南通市医疗保障基金使用行政监督

检查规范（暂行）

第一章 总 则

第一条 为加强医疗保障基金使用监督检查，规范行政监督检查工作，根据《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》《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》和《江苏省医疗保障条例》，制定本规范。

第二条 本规范所称医疗保障基金使用行政监督检查，是指医疗保障行政部门组织对定点医药机构和经办机构及工作人员、参保人员等单位和个人在医疗保障基金使用环节开展的监督检查。

第三条 行政监督检查应当遵循实事求是、公正文明、程序合法的原则。

第四条 南通市医疗保障局负责组织实施全市范围内的医疗保障基金使用行政监督检查工作。各县（市）区医疗保障局负责组织实施本地区的医疗保障基金使用行政监督检查，接受市医疗保障局的指派进行异地行政监督检查。

第五条 医疗保障行政部门应当建立与财政、卫生健康、市场监管等相关部门沟通机制，加强协调配合，必要时可以联合相关部门开展行政监督检查。

医疗保障行政部门可以聘请符合条件的信息技术服务机构、会计师事务所、商业保险机构等第三方机构和专业人员协助开展行政监督检查。

第六条 医疗保障行政部门应当建立被检查对象库和检查人员库、专家库，并实行动态管理。

第七条 医疗保障行政部门应当加强行政监督检查能力建设，按照国家、省市有关规定，配置检查必要的检查设备、执法取证装备，提高检查质量和效率。

第八条 医疗保障行政部门应当主动接受社会各界对行政监督检查工作的监督，对重大或者典型案件，可以通过新闻发布会等方式向社会公开。

第九条 参加行政监督检查人员应当严格遵守有关法律法规，严格执行廉政纪律、保密、回避等规定，不得向被检查对象提出与检查无关的要求，不得泄露监督检查相关情况、举报人个人隐私及被检查对象的商业秘密。

第二章 启 动

第十条 有下列情形之一的，医疗保障行政部门可以开展行政监督检查：

（一）年度工作计划安排的；

（二）投诉举报或者其他来源的线索表明可能造成医疗保障基金安全风险的；

（三）医疗保障智能监控或者大数据筛查提示可能存在医疗保障基金重大安全风险的；

（四）新闻媒体曝光，造成重大社会影响的；

（五）其他需要开展行政监督检查的情形。

第十一条 医疗保障行政部门原则上采取“双随机、一公开”的方式组织开展年度工作计划安排的行政监督检查。

有本规范第十条第二项至第五项规定的情形，可直接开展检查工作。

第十二条 医疗保障行政部门派出的检查组应当由2名以上检查人员组成，检查组实行组长负责制。检查人员应当由医疗保障行政执法人员和熟悉医保、医疗、医药、财务、信息等相关专业的其他人员组成。

第十三条 参加检查的人员应当签署检查承诺书（附件1）；所从事的检查活动与其个人可能有利益冲突的，应当主动提出回避。

第十四条 检查组成员不得事先告知被检查对象检查行程和检查内容，检查组在指定地点集中后，进入检查现场，按检查方案开展检查；不得私自、擅自透露检查过程中的进展情况、发现的违法违规线索等相关信息。

第十五条 市医疗保障局组织实施行政监督检查，可以适时通知被检地医疗保障行政部门。被检地医疗保障行政部门应当在接到通知后保障检查安全顺利开展，并派人员协助检查，协助检查的人员应当服从检查组的安排。

第十六条 组织实施行政监督检查的医疗保障行政部门应当加强对检查组的指导，根据现场检查反馈的情况及时调整应对策略，必要时启动协调机制，并可以派相关人员赴现场协调和指挥。

第三章 检 查

第十七条 开展行政监督检查应当制定检查方案，明确检查范围和对象、检查的目标和内容、实施步骤和预定的起止时间；检查事项、时间、人员构成和方式；其他工作重点和要求等。

第十八条 检查组到达检查现场后，应向被检查对象出示相关证件和开展行政监督检查的告知文书（见附件2），告知其检查要求及享受的权利和应尽的义务。

第十九条 被检查对象应当配合行政监督检查工作，明确现场负责人，及时提供真实、有效、完整的文件、记录、票据、凭证、数据、病历等相关材料，如实回答检查组的询问，并对疑点数据和有关问题作出解释说明、提供证明材料。

