

关于印发《威海市医疗保障局 2023 年度“双随机、一公开”抽查检查暨 DRG 付费专项检查实施方案》的通知

各区市医疗保障局，国家级开发区科技创新局、南海新区党群与人力资源部，市医疗保险事业中心，各有关定点医疗机构：

现将《威海市医疗保障局 2023 年度“双随机、一公开”抽查检查暨 DRG 付费专项检查实施方案》印发给你们，请认真贯彻执行。

威海市医疗保障局

2023 年 10 月 13 日

（此件主动公开）

威海市医疗保障局

2023 年度“双随机、一公开”抽查检查暨 DRG 付费专项检查实施方案

为深入贯彻落实党中央、国务院和省、市党委、政府关于医保基金监管的决策部署，扎实推进医疗保障领域“双随机、一公开”监管工作，严厉打击医保领域违法违规行为，切实规范医保基金使用管理，制定本实施方案。

一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入学习贯彻党的二十大精神，认真落实习近平总书记关于加强医疗保障基金监管工作的系列重要指示批示精神，积极适应 DRG 付费改革等新形势、新任务、新要求，坚持依法行政，强化上下联动、部门协同，创新监管方式，以零容忍态度严厉打击欺诈骗保行为，确保医保基金安全高效、合理规范使用，不断提升人民群众医疗保障获得感、幸福感。

二、重点任务

对 2022 年 7 月 1 日至 2023 年 6 月 30 日期间医保经办机构涉及医保基金管理和使用等业务运行工作情况，以及定点医疗机构纳入基本医疗保险基金支付范围的医药服务行为和医药费用等医保基金使用情况开展检查，必要时可追溯检查以前年度。

三、检查对象

对医保经办机构、定点医疗机构等主体，按比例从检查对象名录库中抽取，其中，医保经办机构按照 20%比例抽取，二级及以上公立定点医疗机构、一级及以下公立定点医疗机构、民营定点医疗机构分别按所属辖区总数的 30%、10%、20%比例抽取，即医保经办机构 2 家，二级及以上公立定点医疗机构 8 家（市直 2 家、环翠区 1 家、文登区 2 家、荣成市 2 家、乳山市 1 家），一级及以下公立定点医疗机构 9 家（市直 1 家、环翠区 1 家、文登区 2 家、荣成市 3 家、乳山市 2 家），民营定点医疗机构 8 家（市直 2 家、环翠区 2 家、文登区 1 家、荣成市 2 家、乳山市 1 家）。

对已纳入今年全省“双随机、一公开”检查范围的医疗机构（威海海大投资管理有限公司、威海传彬中医医院有限公司、乳山市乳山口镇卫生院、乳山市乳山寨镇卫生院），不再重复抽取。对纳入全市中医康复领域医保基金使用情况专项检查范围的医疗机构，一并开展检查。

四、检查内容

（一）医保经办机构

1.基本情况

（1）机构职能整合情况。通过查阅“三定”方案，了解内设机构、职能设置、人员编制等“三定”方案的落实情况。

（2）内部控制制度建立情况。通过查阅内控制度、经办规程

等文件，查看档案，了解是否明确了对定点医疗机构申报费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位设置和职责；是否建立健全 DRG 付费审核工作机制，明确相关岗位设置和职责；是否建立了风险防控机制；是否建立并完善了重大医保费用支出集体决策制度；是否对考核与奖惩、授权范围、定期轮岗、离任审计、业务风险控制情况的评价、违反内控规定的处罚等内容作出规定；各业务环节是否存在超越本岗所授权限经办业务的情况；经办岗位是否互为监督、业务经办是否互相制衡；经办机构是否定期或不定期地对内部控制体系的运行情况进行检查。

（3）工作人员操作权限和不相容岗位配置情况。通过查阅工作人员名单查看相应的管理制度，核查是否明确业务操作人员和系统维护人员等各类人员的职责和使用权限；通过信息系统查看权限是否及时清理，是否存在不相容岗位配置情况。

