

# 淮南市医疗保障局文件

淮医保发〔2019〕22号

## 淮南市医疗保障局关于印发《淮南市基本医疗保险稽查管理办法（试行）》的通知

各县（区）医疗保障局，毛集区医保中心、新农合中心，市局机关各科室、直属各单位：

现将《淮南市基本医疗保险稽查管理办法（试行）》印发给你们，请结合实际，认真贯彻实施。



# 淮南市基本医疗保险稽查管理办法（试行）

## 第一章 总 则

第一条 为进一步规范我市基本医疗保险稽查工作，确保医疗保险基金安全运行，维护参保人员的合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》、《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》等相关法律法规的规定，结合本市实际制定本办法。

第二条 本办法适用于参保人员享受基本医疗保险待遇情况、定点医药机构执行基本医疗保险政策、履行定点服务协议情况等实施监督管理的活动。

第三条 县级以上医疗保险行政部门负责整合监督职能，通过调查、稽查和备案审查等方式，对医疗保险经办机构、协议医疗机构、协议药店、用人单位、参保人员遵守基本医疗保险管理规定的行为进行监督检查。

## 第二章 稽查的职责、内容及方式

第四条 实施稽查时，履行下列职责：

（一）要求定点医药机构提供各项医疗费用相关数据、票据、门诊处方、住院病历、住院费用清单、相关账册、会计凭证、统计报表等资料；

(二) 可以记录、录音、录像、照相和复制与缴纳基本医疗保险费和享受基本医疗保险待遇有关的资料,对被稽查对象的参保缴费以及待遇享受等方面的情况进行调查、询问;

(三) 要求被稽查对象提供与稽查事项有关的资料;

(四) 督促被稽查单位或部门在规定的期限内落实整改检查意见,并确认整改结果。

#### **第五条 医疗保险稽查内容:**

(一) 定点医药机构向医疗保险经办机构申请支付的医疗费用和药品费用;

(二) 参保患者全额垫付医疗费用后,按程序凭有关资料到医疗保险经办机构报销的相关费用;

(三) 所有外伤参保患者的病历及相关资料、信息;

(四) 参保人员享受医疗保险待遇的资格、项目及标准等相关情况;

(五) 定点医疗机构及定点零售药店执行医疗保险政策,履行定点服务协议等相关情况;

(六) 同级医疗保险经办机构内设各科室业务经办情况;

(七) 国家规定或上级部门要求的其他稽查内容。

**第六条** 针对医疗保险定点医药机构执行医疗保险政策,履行定点服务协议的稽查,采取以下方式进行:

(一) 常规稽查。对定点医疗机构收治参保患者的住院诊疗、

检查、用药、收费等情况进行核查。对定点零售药店为参保人员提供购药服务等情况进行核查。定期或不定期抽查定点医疗机构参保患者的住院病历，核查医疗文书、医疗费用产生的真实性、合理性及患者个人负担情况；

（二）重点稽查。针对医疗保险运行中的突发情况和突出问题，实施重点稽查；

（三）专项稽查。针对对医疗保险运行中的特定内容或项目，实施专门稽查；

（四）受理投诉举报。对违反医疗保险法律法规的现象和行为，设立投诉电话、举报箱，接受社会和群众举报。

### **第三章 违法、违规行为**

**第七条** 医疗保险定点医疗机构及其工作人员发生下列行为属于违法或违规：

（一）无正当理由拒绝为参保人员提供医疗服务；

（二）将应当由基本医疗保险基金支付的费用转由参保人员个人负担；

（三）无正当理由拒绝实时联网结算，不为参保人员提供结算单据；

（四）参保人员套取个人账户资金；

（五）将非参保人员的医疗费用纳入基本医疗保险基金支付范围，或者通过串换疾病诊断、药品、医疗服务项目等手段将基

本医疗保险基金支付范围以外的医疗费用纳入支付范围；

（六）违反疾病诊疗常规、技术操作规程等，为参保人员提供过度或者无关的检查、治疗，造成基本医疗保险基金损失；

（七）将基本医疗保险结算信息系统提供给非协议医疗机构使用，或者将基本医疗保险业务交由非协议医疗机构办理；

（八）采取挂床住院、分解住院、叠床住院等手段骗取基本医疗保险基金；

（九）采取虚假住院或者虚假治疗等手段骗取基本医疗保险基金；

（十）伪造、变造医疗文书、财务账目、药品（医用材料）购销凭证等材料骗取基本医疗保险基金；

（十一）违反药品或者医疗服务价格管理规定，擅自提高收费标准或者分解收费、重复收费，骗取基本医疗保险基金；

（十二）其他违反基本医疗保险管理规定的行为。

**第八条** 医疗保险定点零售药店及其工作人员发生下列行为属于违法或违规：

（一）编造医疗文书或者医学证明骗取基本医疗保险基金；

（二）违反基本医疗保险有关规定，串换药品（医用材料、器械）或者将药品（医用材料、器械）以外的其他物品纳入基本医疗保险费用结算；

（三）为他人利用基本医疗保险凭证套取基金提供帮助；

(四) 冒用参保人员名义进行基本医疗保险费用结算, 或者伪造参保人员购买记录骗取基本医疗保险基金;

(五) 与非本协议药店串通, 将非本协议药店发生的费用纳入基本医疗保险信息系统结算或者基本医疗保险个人账户支付;

(六) 骗取、协同骗取基本医疗保险基金的其他行为。

#### **第四章 稽查流程**

**第九条** 医疗保险稽查工作流程:

(一) 基本医疗保险稽查工作流程 (附件 1);

(二) 医保基金稽查工作记录表 (附件 2);

(三) 医保基金稽查通知书 (附件 3);

