

郑州市医疗保障局文件

郑医保办〔2021〕19号

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

各开发区管委会医保管理部门，各区县（市）医疗保障局，局各处室及医保中心：

根据《河南省医疗保障局关于开展医保基金“双随机、一公开”监管工作的通知》（豫医保办〔2021〕20号）要求，我们对2021年度医疗保障基金“双随机、一公开”监管抽查事项清单和抽查计划进行了调整，请按照《河南省医疗保障局关于开展医保基金“双随机、一公开”监管工作的通知》（豫医保办〔2021〕20号）和《郑州市医疗保障局关于印发2021年度“双随机、一公开”抽查计划的通知》（郑医保办〔2021〕3号）有关工作要求，认真抓好贯彻落实。

联系人：陈新磊 雷巧丽

电 话：0371-67880309

邮 箱：zzybjg@163.com

- 附件：1. 郑州市医疗保障局随机抽查事项清单
2. 郑州市医疗保障局 2021 年度“双随机、一公开”抽查计划
3. 河南省医疗保障局关于开展医保基金“双随机、一公开”监管工作的通知



序号	责任单位	抽查事项	检查对象	检查内容	事项类别	检查方式	检查部门实施层级	检查依据
2	郑州市医疗保障局	2019年以来医保定点药店基金使用情况检查	定点零售药店	一、定点医药机构是否有下列一般违法行为：（一）串换药品、医用耗材；（二）为参保人员利用其享受医疗保险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；（三）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；（四）造成医疗保障基金损失的其他违法行为。 二、定点医药机构是否有下列医疗保障基金使用管理问题：（一）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；（二）未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗记录、药品、费用明细、医保用药出入库记录等资料；（三）未按照规定通过医疗保障信息监管系统上传诊疗数据；（四）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；（五）未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息；（六）拒绝医疗保障行政部门监督检查或者提供虚假情况。 三、定点医药机构是否存在下列骗保行为：（一）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；（二）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；（三）其他骗取医疗保障基金支出的行为。 四、定点医药机构及其工作人员是否存在下列行为：（一）收受贿赂或者取得其他非法收入的；（二）违反其他法律、行政法规的；（三）违反《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，构成违反治安管理规定，或者其他构成犯罪的；（四）违反《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，给有关单位或者个人造成损失的。 五、定点医药机构是否存在下列重大违法行为：（一）违反《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，造成医疗保障基金重大损失或者其他严重不良社会影响的；（二）侵占、挪用医疗保障基金并有违法所得的。	一般检查事项	现场检查、书面检查、数据分析等	市、县（市、区）医疗保障部门	《中华人民共和国社会保险法》第七十九条、第八十一条、《医疗保障基金使用监督管理条例》第二十三条、第三十九条、第四十条、第四十二条、第四十三条、第四十四条、第四十八条

附件 2

郑州市医疗保障局 2021 年度“双随机、一公开”抽查计划

序号	抽查事项	检查依据	抽查主体	抽查对象	抽查比例	抽查方式	抽查内容	抽查时间
1	2019 年以来定点医疗机构基金使用情况检查	《中华人民共和国社会保险法》第七十九条、第八十七条 《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、第三十九条、第四十条、第四十二条、第四十三条、第四十四条、第四十八条	各级医保基金监管部门	定点医疗机构	10%	现场检查、书面检查、数据分析等	抽查事项对应清单中明确的检查内容	5-10 月份
2	2019 年以来医保定点药店基金使用情况检查	《中华人民共和国社会保险法》第七十九条、第八十七条 《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、第三十九条、第四十条、第四十二条、第四十三条、第四十四条、第四十八条	各级医保基金监管部门	定点零售药店	10%	现场检查、书面检查、数据分析等	抽查事项对应清单中明确的检查内容	5-10 月份