（4）医保目录、定点医药机构信息维护情况。通过查阅医保目录、定点医药机构名单电子版，核查医保目录是否与国家或省级目录一致，是否严格执行；定点医药机构动态信息是否及时维护。

（5）医保政策制定、支付方式与执行情况。通过查阅职工医保、居民医保、居民大病等各项医保政策，以及医保支付方式相关文件，了解政策执行与有关规定是否相符；提取额度指标分配数据及对应的历史支付数据，查看是否符合文件规定。

（6）接受社会监督情况。通过查阅资料或登陆相关网站，

核实是否定期向社会公开医保基金的收支结余情况；是否及时向社会公布签订服务协议的定点医药机构名单。

（7）好差评（投诉、满意度）情况。通过查阅举报投诉、舆情监测等相关记录或会议纪要，了解处置和满意度情况。

2.两定机构管理

（1）医药机构定点评估情况。通过查阅医药机构定点申请评估材料，了解医药机构提供的申请材料是否齐全；经办机构是否按规定程序、形式和评估内容开展评估，并在规定时限内完成评估。

（2）建立集体谈判协商机制情况。查阅医保服务协议等材料，了解与定点医药机构集体谈判协商情况，是否充分协商、合理确定定点医药机构的医保预算金额和拨付时限，以及 DRG 付费方式下年度预算额度确定情况；是否与定点医药机构协商签订服务协议，规范医药服务行为，并明确违反服务协议的行为及责任。

（3）医保服务协议履行情况。通过查阅医保服务协议等材料，了解经办机构是否按照协议约定及时结算和拨付医保基金。了解定点医药机构违反协议的处理情况，以及对定点医药机构提出陈述、申辩的受理情况。

（4）DRG 付费管理情况。经办机构是否修订完善现有医疗保障服务协议中与 DRG 付费管理有关的条款，明确双方权利和义务；在负责协调 DRG 付费数据采集系统的正常运行方面，是

否确保定点医疗机构数据上传畅通、准确；在加强事前、事中管理方面，对医疗机构申报的 DRG 付费相关费用，是否严格按照规定审核、结算、支付，确保医保基金合理使用；是否运用持续全面质量管理的理念，设计并执行监控体系，实现对 DRG 付费的全流程把控；是否建立对 DRG 付费定点医疗机构病案质量抽检等制度，对出现申报数据不实、高靠诊断、分解住院等问题病案的，是否按问题病案在检查的该组病案的费用占比，扣除该医疗机构该组当年度已结算的全部应拨付基金。

（5）医养结合机构、“互联网+”医疗机构情况。通过查阅医养结合机构、“互联网+”医疗机构管理政策、协议签署、结算方式等相关文件，了解基金结算、协议执行情况。

（6）对定点医药机构的宣传培训情况。通过查阅宣传、培训计划及相关信息（宣传影像资料、培训记录等），了解对定点医药机构宣传培训的频次、范围和内容。

3.经办服务事项

（1）基本医疗保险个人账户一次性支取情况。通过查阅档案，检查申请办理人员是否签字或留存了有效身份证件或社保卡复印件；查看业务系统中该参保人员是否为终止状态，或提供了《职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》，是否在 15 个工作日内办结。

（2）基本医疗保险关系转移接续办理情况。通过查阅档案，检查基本医疗保险关系转出或转入经办要件是否留存完整，是否

在 20 个工作日内办结。

（3）基本医疗保险参保人员异地就医备案情况。通过查阅异地安置退休或异地长期居住人员备案等资料档案，检查基本医疗保险异地安置退休或异地长期居住人员备案经办要件是否留存完整，是否为即时办结。通过查阅常驻异地工作人员备案资料，检查业务系统常驻异地工作人员备案情况，是否为即时办结。通过查阅异地转诊人员备案资料，查看业务系统异地转诊人员备案情况，是否为即时办结。

（4）基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定情况。通过查阅档案，查看是否留存了相关病历材料或检查、化验材料，是否符合门诊慢特病的认定标准，是否在 20 个工作日内办结；门诊慢特病待遇认定下沉到定点医疗机构，由定点医疗机构“一站式”受理的，经办机构是否对医疗机构认定情况进行了有效监管。