必要时，检查组可以询问与检查事项有关的其他单位和个人，要求其对与检查事项有关的问题作出说明、提供有关证明材料。有关单位和个人应当配合。

第二十条 现场检查应当至少有2名持有执法证件的检查人员参加。现场检查应当做好文字或音像记录，记录应当及时、准确、完整、有效，客观真实反映现场检查情况。

现场检查应当制作现场检查笔录（见附件3），详细记录检查时间、地点、现场状况等，并由当事人或者有关人员以逐页签字或者捺印等方式确认。

对有关人员进行询问的，应当制作询问笔录（见附件4），包括被调查对象姓名、工作岗位、政治面貌和陈述内容等，并经被调查对象逐页签字或捺印确认。

监督检查过程中形成的记录及依法收集和调取的书证、物证可以作为处罚或处理中认定违法违规违约事实的依据。

第二十一条 检查组认为证据可能灭失或者以后难以取得的，可以通知被检地医疗保障行政部门。被检地医疗保障行政部门在接到通知后应当采取证据保全措施。

第二十二条 现场检查需要增加检查力量或者延伸检查范围，或因特殊情况需要中止、取消检查的，检查组应当报组织检查的医疗保障行政部门批准。

第二十三条 现场检查作出检查结论前，检查组应当向被检查对象反馈检查的有关情况。被检查对象有异议的，可以陈述和申辩，补充相关材料。检查组应当如实记录、认真审核、充分研判、集体决策，妥善进行争议问题处理。

第二十四条 检查组对被检查对象不配合检查、未如实提供相关材料和信息、无正当理由拒不认可检查结论的，应当如实记录，并及时移交被检地医疗保障行政部门依法依规进行处置。

第二十五条 现场检查时间由检查组根据检查需要确定，具备条件的以能够查清查实问题为原则。

第二十六条 现场检查结束，检查组应当与被检地医疗保障行政部门就检查发现问题的事实是否清楚、证据是否充分、定性和定量是否准确等事项进行充分沟通，并以相关法律法规以及国家和被检地的医疗保障政策作为认定违法违规问题的依据。

检查中的重大问题，检查组应当及时向组织实施监督检查的医疗保障行政部门报告。

第二十七条 检查结束后，检查组应当填写违规违法行为问题台账表（附件5），并撰写检查报告（附件6）。检查报告的内容包括：检查过程、发现问题、相关证据、检查结论和处理建议等。检查报告报组织行政监督检查的医疗保障行政部门，抄送被检地医疗保障行政部门，并向被检地医疗保障部门移交行政监督检查相关材料。

第四章 处 理

第二十八条 被检地医疗保障部门应当在收到移交材料的30个工作日内，将处理进度和整改方案报组织行政监督检查的医疗保障行政部门，并在处理完结后5个工作日内报送书面报告。

