

郑州市医疗保障局文件

郑医保办〔2021〕26号

郑州市医疗保障局 关于开展规范使用医保基金行为专项治理检查 工作的通知

各开发区管委会医保管理部门，各区县（市）医疗保障局，市医保中心，各有关单位：

为持续深入开展规范使用医保基金行为专项治理，严肃查处违规使用医保基金行为，维护医保基金安全，根据《郑州市医疗保障局全市持续深入开展规范使用医保基金行为专项治理工作方案》（郑医保办〔2021〕12号）、《郑州市医疗保障局关于印发2021年度“双随机、一公开”监管抽查计划的通知》（郑医保办〔2021〕3号）和《郑州市医疗保障局关于调整2021年度“双随

机、一公开”监管抽查事项清单和抽查计划的通知》（郑医保办〔2021〕19号）要求，决定对全市定点医药机构进行全覆盖检查。现通知如下：

一、目标任务

按照现场检查全覆盖的要求，以日常监督检查、专项检查、“双随机、一公开”抽查等形式在全市范围内深入开展专项治理，做到发现一起，严肃查处一起。通过持续巩固“全覆盖、无禁区、零容忍”监管高压态势，不断将规范使用医保基金行为专项治理向纵深推进，捍卫医保基金安全。

二、工作内容

（一）检查重点。按照《郑州市医疗保障局全市持续深入开展规范使用医保基金行为专项治理工作方案》（郑医保办〔2021〕12号）明确的治理重点，重点检查两类问题：

1. 一般性违规问题。包括分解住院、挂床住院；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；重复收费、超标准收费、分解项目收费；串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；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；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等问题。

2. 欺诈骗保问题。包括诱导、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；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;虚构医药服务项目等“假病人”“假病情”“假票据”的“三假”欺诈骗保问题。

(二) 检查范围。2021年10月底前,完成全市所有定点医药机构的现场检查任务。检查范围为2019年以来纳入医保基金支付范围的所有医疗服务行为和医疗费用(已经检查过的时间段不再重复检查)。

(三) 责任分工。市本级负责二类及以上定点医疗机构的现场检查工作,区县(市)负责辖区内一类及以下定点医疗机构和定点零售药店的现场检查工作。

(四) 组织方式。全市各级医保行政部门负责组织实施,统筹经办机构力量,结合经办机构稽核目标任务和“双随机、一公开”抽查工作要求,按照省局制定的现场检查清单,对所辖所有定点医药机构开展现场检查。医保行政部门的执法检查 and 医保经办机构的协议检查同步开展。

三、检查分组

在全市持续深入开展规范使用医保基金行为专项治理工作领导小组领导下,市医保局副局长邹庆明同志牵头负责,抽调人员组建市级检查组,按照责任分工对二类及以上定点医疗机构进行检查。分组名单如下:

第一组: 带队领导 邹庆明
行政 李云杰

经办 罗建辉 师兆祥 张雅平 党春晖

第二组：带队领导 王进兴

行政 陈新磊

经办 王帆 牛涛 曹阳 郑要强

为增强现场检查力量，通过购买服务的方式引入第三方专业力量，在市级检查组领导下协助开展检查工作。

市纪委监委驻市卫健委纪检监察组对检查工作进行监督。

四、工作要求

（一）高度重视。持续深入开展规范使用医保基金行为专项治理是 2021 年医保基金监管工作重点内容，定点医药机构全覆盖现场检查情况决定着专项治理工作的最终成效。各单位务必高度重视，坚持“一把手”负责制，结合当地实际，认真安排部署，精心组织实施，积极稳妥推进。

（二）严守纪律。检查工作要严格遵守国家法律法规、保密规定、廉政纪律和检查相关规定，严禁利用工作之便刁难检查对象，不得收受被检查对象的财物和宴请等。

（三）疫情防控。检查工作期间，特别是进入定点医药机构现场检查期间，要严格遵守疫情防控规定，按要求佩戴口罩，适当控制检查活动所涉及的场所和人群。

（四）做好保障。市级检查组开展工作所需费用（包括购买第三方机构服务费用等）按规定程序申请，从医保基金监管专项

经费中列支。