（5）基本医疗保险参保人员医疗费用手工（零星）报销情况。查阅门诊费用报销档案，检查是否留存了相关医院的收费票据、门急诊费用清单和处方底方原件，核查是否在 30 个工作日内办结。查阅住院费用报销档案，检查是否留存了相关医院的收费票据、住院费用清单、诊断证明（或出院记录）和病案首页，是否在 30 个工作日内办结。

（6）生育保险待遇核准支付情况。查阅产前检查费、生育医疗费和计划生育医疗费支付档案，对于门诊发生的费用，检查

是否留存了相关医院收费票据、门急诊费用清单和处方底方原件；对于住院发生的费用，检查是否留存了相关医院的收费票据、住院费用清单、诊断证明（或出院记录），是否在 20 个工作日内办结。查阅生育津贴支付档案，核查是否留存了相关病历资料或门诊诊断证明，是否在 20 个工作日内办结。

（7）日常检查、稽核和年终考核情况。查阅日常检查计划，了解计划落实、日常检查覆盖率等情况。查阅稽核档案，查看对于在稽核中发现违反协议的行为，是否按照协议约定处理；对涉嫌违法违规并需要给予行政处罚的，是否按流程将行政处罚落实到位，并规范整理行政执法案卷。查阅协议管理考核办法和年度考核计划，了解是否建立了科学合理的年度考核评价指标体系，是否引入了参保人满意度调查等评价方式。

（8）医保结算系统使用。向信息系统管理员了解本级统筹区域内医保经办网点是否与医保结算系统对接。

（9）医保审核结算流程。通过查阅医保结算、审核、支付业务流程相关文件，提取业务对应的数据，查看是否符合文件规定。

（10）“一单制结算”情况。通过提取同时享受基本医保、大病保险和医疗救助待遇人员的医保结算数据，核查是否实现“一单制结算”。

（11）承保机构结算情况。通过查阅承保机构经办险种的相关规定和协议内容，了解经办职责、经办流程以及医保结算系统

与承保机构数据交换方式；随机抽取承保机构结算数据，和医保结算数据进行比对，检查对承保机构的基金审核、拨付等履约情况；检查是否存在结算不及时的情况；检查数据交换接口，了解是否存在网络安全隐患，承保机构的权限是否过大。

（12）医保结算数据质量。随机抽取医保结算数据，分析医保结算数据质量，主要包括字段是否缺失、病种诊断是否上传、数据上传是否及时等。

（13）医保智能监控信息系统应用情况。通过查阅医保基金智能监控相关规定，了解智能监控系统建设情况，随机抽取部分已审核数据，检查审核规则和流程是否合规，对于审核出的违规金额，是否及时予以拒付。

（14）系统网络安全。通过查阅系统网络结构图，向经办机构信息管理员了解医保各系统之间、医保系统与银行系统、定点医药机构系统及承保机构系统的交互方式，检查是否存在核心未脱敏数据在互联网等非安全网络下交互的情况。

4.基金财务管理

（1）内控机制。通过查阅单位组织架构、会计机构岗位设置、人员配备、权限设置、财务内控制度、财务经办规程，对医保基金内控情况进行初步评估。检查财务印鉴、票据、空白凭证是否由专人分别保管，使用是否经过授权、登记，资金收支的审批与具体业务办理是否分离，信息数据处理与业务办理及会计处理是否相分离。

（2）会计制度改革到位情况。进入账务系统，查看会计科目代码是否已按新会计制度升级，“其它收入”科目下是否设置“跨年度收回待遇支出”明细科目，“其它支出”科目下是否设置“跨年度退回社会保险费收入”明细科目。

（3）“收支两条线”情况。查阅各险种不包含年终结转凭证的年度总账余额表，了解经办险种及银行账户情况，检查基金账户设置是否合规，医保基金是否按财务制度要求实行“收支两条线”，是否纳入财政专户管理；是否按不同险种分账核算、分别计息，险种间是否存在挤占挪用情况。