河南省医疗保障局文件

豫医保办〔2021〕20 号

河南省医疗保障局 关于开展医保基金“双随机、一公开”监管工作的 通 知

各省辖市、济源示范区、各省直管县（市）医疗保障局，局机关各处室、局属各单位：

为认真贯彻落实《国务院关于加强和规范事中事后监管的指导意见》（国发〔2019〕18号）、《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）以及《河南省人民政府办公厅关于印发河南省全面推行“双随机一公开”监管工作实施方案的通知》（豫政办〔2018〕50号）等有关文件精神，进一步创新医疗保障监管方式，规范医疗保障执法行为，现将开展医保基金“双随机、一公开”监管工作有关事项通知如下：

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会精神，认真落实党中央、国务院决策部署和省委、省政府工作要求，适应推进国家治理体系和治理能力现代化需要，创新监管方式，健全监管规则，落实监管责任，加快推行医疗保障领域“双随机、一公开”监督检查，构建医疗保障监管长效体制机制，推动医疗保障事业持续健康发展。

二、工作目标

探索在全省开展定点医药机构“双随机、一公开”监管，2021年底，基本实现医疗保障领域“双随机、一公开”监管常态化。推进建立健全以“双随机、一公开”监管为基本手段、重点监管为补充、信用监管为基础的新型监管机制，推进跨部门联合监管和“互联网+监管”，提升监管的公平性、规范性和有效性。

三、主要任务

（一）制定随机抽查事项清单。各统筹地区医疗保障行政部门根据《河南省医保基金监管随机抽查事项清单》（附件1），结合医保部门权责清单和监管事项目录清单，制定本统筹地区的随机抽查事项清单，明确检查对象、抽查内容、事项类别、检查方式、检查依据等，并适时进行动态调整。抽查事项清单及变动情况，应及时向社会公布，主动接受监督。检查结束后及时将检查情况录入“互联网+监管”平台。（责任单位：基金监管处、法

规和规划财务处)

(二) 建立检查对象和执法检查人员名录库。各统筹地区医疗保障行政部门要建立健全与本部门随机抽查事项相对应的检查对象名录库和执法检查人员名录库，且能够与“互联网+监管”监管对象名录库衔接。检查对象名录库应涵盖本统筹地区全部定点医药机构，内容包括：检查对象名称、统一社会信用代码、经营范围、地址等。执法检查人员名录库应涵盖本统筹地区医疗保障系统所有具有行政执法资格的执法检查人员，内容包括：姓名、单位、职务、业务专长、执法证号等。要对检查对象名录库和执法检查人员名录库实行动态管理，实时调整补充，确保名录库真实、全面、合法。(责任单位：基金监管处、法规和规划财务处、省医保服务中心、省医保统计分析中心)

(三) 制定随机抽查工作细则。各统筹地区医疗保障行政部门要结合本地实际，制定抽查细则。要合理确定抽查的比例和频次，既保证必要的抽查覆盖面和监管力度，又要防止检查过多和执法扰民。对投诉举报多、风险比较高的检查对象，要适当提高抽查比例，增加抽查频次，加大检查力度。对守法经营、信用良好、风险较低的检查对象，可适当降低抽查比例和频次。对通过投诉举报、转办交办及大数据分析发现的违法违规个案线索，要及时进行查处。要规范操作流程，采用摇号、机选等方式，随机抽取2人以上检查人员组成检查组，随机抽取匹配检查对象，并可邀请人大代表、政协委员、纪检监察部门、新闻媒体和社会监

督员等全过程监督。严格落实行政执法全过程记录制度，通过文字记录、拍照录像等方式记录抽取和检查全过程，做到随机抽查全程留痕、责任可溯。（责任单位：基金监管处、法规和规划财务处、省医保稽核中心）

（四）依法运用随机抽查结果。按照“谁检查、谁录入、谁公开”的原则，通过本部门门户网站等渠道向社会公示抽查人员、抽查过程和抽查结果，并将抽查结果、行政处罚信息推送至省公共信用信息平台。对抽查发现的违法违规行为，要综合运用司法、行政、协议等手段，依法依规加大惩处力度，形成有效震慑。对存在欺诈骗保等违法违规行为的，依法进行行政处罚。对涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。对定点医药机构违反定点服务协议的，责成医保经办机构依照协议追究违约责任。对属于其他部门管辖的，及时移交相关部门查处。（责任单位：基金监管处、法规和规划财务处、省医保服务中心、省医保稽核中心）

