务，诱导参保人员购买营养保健品、化妆品、生活用品及其他违法违规行为。

四、检查依据

(一)《医疗保障基金使用监督管理条例》第六条。

国务院医疗保障行政部门主管全国的医疗保障基金使用监督管理工作。国务院其他有关部门在各自职责范围内负责有关的医疗保障基金使用监督管理工作。

县级以上地方人民政府医疗保障行政部门负责本行政区域的医疗保障基金使用监督管理工作。县级以上地方人民政府其他有关部门在各自职责范围内负责有关的医疗保障基金使用监督管理工作。

(二)《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条至第四十条。

第三十八条 定点医药机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；造成医疗保障基金损失的，责令退回，处造成损失金额1倍以上2倍以下的罚款；拒不改正或者造成严重后果的，责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理：

1、分解住院、挂床住院；

2、违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务；

3、重复收费、超标准收费、分解项目收费；

4、串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；

5、为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；

6、将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算；

7、造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

第三十九条 定点医药机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；拒不改正的，处1万元以上5万元以下的罚款；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理：

1、未建立医疗保障基金使用内部管理制度，或者没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作；

2、未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料；

3、未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据；

4、未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息；

5、未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息；

6、除急诊、抢救等特殊情形外，未经参保人员或者其

近亲属、监护人同意提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务；

第四十条 定点医药机构通过下列方式骗取医疗保障基金支出的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额 2 倍以上 5 倍

以下的罚款；责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以上 1 年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务，直至由医疗保障经办机构解除服务协议；有执业资格的，由有关主管部门依法吊销执业资格：

1、诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据；

2、伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料；

3、虚构医药服务项目；

4、其他骗取医疗保障基金支出的行为。