（4）财政补助到位情况。查阅财政预指文件及基金年报，检查各项医保基金财政补助、医疗救助补助是否与财政预指文件一致。

（5）基金预决算情况。查阅基金预决算制度，审阅最近一次预算和决算的审批流程是否符合制度规定。

（6）年度结算及清算款拨付情况。查阅清算、预算文件及财务暂收款、待遇支出明细账，通过提取数据，现场检查业务审核手续是否完备，财务拨付入账是否及时准确，是否每年清算，对两定机构拨付是否存在拖欠情况，是否存在医保基金虚假清算或多年未清算情况。

（7）账务核对情况。查阅银行余额调节表、总账余额表和基金对外报表及往来款定期清理相关记录或材料，检查是否定期核对不同账务，做到账证、账账、账表、账实相符；对暂收、暂

付款项是否定期清理。

（8）计息情况。查阅会计凭证后所附银行结息单据，检查是否按优惠利率计算，有无违规行为。

（9）基金外部监督情况。查阅有关行政部门（或委托第三方）审计报告和审计整改报告，检查是否及时落实整改。

（10）基金收支运行公开情况。查阅基金收支结余向社会主动公开披露的情况。

（11）基金收回业务账务处理情况。查阅暂收款明细账，重点检查协议收回、稽核收回、支付收回等款项是否及时冲减支出，有无长期挂账情况。

（12）财务档案归档情况。查阅财务档案，查看归档材料是否符合会计档案要求，是否存在伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等资料，或者虚构医药服务项目的情况。

5. 医疗救助

（1）检查医疗救助资金支出账务，支出是否明确使用哪一级补助资金（中央、省、市、县）；资助参保支出是否与参保补贴台账一致；拨付定点医疗机构垫付医疗救助金额是否与明细一致，明细是否区分为门诊和住院；检查拨付个人的手工报销金额与单据是否一致。

（2）是否优先使用上级医疗救助资金，中央、省级、市级资金当月支出进度（支出占已分配指标的比例）低于全市进度平

均水平的，要及时使用上级资金。

（3）是否严格落实好参保补贴政策，对脱贫享受政策人口、边缘易致贫户、低保对象、特困人员、孤残儿童参加居民基本医疗保险按规定进行补贴；是否规范建立参保补贴台账（标注人员类别）；是否告知困难人员其已享受资助参保；是否有应保未保的；已享受资助参保的是否有不知晓参保补贴或未发放参保补贴告知单的。

（4）是否严格落实困难人员基本医保、大病保险、医疗救助、特惠保、再救助等各项报销待遇应报尽报，定期排查费用报销是否异常，是否有待遇未落实到位的。

（5）是否违规使用医疗救助资金，如将医疗救助资金用于非救助对象（如老党员、残疾人）、超标准救助（如按二档缴费标准资助）。资助参保对象是：脱贫享受政策人口、边缘易致贫户、脱贫不稳定户、严重困难户、低保对象、特困人员、孤残儿童；救助就医费用对象是：脱贫享受政策人口、边缘易致贫户、脱贫不稳定户、严重困难户、低保对象、特困人员、孤残儿童、经民政部门确认的其他低收入救助对象、因病致贫家庭重病患者及各区市政府规定的其他特殊救助人员。

（二）定点医疗机构

1.组织架构

（1）检查医院设立资质、人员执业资格、医疗设备审批手续、医保协议等情况，重点检查医保基金使用内部管理制度建立

情况、医保内设机构和人员配备情况、医保政策培训情况、基金使用自查自纠情况和考核评价体系建立情况，以及前期专项治理、自查自纠发现违法违规问题的整改情况等。

（2）检查《医疗机构执业许可证》，核查医院是否存在超范围开展诊疗项目；检查《放射诊疗许可证》及大型医用设备配置许可证，核查是否存在未取得相关资格证违规开展大型检查，实际开展时间是否早于证书取得时间；检查《医疗机构制剂许可证》，核查是否存在院内自制制剂，自制制剂是否存在注册批件、是否取得医疗机构自制制剂标准、是否纳入医保统筹支付；医院科室设置是否有科室外包；部分项目的开展是否有特殊要求（康复科需要资格证等）；通过查阅在职职工基本信息、执业类别、职称统计，核查依法执业情况（如西医开展中医诊疗）；查阅劳动合同、工资发放情况，核查本院职工住院情况（涉嫌体检住院、虚假住院）。