(四) 医保基金稽查询问笔录 (附件 4);

(五) 医保基金稽查情况告知书 (附件 5);

(六) 医保基金稽查合议记录 (附件 6);

(七) 医保基金稽查意见书 (附件 7)。

#### **第五章 附 则**

**第十条** 医疗保障行政部门应定期对稽查资料进行分类汇总, 建立医疗保险稽查工作台账, 并按规定编制统计报表。

**第十一条** 有下列情形之一的, 医疗保险稽查人员应当回避。

(一) 与被稽查单位负责人或者被稽查个人之间有亲属关系。

(二) 与被稽查单位或者稽查事项有经济利益关系, 以及其

他利害关系。

第十二条 医疗保障行政部门及稽查人员承担为被稽查单位和个人保密的义务和责任。

第十三条 医疗保障行政部门及稽查人员在实施稽查工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分。

第十四条 医疗保障行政部门可以聘请医疗基金监管专家库人员协助调查和监督。

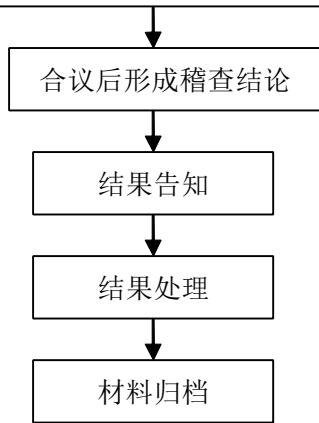
第十五条 本办法由市医疗保障局负责解释。

第十六条 本办法自下发之日起试行。

- 附件：
1. 基本医疗保险稽查工作流程
  2. 医保基金稽查工作记录表
  3. 医保基金稽查通知书
  4. 医保基金稽查询问笔录
  5. 医保基金稽查情况告知书
  6. 医保基金稽查会议记录
  7. 医保基金稽查意见书

附件 1:

## 基本医疗保险稽查工作流程



附件 2:

## 医保基金稽查工作记录表

编号:

单位全称			
法定代表人		联系电话	
单位地址/住址			
机构类型		机构等级	
联系人姓名		联系电话	
稽查地点			
经营性质		员工人数	
机构代码			
经营年限		床位数	
稽查时间	____年____月____日至____年____月____日		

<p>稽查内容</p>	
<p>发现问题（初步认定的具体违规事项及相关证据材料可以附后）</p>	

被检查单位签名（盖章）：	见证人签名：
执法人员签名：	记录人签名：

附件 3：

## 医保基金稽查通知书

\_\_\_\_\_：

根据 \_\_\_\_\_ 有关规定，决定于 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日起对你（你单位）有关 \_\_\_\_\_ 情况实施稽查。请予配合，并

按要求提供相关资料。

(稽查具体内容和要求可另附)

联系电话:

(公章)

年 月 日

送达人:

年 月 日

接收人:

年 月 日

(一式两联: 第一联稽查机关留存, 第二联交稽查对象)

附件 4:

## 医保基金稽查询问笔录

第\_\_页 共\_\_页

被询问人信息:

姓名\_\_\_\_\_身份证号码\_\_\_\_\_

工作单位\_\_\_\_\_联系电话\_\_\_\_\_

联系地址\_\_\_\_\_邮政编码\_\_\_\_\_

询问地点：

稽查时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_时\_\_\_\_分至\_\_\_\_时\_\_\_\_分

稽查人员：我们（至少 2 人）是医保基金稽查人员，这是我们相关证件，  
现对\_\_\_\_\_情况进行询问。你享有以下权利：

稽查人员少于两人或者稽查证件与身份不符的，有权拒绝询问；同时你有  
义务如实提供有关材料、回答询问，不得拒绝、阻挠询问。请你配合。

询问记录（可附页）：

被询问人阅后签名：

年 月 日

稽查人员签名：

年 月 日

附件 5：

## 医保基金稽查情况告知书

\_\_\_\_\_：

我单位于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日对你（你单位）有  
关\_\_\_\_\_情况实施了稽查。根据\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_有关规定，现将稽查结果告知如下（可附页）：

---

---

---

---

---

如对以上内容有异议,应在收到本告知书之日起5个工作日内向我单位提出书面意见,未在规定期限内提出书面意见的,视为无异议。

(公章)

年 月 日

送达人:

接收人:

年 月 日

年 月 日

(一式两联:第一联稽查机关留存,第二联交稽查对象)

附件 6:

## 医保基金稽查会议记录

第 页 共 页

案由:

会议主持人:

参加会议人员:

会议时间: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

合议地点：

相关资料：证件资料、处理依据见附页

合议结论：

合议人员签名：

记录人签名：

附件 7：

## 医保基金稽查意见书

稽查对象信息：

单位全称\_\_\_\_\_ 类别/性质\_\_\_\_\_

（姓名）

（身份证号码）

单位地址\_\_\_\_\_ 法定代表人\_\_\_\_\_

联系电话\_\_\_\_\_

经稽查，发现你（你单位）于\_\_\_\_年\_\_月\_\_日至\_\_\_\_年\_\_月\_\_日，存在违规行为，现作出以下处理决定：

1、违规事实：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2、处理依据：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3、处理决定：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

如不服本决定，可于收到本决定书之日起六十日内依法申请复议，或者六个月内向\_\_\_\_\_人民法院起诉，但不得停止执行本决定；逾期不申请复议，也不起诉，又不履行本决定的，我单位可以申请人民法院强制执行。

（公章）

年 月 日

接收人：

年 月 日

(一式两联：第一联稽查机关留存，第二联交稽查对象)

---

淮南市医疗保障局办公室

2019年5月22日印发

---