武汉市医疗保障局2024年度行政

执法检查计划

按照2024年国家、省、市医保基金监管工作要点和专项整治的有关要求，市医疗保障局制定了2024年度行政检查计划，现公示如下：

　　　　　　　　　　　　　　武汉市医疗保障局

　　　　　　　　　　　　　　 2024年6月6日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2024年武汉市医保行政执法检查（“双随机 、一公开”随机抽查）工作计划表 | | | | | | | | |
| **序号** | **检查事项** | **检查对象** | **检查比例（%）** | **抽查类型** | **检查方式** | **检查内容** | **检查时间** | **检查主体** |
| 1 | 医保基金违法违规问题专项整治、医保基金使用专项检查暨定点药店专项检查 | 定点医疗机构 | 省部属、市属三级医疗机构，按10%比例抽取。2022-2023年统筹基金使用排名前20位的二级医疗机构，按10%比例抽取，门诊统筹基金使用排名前20位的一级及以下医疗机构，按10%比例抽取。 | 定向抽查 | 现场检查  （采用“双随机、一公开”方式） | 1.聚焦虚假诊疗、虚假购药、倒卖医保药品等欺诈骗保违法犯罪行为，开展严厉打击；  2.聚焦医保基金使用金额大、存在异常变化的重点药品耗材，动态监测基金使用情况，重点查处欺诈骗保行为；  3.聚焦重症医学、麻醉、肺部肿瘤、骨科、血透、心内、检查、检验、康复理疗等重点领域，全面开展自查自纠，持续推进问题整改。  4.对2019-2022年接受国家飞检的定点医疗机构进行“回头看”，重点关注以前年度检查发现的问题和风险清单问题是否仍然存在，是否整改到位。  5.加强对医疗机构是否建立了医保管理委员会的监督检查。  6.聚焦虚假购药、参与倒卖医保药品、串换药品、诱导消费、违规售药，查处违法违规使用医保基金的行为，重点检查欺诈骗保问题。  7.聚焦医保基金使用金额大、存在异常变化的重点药品，动态监测基金使用情况，重点查处欺诈骗保行为。 | 2024年12月底前 | 市级医保行政部门和市医保中心  （各区参照市级抽查比例，确定抽查对象数量） |
| 定点零售药店 | 2022-2023年举报投诉频次较高、门诊统筹基金使用排名前20位的定点药店，按10%比例抽取 | 定向抽查 | 现场检查  （采用“双随机、一公开”方式） | 2024年12月底前 | 市级医保行政部门和市医保中心  （各区参照市级抽查比例，确定抽查对象数量） |
| 定点医药机构 | 各区结算排名前3的公立、民营医院中各抽取1家，排名前3的药店抽取2家 | 定向抽查 | 现场检查  （采用“双随机、一公开”方式） | 2024年12月底前 | 市级医保行政部门和市医保中心 |
| 2 | 医疗机构综合监管联合检查 | 定点医疗机构 | 50家联合检查对象名单中的医保定点医疗机构100% | 一般检查事项 | 现场检查 | 对定点医疗机构落实医保基金使用内部监督管理主体责任和规范使用医保基金情况开展检查。 | 2024年12月底前 | 市、区医保行政部门 |
| 3 | 医保费用专项审核 | 定点医药机构 | 根据数据筛查发现的异常数据，结合基金使用排名。在每个区选取不少于2家医疗机构和2家零售药店开展检查。 | 一般检查事项 | 现场检查  非现场检查 | 门诊统筹结算费用专项检查 | 2024年12月底前 | 市医保中心、各区医保经办机构 |
| 定点医疗机构 | 根据数据分析情况，在全市范围内抽取不少于100家定点医疗机构的住院病案组织专家进行审核。 | 一般检查事项 | 非现场检查 | DRG结算费用专项审核 | 2024年12月底前 | 市医保中心、各区医保经办机构 |