2.医疗服务行为

（1）是否存在诱导住院、挂名住院、冒名住院、虚假住院、分解住院、无指征住院等情况。

（2）是否存在虚构医疗服务行为、伪造医疗文书票据等情况。重点核查虚计精神状况监测、血液透析、针灸、推拿等诊疗服务次数，篡改肿瘤患者基因检测结果，虚增收费项目等问题。

（3）是否存在重复收费、分解收费、串换收费、超标准收费等违规收费，医嘱与收费清单不符等情况。重点核查高值医用

耗材、用后丢弃的一次性耗材、骨科植入后难核验耗材等耗材的串换问题。

（4）是否存在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；是否存在套餐式检查、套餐式治疗等不合理检查、不合理诊疗等情况。

（5）是否存在将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入结算、未按规定比例支付、将临床试验项目违规纳入医保报销等情况。

（6）是否存在为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，以及接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利等违法违规行为。

（7）是否存在组织引导患者到院外自费购买药品、转嫁费用；与医药企业开展不正当合作，篡改基因检测报告等为欺诈骗保提供便利的问题。

3.信息化管理

将医院药品、耗材、诊疗项目、康复、理疗项目等进行排名，重点核实有无下列违规行为：

（1）比对医院 HIS 系统上传数据与医保数据，核查是否存在自立项目收费、串换项目收费等情况。

（2）筛选 CT、MRI、B 超等大型检查上传医保数据，与医疗设备上提取的数据比对，核查是否存在虚假上传医保数据情况。

(3) 是否规范使用全国统一的医保信息业务编码。

(4) 筛选住院患者信息，是否存在分解住院、查体住院等情况。

4.基金财务管理

重点检查是否存在通过伪造、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，诱导、协助他人冒名或者虚假就医，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据等方式骗取医保基金支出，以及与社会犯罪团伙或个人、医保经办机构、参保群众等内外勾结欺诈骗保行为。

(1) 检查药品、医用耗材随货同行单及入库单，是否存在不入账、不保存的情况。

(2) 是否存在药品、医用耗材入库，无购买发票及随行单的情况。

(3) 比对进销存数据与医保上传数据，是否存在串换项目或虚假上传的情况。

(4) 检查是否有超标准收费的情况。

(5) 药品、医用耗材加成情况，其中，公立医院中药饮片是否严格落实不高于 25% 的加价政策。

(6) 是否存在以返现回扣等形式诱导住院。

(7) 是否存在违反医保协议规定的财务制度问题。

5.医疗救助

(1) 是否设置明显的困难人员就诊和结算指引标识、医保倾斜政策展板。

(2) 一站式结算窗口工作人员是否熟练掌握大病保险倾斜支付、医疗救助、再救助等倾斜政策。

(3) 结算单是否打印完整规范。

(4) 结算系统是否能准确识别贫困群体类别，确保各项医保待遇一站式即时结算。

(5) 是否存在套用困难人员身份安排虚假就医骗取医疗救助基金的行为。

6.DRG 付费管理

由市局统一选取相关 DRG 付费定点机构病例覆盖病组的前 10 个组，每个病组各抽取 10 例，总数 100 例；对实际发生病例数同比增幅较大且病例总数较多的病组，特别是同一 ADRG 内病例总数相对稳定，但伴一般合并症并发症或伴严重合并症并发症病组（DRG 病组编码 1、3 或 A 结尾的）、病例增长异常的，取前 5 个组，每组 10 例，总数 50 例；对 14 天或 7 天再入院、实际发生病例数较多的病组，取前 5 个组，每组 10 例，总数 50 例；对例均费用与上年相比变化幅度较大且实际发生病例数较多的病组，取前 5 个组，每组 10 例，总数 50 例；对高倍率病历且实际发生病例数较多的病组，取前 5 个组，每组 10 例，总数 50 例；对各定点机构病组大于 5 例且例均盈利前 5 的组，每组取 10 例，总数 50 例。实际检查工作中，抽取病例数不限于以上例

