2022年度医疗保障基金省级

飞行检查工作方案

为深入贯彻落实党中央、国务院和省委、省政府决策部署，根据《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）、《国家医保局 财政部 国家卫生健康委 国家中医药局关于开展2022年度医疗保障基金飞行检查工作的通知》（医保函〔2022〕24号）精神和《河北省人民政府办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见》（冀政办字〔2020〕161号）要求，创新完善基金监管方式，巩固打击欺诈骗保高压态势，严守医保基金安全红线，现决定在全省范围内组织开展2022年度医疗保障基金省级飞行检查。

一、工作目标

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历次全会精神，坚持以人民健康为中心，进一步发挥省级飞行检查的示范作用、威慑效应，聚焦重点、靶向发力，提高医保监管常态化、制度化、精细化管理水平，强化政策贯彻落实，依法查处医保领域违法违规行为，切实维护医保基金安全，保障公民医保合法权益，增进人民健康福祉。

二、检查对象

全省范围内医保定点医疗机构，视情况可延伸检查相关机构和参保人。原则上2年内接受过国家或省级飞行检查的机构不作为此次检查对象。

检查时间范围为2020年1月1日以来。

三、检查内容

对定点医疗机构血液透析、高值医用耗材（骨科、心内科）等领域纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用（包括本地接收异地就医人员结算费用），以及通过伪造医学相关资料、虚构医药服务项目等方式骗取医保基金行为进行检查。具体检查内容包括：

（一）政策执行情况

基金使用内部管理情况（包括日常监管）；财务管理情况；病历相关资料管理情况；药品和医用耗材购销存管理情况；医保目录内药品、诊疗项目和耗材使用情况；住院病人次均费用和医保报销比例情况；定点医疗机构向社会公开医药费用、费用结构等信息情况；经办机构监督检查情况（包括协议管理和日常稽核）。

（二）违法违规问题

1.违反《医疗保障基金使用监督管理条例》，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；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骗取医疗保障基金支出问题。

2.违反《医疗保障基金使用监督管理条例》和《定点医疗机构服务协议》，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（包括违规收取新冠病毒核酸和抗原检测费用）、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造成医疗保障基金损失的问题。

3.违规采购线下药品、诱导患者院外购药、未按要求采购和使用国家组织集采中选产品、倒卖带量采购药品赚取差价等违法违规问题。

四、人员组成

本次飞行检查由省医保局会同省财政厅、省卫生健康委、省中医药局等部门组成若干飞行检查组联合开展，采取大数据分析先行、医保系统监管人员为主、第三方机构为辅的模式，采取跨市（统筹区）交叉检查的方式展开检查工作。飞行检查实行组长负责制，每组人数控制在20人以内。

（一）检查人员

1.组长（1人）。由参检市医保局分管基金监管或监控稽核工作的负责同志担任，全面负责飞行检查工作。

2.副组长（1-4人）。由参检市医保局指定1名熟悉基金监管或稽核稽查的科级干部担任，参检市财政、卫生健康、中医药等部门也可各指定1名科级干部共同担任副组长，协助组长开展飞行检查工作。

3.专业人员（约10人）。参检市医保局从本地行政、经办机构中抽调6名左右业务骨干，财政、卫生健康、中医药等部门共抽调4名左右医疗专家和工作人员，负责现场检查、调查取证、沟通反馈、线索移交等。

（二）联络员

联络员（1人）由省医保局工作人员担任，负责协调开展飞行检查工作。

（三）第三方机构人员

由省医保局选派第三方机构医疗、药品、财务、信息等专业人员（5人），负责病历审核、现场检查和数据筛查分析等工作。

五、组织实施

通过抽签方式确定参检和被检市，其中定州、辛集和雄安新区3个统筹区交叉配组。视情况，邀请新闻媒体参与宣传报道。

（一）工作准备

1.制定飞行检查工作实施方案。由组长牵头制定，方案需明确检查内容、检查方式、人员分组、实施步骤等。

2.加强数据分析。结合检查重点，提前提取指定范围内医保结算数据、医院HIS系统数据等，开展前期筛查分析。

3.开展动员培训。现场检查前，组织全体检查人员学习医保政策和飞行检查工作实施方案，并就执法程序、检查重点、职责分工、工作纪律等进行培训，确保检查标准化、规范化、精细化。

（二）现场检查

检查实施时间。自2022年7月起至11月底，在全省范围内组织14组次飞行检查，实现对各市检查全覆盖，原则上每组次飞行检查开展时间不超过10天。

1.明确检查对象。飞行检查组和被检市根据疫情防控要求，采取现场或视频方式联合组织召开飞行检查启动会。根据基金支出规模随机抽取或结合有关问题线索直接确定1至2家定点医疗机构作为检查对象。

2.实施现场检查。向被检机构宣读并送达现场检查通知书后，根据实施方案开展现场检查。

3.执行反馈移交。在充分听取并研判被检机构和被检市医保局意见基础上，形成客观、公正的书面反馈意见，报省医保局审核后向被检市医保局反馈。同时，完成数据的归集和清理，并将检查资料移交被检市医保局进行后续核实处理。

（三）整改落实

被检市医保局在收到书面反馈意见30个工作日内，将整改情况以书面形式上报省医保局，并抓好后续处理、曝光等工作。省医保局将飞行检查工作情况通报相关部门，视情况，公开查处结果。根据各市整改情况或工作需要，省医保局可适时组织力量开展“回头看”。

对飞行检查发现的欺诈骗保行为一经查实，被检市医保局要在协议处理的基础上实施行政处罚，该移交相关部门的移交相关部门，符合向纪检监察机关移送范围的问题线索一律移送，切实推进对欺诈骗保责任人的多重查处并以公开曝光。做到发现一起、处罚一起、公开曝光一起。

六、工作要求

（一）履职尽责，压实主体责任。被检市医保、财政、卫生健康、中医药等部门要自觉增强政治意识，强化使命担当，切实履行监管职责，严格按照要求完成检查任务。要高度重视，认真做好迎检准备，同时压紧压实整改责任，定准落细整改措施，着重强化源头治理，借助飞行检查加快推进本地监管体制机制建设，全面提升医保基金管理水平。

（二）协同高效，依法依规检查。各相关部门应加强协作配合，充分发挥多部门联合执法优势，形成监管合力，做实问题定性，推动飞行检查取得实效。同时严格规范执法行为，对于检查中发现的问题，要查实查透，并做到有理有据，确保问题事实清楚、证据确凿。

（三）严肃纪律，做好疫情防控。参检人员应认真贯彻落实中央八项规定及其实施细则精神，严格遵守执法、安全、保密、廉洁等各项规定。不得影响被检机构正常的工作秩序，严禁利用工作之便刁难被检对象，不得接受被检对象的财物、宴请等。飞行检查工作将根据疫情防控需要适时组织开展，并由各有关部门统一作出部署安排。参检人员应严格落实疫情防控责任，遵守属地防控要求，如有不适症状及时就医，不得隐瞒病情。