四、保障措施

（一）加强组织领导。推行“双随机、一公开”监管，是党中央、国务院作出的重大决策部署，是实现医保基金事中事后监管的重要内容。各地要高度重视，强化组织领导，结合本地实际，制定具体实施方案，明确任务分工和时间进度，全面开展本统筹地区“双随机、一公开”监管工作。

（二）强化宣传培训。各级医疗保障部门要充分利用传统媒介和新媒体等宣传渠道，广泛宣传“双随机、一公开”监管工

作，鼓励和引导全社会参与，强化社会监督和舆论监督，加大违法违规案例曝光力度，增强监管对象遵法守法的自觉性。要加强医疗保障执法队伍建设和培训，转变执法理念，规范执法行为，不断提升医疗保障执法能力和水平。

（三）狠抓工作落实。各地医疗保障局要根据当地实际，制订“双随机、一公开”监管实施方案及细则，建立任务台账，强化责任落实。省局将加大对各地推行“双随机、一公开”监管工作督导力度，及时研究解决工作中出现的新情况新问题，确保“双随机、一公开”监管工作有序开展。

附件：1. 河南省医保基金监管随机抽查事项清单

2. 河南省医保基金监管检查对象名录库基本信息表
（定点零售药店）

3. 河南省医保基金监管检查对象名录库基本信息表
（定点医疗机构）

4. 河南省医保基金监管检查人员库基本信息表

5. 河南省医保基金监管“双随机、一公开”抽查实施细则（试行）



（主动公开）

河南省医保基金监管随机抽查事项清单

序号	抽查事项	检查对象	抽查内容	事项类别	检查方式	检查部门及实施层级	检查依据
1	2019年以来定点医疗机构医保基金使用情况检查	定点医疗机构	一、定点医药机构是否存在下列一般违法行为：（一）分解住院、挂床住院；（二）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；（三）重复收费、超标准收费、分解项目收费；（四）串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；（五）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；（六）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；（七）造成医疗保障基金损失的其他违法行为。 二、定点医药机构是否有下列医保管理问题：（一）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；（二）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；（三）未按照规定通过医疗保障信息系统报送医疗保障基金使用有关数据；（四）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；（五）未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息；（六）陈急诊、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；（七）拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。 三、定点医药机构是否存在下列骗保行为：（一）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；（二）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；（三）虚构医药服务项目；（四）其他骗取医疗保障基金支出的行为。 四、定点医药机构及其工作人员是否存在下列行为：（一）收受贿赂或者取得其他非法收入的；（二）违反其他法律、行政法规的；（三）违反《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，构成违反治安管理规定行为，或者构成犯罪的；（四）违反《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，给有关单位或者个人造成损失的。 五、定点医药机构是否存在下列重大违法行为：（一）违反《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，造成医疗保障基金重大损失或者其他严重不良社会影响的；（二）侵占、挪用医疗保障基金并有违法所得的。	一般抽查事项	现场检查、当面检查、数据分析等	省、市、县（市、区）医保部门	1.《中华人民共和国社会保险法》第七十九条、第八十七条 2.《医疗保障基金监督管理条例》第三十三条、第三十四条、第三十五条、第三十六条、第三十七条、第三十八条、第三十九条、第四十条、第四十一条、第四十二条、第四十三条、第四十四条、第四十五条、第四十六条、第四十七条、第四十八条