数，以实际抽取例数为准。

重点检查可能存在的分解住院、高编入组、转嫁费用、推诿患者、低编高套、诊疗不足、虚记费用、虚假治疗等违法违规行为。具体包括以下几方面：

（1）分解住院。主要包括：将转科的患者作再入院处理，从而形成两次出院结算；将住院时间长、费用高的患者在住院过程中多次办理出入院手续；同一患者在相同医疗机构一定时间段内再次住院等。

（2）高编入组。主要包括：无视患者诊疗过程，根据权重或分值情况调整主要诊断和其他诊断顺序；增加无诊断依据支持、未进行治疗的其他诊断；增加实际未进行的手术操作编码等。

（3）转嫁费用。主要包括：对住院期间发生的费用，让患者自行去门诊缴费；让患者自行去药店购买医院常备药品；自付比例异常偏高等。

（4）推诿患者。存在推诿疾病多、病情重、急危症等医疗总费用可能超过 DRG 付费标准的患者等情形。

（5）低编高套。医疗机构违反病案首页/医疗保障基金结算清单填写规范，存在漏填诊断、错误选择主诊断、手术漏填、错误选择主手术等问题，导致病案进入费用较低病种的情况。

（6）诊疗不足。主要包括：削减疾病必要诊疗项目的数量，甚至不开展必要诊疗项目；降低疾病诊疗项目的质量等。

（7）虚记费用。主要包括：收取某耗材费用，病人实际未

使用或实际使用数量少于收费数量；收取某诊疗项目费用，病人实际未实施或实际实施数量少于收费数量等。

（8）虚假治疗。主要包括：病案首页手术治疗无麻醉项目收费（局麻手术除外）；手术病人感染项目筛查相关收费；经腔镜下手术缺失腔镜类收费项目等。

7.药械采购

（1）网下采购情况。公立医疗机构药品、高值医用耗材是否存在违规网下采购、线下采购金额过大频次过多的问题，临时采购完成3个工作日内是否及时通过采购平台进行登记。高值医用耗材管理、内部基础管理、监管能力建设等制度是否健全、是否落实到位。

（2）集采产品约定采购量完成情况。医疗机构是否严格按照带量购销合同约定，在协议期内按规定进度完成国家、省集采产品约定任务。

（3）医疗机构报量情况、中选产品和非中选产品采购使用情况。重点排查不参与集采报量或报量少但仍大量采购中选药品，以及大量采购非中选药品或可替代药品等问题。

（4）网上订单运行情况。对于网上采购药品和医用耗材，医疗机构是否在平台内准确填写品种、数量、价格、企业等相关信息，并于到货后24小时内进行签收确认。是否存在集采药品、耗材直接结算超期（超过30天）不确认的情况。

五、工作安排

（一）匹配执法人员

由于本次检查与中医康复领域医保基金使用情况专项检查同步开展，因此由中医康复领域医保基金使用情况专项检查 5 个检查组同步开展检查工作，检查人员由执法检查人员、医疗专家、信息化人员、财会专家等人员共同组成（具体名单详见附件 1）。其中，市直检查组负责检查文登区及经办机构，环翠区检查组负责检查荣成市，文登区检查组负责检查市直区域，荣成市检查组负责检查乳山市，乳山市检查组负责检查环翠区。

（二）匹配检查对象

10 月下旬，启动 2023 年度全市医疗保障领域“双随机、一公开”抽查检查暨 DRG 付费专项检查行动，具体时间、地点另行通知。通过“双随机、一公开”系统抽取检查对象，并现场公布抽取结果。