被检地医疗保障行政部门的处理结果与移交的检查结果存在较大差异的，应当作出书面解释。

第二十九条 被检地医疗保障部门应当要求被检查对象及时整改检查发现的问题，依法依规对反馈意见中涉嫌违法违规的情形进行处理：

（一）对确有应受行政处罚的违法行为，依法作出行政处罚；

（二）对违反医保服务协议的，由医保经办机构按照协议约定进行处理；

（三）对涉嫌违纪、职务违法、职务犯罪的问题线索，按规定移送纪检监察机关；

（四）对涉嫌违反相关法律、法规、规章，应当由其他部门处理的，移送相应部门处理；

（五）其他需要进行处理的情形，按规定处理。

第三十条 市医疗保障局将市级行政监督检查结果纳入对被检地医疗保障部门工作的综合评价体系，并对检查结果处理情况进行督导，适时组织力量开展检查“回头看”。

第三十一条 针对行政监督检查中发现的区域性、普遍性或者长期存在、比较突出的问题，组织行政监督检查的医疗保障行政部门可以约谈被检查对象和相关医疗保障部门负责人。

被约谈对象应当在15个工作日内提出整改措施，上报整改情况。其中，对于区域性、普遍性的问题，被检地医疗保障部门应组织当地定点医药机构开展自查自纠。

第三十二条 参加行政监督检查的人员有下列情形之一的， 应当按照管理权限，由相关部门依法依纪给予处分。涉嫌犯罪的，依法移交司法机关处理：

（一）违反中央八项规定及其实施细则精神的；

（二）泄露行政监督检查相关情况、举报人信息和被检查对象信息、商业秘密的；

（三）将检查获取、知悉的材料和相关信息用于监督管理以外的其他目的的；

（四）与被检查对象或者有关人员有亲属、经济利益和其他利害关系，不执行回避要求的；

（五）有其他违法违规和违纪行为的。

第五章 附 则

第三十三条 各级医疗保障行政部门应当将行政监督检查所需工作经费、专家及相关第三方费用纳入年度经费预算并根据工作需要予以足额保障。

第三十四条 本规范由市医疗保障局负责解释，自颁布之日起实施。原《南通市医疗保障基金使用行政监督检查规范（试行）》同时作废。

附件：1.南通市医疗保障基金使用行政监督检查工作人员保密和廉洁承诺书

2.南通市医疗保障基金使用行政监督检查检查通知书

3.南通市医疗保障基金使用行政监督检查检查笔录

4.南通市医疗保障基金使用行政监督检查询问笔录

5.南通市医疗保障基金使用行政监督检查违规违法行为问题台账表

6.南通市医疗保障基金使用行政监督检查\*\*检查组对\*\*医院的检查报告

附件 1

南通市医疗保障基金使用行政监督检查

工作人员保密和廉洁承诺书

本人被抽取参加南通市医疗保障局行政监督检查工作，已知晓行政监督检查相关保密和廉洁制度，承诺对检查过程中获知的信息保密，并严格遵守廉洁纪律。本人郑重承诺：

一、严格遵守国家、医疗保障部门及现场检查有关涉密规定和纪律要求。

二、不以任何方式泄露现场检查相关情况、举报人信息及被检查人的商业秘密。

三、不违规留存现场检查相关工作记录、国家秘密载体，不违规存储、复制国家秘密信息。

四、不擅自发表涉及未公开的现场检查相关工作内容。

五、不违反政治纪律和政治规矩，不违反中央八项规定及其实施细则精神。

六、不收受被检查对象财物，不接受宴请、旅游、娱乐等活动安排。

七、不向被检查对象推销商品、介绍业务等为他人谋取利益。

八、不侵害被检查对象利益，不吃拿卡要。

九、不为被检查对象说情打招呼，搞选择性执行和交易。

十、不刁难被检查对象，不向被检查对象提出任何与工作无关的要求。

违反上述承诺，自愿承担党纪、政纪责任和法律后果。

所在单位： 承诺人签名：

年 月 日

附件 2

南通市医疗保障基金使用行政监督检查

检查通知书

：

根据《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》《江苏省医疗保障条例》等有关法律法规规定，我局委派 同志带队一行 人于 年 月 日 起对你（单位）实施监督检查，检查 年 月至 年 月底期间纳入基本医疗保险支付范围的医药服务行为和医药费用。

请你单位及有关工作人员按照检查组要求，明确检查现场负责人，及时提供必要的工作场所和真实、有效的文件、记录、票据、凭证、电子数据、档案等相关材料，如实回答检查组的询问，配合检查工作。

联系人： 联系电话：

\*\*医疗保障局

年 月 日

被检查人（签字或盖章）： 年 月 日

（本文书一式三份，一份送达被检查对象，一份检查组留存，一份随卷归档。）

附件 3

南通市医疗保障基金使用行政监督检查

检查笔录

时间： 年 月 日 时 分至 年 月 日 时 分

检查地点：

被检查人姓名或名称：

被检查人身份证号或统一社会信用代码：

联系电话：

见证人姓名： 联系电话：

见证人身份证号码：

执法人员表明身份、出示证件及被检查人确认的记录：执法人员（问）：我们是 医疗保障局的行政执法人员 、 ，这是我们的执法证，编号 、 ，请过目确认： 。

今天我们依法进行检查并了解有关情况，你（单位）应当配合检查，如实提供材料，不得拒绝、阻碍、隐瞒或者提供虚假情况。如果你认为检查人员与本案有利害关系，可能影响公正办案，可以申请回避，并说明理由。你（单位）是否申请检查人员回避：□申请回避；□不申请回避。

