

武汉市医疗保障局文件

武医保监〔2021〕4号

关于印发《武汉市 2021 年医保基金监督检查计划》的通知

各区医疗保障局，市医保中心：

现将《武汉市 2021 年医保基金监督检查计划》印发给你们，
请遵照执行。



武汉市 2021 年医保基金监督检查计划

根据国家、省、市医疗保障局 2021 年医疗保障工作要点安排，为加强医保基金监督检查，切实维护基金安全，结合我市实际，现制定武汉市 2021 年医保基金使用监督检查工作计划如下：

一、总体目标任务

通过组织开展医保基金行政监督检查和经办机构稽核、对医保定点医药机构服务行为进行联合检查、重点检查和专项检查，坚持监督检查全覆盖，结合开展医保基金使用监管条例和医保政策法规的宣传，形成打击欺诈骗保高压态势，进一步规范定点医药机构使用医保基金行为，切实维护医保基金安全，提高医保基金使用效率。

二、监督检查计划安排

（一）医保行政部门监督检查工作安排

1. 联合检查

检查对象：市级抽查对象为全市二级以上医疗机构，抽查数量不少于 50 家，其中抽查社会办医疗机构比例不低于 50%。本年度主要抽查对象包括省部属及市属医疗机构、社会办眼科、口腔、妇产、精神等专科医疗机构及市卫健委非公党委成员机构。各区组织对辖区内门诊部（含门诊部）以上医疗机构进行抽查，中心城区抽查数量 ≥ 10 家，新城区 ≥ 8 家，功能区 ≥ 6 家，对投诉举报多或有严重违法违规记录等情况的监管对象，加大抽查力

度。

依据：《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国卫生与健康促进法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》、《定点医疗（药）机构服务协议》。

检查时间：2021 年 4 月至 8 月。

检查事项：医保基金管理责任制落实情况（包括 2019 年、2020 年专项治理发现问题的整改情况；医保药品、耗材执行情况等）；重点检查定点医疗机构眼科、口腔、妇产、精神等专科及定点专科医疗机构规范使用医保基金的情况，同步开展《条例》和医保法规的宣传。

检查方法：开展全市医疗机构综合监督检查，市区卫健、医保、市场监管部门共同组织检查人员开展联合抽查。

2. 重点检查（举报核查）

检查对象：公民、法人或者其他组织向市医保局举报，或者国家、省医疗保障部门以及其他相关部门转交市医保局的欺诈骗保举报件中，属于我市医疗保障部门职责范围内应予查处的医疗保险经办机构、定点医疗机构、定点零售药店及其工作人员，以及参保人员等涉嫌欺诈骗取医疗保障基金行为。

依据：《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国卫生与健康促进法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》、《定点医疗（药）机构服务协议》、《武汉市医疗保障局关于欺诈骗取医疗保障基金举报处置管理规定》。

检查时间：2021 年全年。

检查事项：根据举报案件线索进行核查。

检查方法：各区局、市医保中心对涉及医保基金使用的举报投诉线索在规定期限内进行调查和处理。对重大复杂和跨区案件由市区医保部门联合调查和处理。

3. 专项检查

（1）国家、省局飞行检查

检查对象：全市 2020 年度统筹基金支付排名前 30 位的定点医疗机构。

依据：《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国卫生与健康促进法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》、《定点医疗（药）机构服务协议》。

检查时间：以国家、省局通知为准。

检查事项：规范使用医保基金情况。

检查方法：各区局配合国家、省局开展现场检查。

（2）“三假”专项整治

检查对象：全市定点医药机构。

依据：《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国卫生与健康促进法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》、《定点医疗（药）机构服务协议》。

检查时间：2021 年 5 月至 12 月。

检查事项：以“假病人”“假病情”“假票据”为重点，兼顾

冒名就诊、挂床住院、违规收费、不合理诊疗、不合理检查等违法违规行为。

检查方法：市医保局联合市卫健委等部门，各区局联合卫健、公安等部门开展现场检查。

（3）医保经办机构检查

检查对象：全市医保经办机构。

依据：《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》。

检查时间：2021年8月至12月。

检查事项：重点治理内审制度不健全、基金稽核不全面、履约检查不到位、违规办理医保待遇、违规支付医保费用、虚假参保、虚假缴费、违规拖欠定点医药机构费用，以及内部人员“监守自盗”“内外勾结”等行为。

检查方法：委托会计事务所进行检查。

（二）医保经办机构开展医保稽核工作安排

检查对象：全市定点医药机构。

依据：《中华人民共和国社会保险法》、《社会保险稽核办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》、《定点医疗（药）机构服务协议》。

检查时间：2021年全年。

检查事项：定点医药机构执行医疗保障政策履行定点服务协议情况；法律法规规章规定或上级部门要求的其他稽核内容。

检查方法：市医保中心、各新城区局制定年度稽核计划并组织实施，报市局基金监管处备案。对信息系统上传医保结算数据实时监控；每月根据费用汇总数据制定基金监测预警指标情况报告；对协议指标增长较快、可能存在问题的定点医药机构加大稽核力度；针对发现的突出共性问题组织开展专项稽核；根据上级部门要求或者工作计划，对特定的对象和内容进行重点检查；对违反医疗保险法律法规的现象和行为，对举报投诉的情况，及时开展稽核工作。

三、工作要求

（一）加强组织领导。各级医保部门要进一步提高思想认识，主要负责人要亲自谋划、组织，切实履行职责。要制定年度监督检查计划，统筹部署实施。要落实联席会议制度，主动与卫健、市场监管、公安、纪委监委、审计等部门加强沟通协调，根据工作需要开展部门联合检查。要建立督查考核机制，确保医保基金监督检查工作取得实效。