序号	抽查事项	检查对象	抽查内容	事项类别	检查方式	检查部门及实施层级	检查依据
2	2019年以来定点医保药店基金使用情况检查	零售药店	一、定点医药机构是否有下列一般违法行为：（一）串换药品、医用耗材；（二）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；（三）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；（四）造成医疗保障基金损失的其他违法行为。 二、定点医药机构是否有下列医保管理制度问题：（一）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；（二）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；（三）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；（四）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；（五）未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息；（六）拒绝医疗保障行政部门监督检查或者提供虚假信息。 三、定点医药机构是否存在下列骗保行为：（一）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；（二）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；（三）其他骗取医疗保障基金支出的行为。 四、定点医药机构及其工作人员是否存在下列行为：（一）收受贿赂或者取得其他非法收入的；（二）违反其他法律、行政法规的；（三）违反《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，构成违反治安管理行为，或者构成犯罪的；（四）违反《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，给有关单位或者个人造成损失的。 五、定点医药机构是否存在下列重大违法行为：（一）违反《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，造成医疗保障基金重大损失或者其他严重不良社会影响的；（二）侵占、挪用医疗保障基金并有违法所得的。	一般检查事项	现场检查、书面检查、数据分析等	省、市、县（市、区）医保部门	1. 《中华人民共和国社会保险法》第七十九条、第八十七条 2. 《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十三条、第三十九条、第四十二条、第四十三条、第四十四条、第四十八条

附件 2

河南省医保基金监管检查对象名录库基本信息表
(定点零售药店)

序号	所在地区	名称	统一社会信用代码	医保编码	营业执照	药品经营许可证	营业场所	法定代表人姓名及身份证号	联系人	联系电话	备注

河南省医保基金监管对象名录库基本信息表

(定点医疗机构)

[illegible]

河南省医保基金监管检查人员库基本信息表

序号	所在地区	姓名	性别	工作单位	专业学历	部门岗位	职务（职称）	执法证号	执法区域	备注

河南省医保基金监管“双随机、一公开” 抽查实施细则（试行）

第一条 为深化“放管服”改革，优化营商环境，加强事中事后监管，规范医疗保障执法检查行为，根据《国务院关于加强和规范事中事后监管的指导意见》（国发〔2019〕18号）等规定要求，制定本细则。

第二条 省、市、县（市、区）医疗保障部门采用“双随机、一公开”抽查方式实施监管的，应当遵守本细则。

第三条 本细则所称“双随机、一公开”抽查，是指医疗保障行政部门和由行政部门委托的稽核经办机构对定点零售药店和定点医疗机构遵守医疗保障法律、法规、规章和政策规定情况进行监督管理，随机抽取被检查对象、随机选派检查人员，及时公布检查和处理结果的监督检查工作机制。

第四条 除投诉举报、媒体曝光、智能监控、专项检查、上级部门（单位）交办、其他部门（单位）移送以外，医疗保障行政部门依据法定职责对检查对象实施监督检查时，均通过“双随机、一公开”抽查方式进行。

第五条 “双随机、一公开”抽查工作应当遵循依法实施、全面检查、权责明确、公开透明的原则。依法实施是指随机抽查

事项均应于法有据，严格按照随机抽查事项清单组织实施，不得在清单之外设立或实施检查事项。

全面检查是指医疗保障行政部门的监督检查要与协议管理和稽查审核密切协作配合，对同一检查对象的多层级和多个检查事项、多种检查方式应联合实施、一次性完成，提高监管效能，减轻检查对象负担。

权责明确是指检查组对具体的检查过程、检查结果、公开结果应依法负责；对随机抽查中发现的问题由各级医保行政部门和稽核经办机构按照职责和“谁管辖、谁负责”的原则分别实施后续处理，防止监管脱节。

公开透明是指抽查清单、抽查计划、抽取结果、抽查检查及处理结果等应当依法公开。

第六条 省医保局负责组织、协调和指导全省医疗保障“双随机、一公开”抽查工作，牵头制定全省医疗保障系统抽查事项清单和年度抽查计划，具体实施对省本级检查对象的抽查检查。各市医疗保障局按照属地管理与分级管理相结合的原则，拟定本统筹地区的年度抽查计划和专项抽查计划，组织实施对本统筹地区检查对象的抽查。各县（市、区）医疗保障局具体负责对本辖区检查对象的抽查工作。同一检查对象，涉及多层级、多经办机构定点的，实行联合检查。