你（单位）有权对本次检查提出陈述、申辩。被检查人的陈述、申辩意见：

检查情况：

被检查人签名： 年 月 日

检查人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

见证人签名： 年 月 日

第 页 共 页

被检查人阅读确认意见：

见证人阅读确认意见：

被检查人签名： 年 月 日

检查人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

见证人签名： 年 月 日

第 页 共 页

附件 4

南通市医疗保障基金使用行政监督检查

询问笔录

时间： 年 月 日 时 分至 年 月 日 时 分

询问地点：

被询问人： 性别： 身份证号码：

工作单位： 联系电话：

住址：

询问人： 、 记录人：

执法人员表明身份、出示证件及被询问人确认的记录：执法人员（问）：我们是 医疗保障局的行政执法人员 、 ，这是我们的执法证，编号 、 ，请过目确认： 。

今天我们依法进行检查并了解有关情况，你应当配合调查，如实回答询问和提供材料，不得拒绝、阻碍、隐瞒或者提供虚假情况。全部询问将记入书面询问笔录。如作虚假陈述的，将视情节轻重承担相应的法律责任，是否清楚？如果你认为调查人与本案有利害关系，可能影响公正办案，可以申请回避，并说明理由。你有权对本次调查询问提出陈述、申辩。

请确认：

询问内容：

被询问人签名： 年 月 日

询问人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

被询问人签名： 年 月 日

询问人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

被询问人阅读确认意见：

被询问人签名： 年 月 日

询问人签名： 年 月 日

记录人签名： 年 月 日

第 页 共 页

附件 5

南通市医疗保障基金使用行政监督检查

违规违法行为问题台账表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 问题类别 | 问题描述 | 问题具体情形 | 认定违法违规依据 | 涉及例次 | 涉及费用 |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

附件 6

南通市医疗保障基金使用行政监督检查

\*\*检查组对\*\*医院的检查报告

\*\*\*医疗保障局：

根据\*\*\*\*要求，\*\*医疗保障局\*\*\*检查组于\*\*年\*\*月\*\*日至\*\*月\*\*日，对\*\*医院开展监督检查，现将检查情况反馈你局。

一、被检对象情况

**1. 医院基本情况：**医院的性质等级，统一社会信用代码：\*\*\*\*\*，国家编码：\*\*\*\*。地址：\*\*\*\*\*，法定代表人：\*\*\*。该院共有职能管理科室\*\*个，临床业务科室\*\*个，医技科室\*\*个。现在在职职工\*\*人。医院目前核定床位\*\*张，实际开放床位\*\*张。

**2. 检查时段历年使用医保基金情况：**\*\*年，该院门诊\*\*人次，急诊\*\*人次，出院病人\*\*人次，总收入\*\*万元，其中，使用医保基金\*\*万元。

二、检查情况

（一）医保管理情况

**1. 监督检查情况。**当地医保部门近年来对该院监督检查情况。

**2. 医院自我管理情况。** 医保基金使用的内部管理制度是否健全，医保办发挥医保基金管理作用情况，骨科、心内科等耗材管理制度是否健全。

（二）重点检查情况

..............................

（三）其他检查发现问题

1. 共计核实\*大类\*\*项违法违规问题，涉及费用\*\*万元。

..............................

2. 共计核实\*\*项无法定量违法违规问题。

..............................

三、检查建议

1. 对当地医保局工作建议；

2. 对被检查对象工作建议。

附件：1. 南通市医疗保障基金使用行政监督检查

违规违法行为问题台账表

2. 移交材料清单

检查组组长签名：

日期： 年 月 日

接收单位（代表）签名：

日期： 年 月 日