（二）推进行政执法。各级医保部门要认真贯彻落实条例，加快推进行政执法工作。要加强医保行政执法规范体系建设，建立健全行政执法事项清单、行政处罚自由裁量基准、行政执法三项制度等，以及统一的行政执法流程和文书。要加大对执法人员的培训，努力打造职业化、专业化监管队伍。要积极引进第三方力量，开展“执法+专家”式执法，努力构建全市医保行政执法的规范体系。

（三）严肃工作纪律。要强化廉洁自律，切实做到公平公正监管，保质保量完成基金监督检查任务。组织实施前，各单位要对照检查项目和重点，制定具体检查方案报市局基金监管处备案；检查中对疑难问题、共性问题、特殊问题要专题研究，寻求破解对策；年度检查工作任务完成后要形成总结于12月底前报市局基金监管处。年底召开检查专项汇报会，总结通报全市监督检查情况，安排部署下一年监督检查计划安排。

附件：2021年医保基金使用监督检查计划安排表

2021 年医保基金使用监督检查计划安排表

检查主体	检查方式	检查对象	检查事项	依据	检查方法	检查时间	管理对象基数	检查比例	检查频次
市、区 医保局	联合抽查	市级抽查对象为全市二级以上医疗机构，抽查数量不少于 50 家，其中抽查社会办医疗机构比例不低于 50%。本年度主要抽查对象包括省部属及市属医疗机构、社会办的眼科、口腔、妇产、精神等专科医院及社区卫生服务中心（含门诊部）以上医疗机构。各区组织对辖区内医疗机构进行抽查，中心城区抽查数量≥10 家，新城区≥8 家，功能区分区≥6 家，对投诉举报多或有严重违法违规记录等情况的监管对象，加大抽查力度	医保基金管理责任落实情况（包括 2019 年、2020 年专项治理发现问题整改情况；医保药品、耗材执行情况）；重点检查定点医疗机构眼科、口腔、妇产、精神等专科及定点专科医院规范使用医保基金的情况，同步开展《条例》和医保法规的宣传	《中华人民共和国社会保险法》 《中华人民共和国卫生与健康促进法》 《医疗保障基金使用监督管理条例》 《定点医疗（药）机构服务协议》	开展全市医疗机构综合监督检查，市区卫健、医保、市场监管部门共同组织检查人员开展联合抽查	4 月至 8 月	192	26%	一年一次

各区局、市医保中心	重点检查 (举报核查)	公民、法人或者其他组织向市医保局举报,或者国家、省医疗保障部门以及其他相关部门转交市医保局的欺诈骗保举报件中,属于我市医疗保障部门职责范围内应予查处的医疗保障经办机构、定点医疗机构、定点零售药店及其工作人员,以及参保人员等涉嫌欺诈骗取医疗保障基金行为	根据举报案件线索进行核查	《中华人民共和国社会保险法》 《中华人民共和国卫生与健康管理促进法》 《医疗保障基金使用监督管理条例》 《定点医疗(药)机构服务协议》 《武汉市医疗保障局关于欺诈骗取医疗保障基金举报处置管理规定》	各区局、市医保中心对涉及医保基金使用的举报投诉线索在规定的期限内进行调查和处理。对于重大复杂和跨区案件由市区医保部门联合调查和处理	全年	根据举报案件数确定	100%	每件一次
市、区医保局	专项检查 (国家、省局飞行检查)	全市2020年度统筹基金支付排名前30位的定点医疗机构	规范使用医保基金情况	《中华人民共和国社会保险法》 《中华人民共和国卫生与健康管理促进法》 《医疗保障基金使用监督管理条例》 《定点医疗(药)机构服务协议》	各区局配合国家、省局开展现场检查	以国家、省局通知为准			一年一次
市、区医保局	专项检查 (“三假”专项整治)	全市定点医药机构	以“假病人”“假病情”“假票据”为重点,兼顾冒名就诊、挂床住院、违规收费、不合理诊疗、不合理检查等违法违规行为	《中华人民共和国社会保险法》 《中华人民共和国卫生与健康管理促进法》 《医疗保障基金使用监督管理条例》 《定点医疗(药)机构服务协议》	市医保局联合市卫健委等部门,各区局联合卫健、公安等部门开展现场检查	5月至12月	7510	100%	一年一次

市医保局	专项检查 (医保经办机构检查)	全市医保经办机构	重点治理内审制度不健全、基金稽核不全面、履约检查不到位、违规支付医保待遇、虚假参保、虚假缴费、违规拖欠定点医院医药机构费用, 以及内部人员“监守自盗”“内外勾结”等行为	《中华人民共和国社会保险法》 《医疗保障基金使用监督管理条例》	委托会计事务所进行检查	8 月至 12 月	23	100%	一年一次
各区局、市医保中心	医保稽核	全市定点医药机构	定点医药机构执行医疗保障政策履行定点服务协议情况; 法律法规规章规定或上级部门要求的其他稽核内容	《中华人民共和国社会保险法》 《社会保险稽核办法》 《医疗保障基金使用监督管理条例》 《定点医疗(药)机构服务协议》	市医保中心、各新城区局制定年度稽核计划并组织实施, 报市局基金监管处备案。对信息系统上传医保结算数据实时监控; 每月根据费用汇总数据制定基金监测预警指标情况报告; 对协议指标增长较快、可能存在问题的定点医药机构加大稽核力度; 针对发现的突出问题组织开展专项稽核; 根据上级部门要求或者工作计划, 对特定的对象和内容进行重点检查; 对违反医疗保障法律法规的现象和行为, 对举报投诉的情况, 及时开展稽核工作	全年	7510	100%	一年多次

武汉市医疗保障局办公室

2021 年 7 月 29 日印发