第七条 各级医疗保障随机抽查工作，通过开发“双随机、一公开”抽查系统程序或利用现有平台工具等实施。加快省、市

医疗保障信息化、标准化建设，推进医疗保障信息系统与省公共信用信息平台、国家企业信用信息公示系统（河南）和省“双随机、一公开”监管工作平台的对接。

第八条 各级医疗保障部门应当制定本部门随机抽查事项清单，明确抽查事项、检查对象、抽查内容、事项类别、检查方式、检查主体和检查依据等，并向社会公布。随机抽查事项分为重点检查事项和一般检查事项。严格控制重点检查事项的数量和一般检查事项的抽查比例。

随机抽查清单应当依据法律法规规章的立改废释、监督管理政策的调整等实际情况进行动态调整。

第九条 各级医疗保障部门应当依据随机抽查事项清单，建立检查对象名录库，统一标准内容，并根据其存续状态进行动态调整。省局将逐步建立覆盖全省的检查对象名录库。检查对象名录库，应当明确监管对象的名称、营业（执业）场所、经营范围、法定代表人、统一社会信用代码等基本信息。

第十条 各级医疗保障部门应当根据机构设置、人员配备实际，建立检查人员名录库，统一标准内容，省局将逐步建立全省范围内的检查人员名录库。检查人员名录库由本部门所有具有行政执法资格、从事监管工作的人员组成，并随人员单位变动、岗位调整等动态调整。

各级医疗保障部门可以通过政府购买服务方式聘请会计师事务所、商业保险公司等第三方机构或者医疗、财务、信息等领域

专家参与，通过听取专家咨询意见等方式辅助抽查，满足专业性、技术性抽查需要。

第十一条 各市医疗保障局应于每年一季度向省医保局提交年度抽查计划，保证必要的检查覆盖面，防止过度检查。年度抽查计划，应当包括检查对象的范围、抽查的内容及方式、抽查的比例和频次、实施检查的时间和要求等；制定具体检查方案，明确检查内容、检查标准、检查流程和检查时限。

第十二条 在同一年度内对同一检查对象的抽查次数原则上不超过两次，要合理确定定点零售药店和定点医疗机构的抽查比例。各市医疗保障局可以根据信用等级和风险类别，对投诉举报频繁、监管风险度高的定点零售药店和定点医疗机构，制定实施专项抽查计划，增加抽查频次、抽查比例。

第十三条 各级医疗保障部门通过抽查程序或现有平台工具，分别从检查对象名录库和检查人员名录库中随机摇号抽取检查对象和检查人员名单，并进行随机匹配。

建立检查人员递补抽取机制，对抽取的检查人员应依法回避或因客观原因无法参加检查的，通过再次随机摇号匹配的方式，确定递补检查人员。

第十四条 随机抽查应当按照依法行政的原则，综合采取现场检查、书面检查、网络监测、大数据分析等多种方式实施。

随机抽查可以利用其他行政执法部门作出的检查核查结果、人民法院依法作出的生效判决、仲裁机构作出的生效裁决，并可

根据需要委托会计师事务所、律师事务所、商业保险公司等第三方机构开展专业服务。

第十五条 按照“谁抽查、谁录入，谁查处、谁录入”的原则，在相关法律法规规定的时限内将抽查检查结果、查处结果录入医疗保障信息系统或省“双随机、一公开”监管工作平台、互联网+监管”平台，除涉及国家机密、商业秘密和个人隐私的内容外，抽查事项、抽查主体、抽查方式、抽查依据、抽查计划、抽查结果均通过门户网站等渠道及时向社会公开，并将抽查结果、行政处罚信息推送至省公共信用信息平台。

第十六条 各级医疗保障部门应当加大对随机抽查发现的违法违规违约行为的惩处力度，违法违规行为涉及相关部门职能的，及时移交有管辖权的行政执法部门查处；涉嫌构成犯罪的，依法移送司法机关追究刑事责任。

第十七条 开展随机抽查工作，检查人员应当严格执行法律法规规章和医保政策规定，遵守工作纪律，依法行政、廉洁执法、秉公办事、不徇私情。

检查人员不按照法律法规规章和本细则开展随机抽查，造成严重后果的，依法依规依纪追究责任。

第十八条 对用人单位参保登记的“双随机、一公开”监管，另行规定。