（三）组织培训

所有检查组人员需于启动仪式后，在指定地点参加集中培训，培训结束后，由各组组长安排具体工作。

（四）开展检查（10 月 23 日-11 月 15 日）

第一阶段（10 月 23 日-10 月 25 日）：数据筛查及装备准备。

各组组长根据检查对象名单安排数据提取工作，抽取 DRG 付费相关病例，组织专家做好问题初筛；通知被检查的定点医疗机构准备检查场地、内外网络、电子病历读取设备和相关资料，安排组员准备行政执法文书、笔记本电脑、照相机、执法记录仪、

录音笔等检查所需的装备，按照检查区域合理安排路线和行程，准备食宿和车辆等。

第二阶段（10月26日-11月15日）：现场检查。

各检查组根据抽取的检查对象名单分别赴定点医疗机构所在地开展检查。

1.召开启动会议。各检查组召集被检辖区医保部门分管负责人、被检机构主要负责人及相关工作人员召开启动会，传达此次检查的工作要求，强调务必确保所提供数据资料的真实性并积极配合检查组开展工作，安排现场检查有关事宜，并听取被检辖区医保部门分管负责人意见建议等。

2.做好调查取证。各检查组在检查中全程录像，对发现的线索，要做好证据提取和留存，属于信息系统数据的，导出电子版或拍照保留，属于纸质材料的，通过拍照或复印进行保留。进行现场检查时，要注意完善文字记录、规范音像记录，并将依法依规取得的被检机构涉嫌违法违规问题的相应证据材料如实完整记录，确保被检机构涉嫌违法违规问题认定准确、金额核实无误、证据链完整。对于检查发现的问题要及时与被检机构进行充分沟通反馈，对被检机构提交的解释说明和相关证据材料要进行充分研判。

3.制作现场笔录。检查组在检查的同时要制作询问（调查）笔录（详见附件2），对被检查的人员、内容、检查结果、发现问题、取得的资料、要求带走的资料以及相关人员的解释说明和

证言证词等都要进行记录，并要求被检机构负责人或相关工作人员签字，被检机构负责人或相关工作人员拒绝签字的，不影响调查结果的效力，但是应当在调查笔录中载明。

4.反馈被检机构。现场检查作出检查结论前，检查组应当向被检查机构反馈检查的有关情况（详见附件3）。被检查机构有异议的，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，并最终形成检查结论反馈被检机构，由被检机构负责人签字盖章确认（详见附件4）。

5.案件反馈立案及移交。现场检查结束后，各检查组要将检查情况形成《情况反馈》（详见附件3）、《检查报告》（详见附件4），将需要移交给当地医保部门的相关检查资料及证据等通过《交接单》（详见附件5）详细表述并移交。组织被检辖区医保部门负责人及有关人员召开反馈会议，对检查情况进行反馈，双方签字完成移交工作。《检查报告》、《情况反馈》、《交接单》均一式两份，一份移交被检机构所在地医保部门，一份报送市医保局基金监督管理科。

被检机构所在地医保部门要配合检查组对情况反馈和移交资料进行调查立案，检查组要形成案件调查报告。由被检机构所在地医保部门对有关违法违规问题线索依法依规作出处理，并将处理情况报送市医保局。

6.进展反馈。各检查组指定一名组员，负责每天填写日报表

(详见附件6),向市局基金监督管理科报送每日工作进展情况。检查工作中形成的询问(调查)笔录、情况反馈、交接单、日报表、检查报告等书面材料,要按照档案管理规范整理并妥善保存。

(五) 结果汇总

各检查组完成全部检查工作时,需对本组检查工作总体情况、检查发现的问题、处理意见等形成一份总结报告,由组长签字确认,于11月25日前报送市医保局基金监督管理科。

(六) 违规违法处理(12月10日前完成)

对于本次检查中查实的违法违规使用医保基金行为,各级医保部门必须依法依规进行处理,并于11月30日前追回违法违规使用的医保基金本金;对于医疗机构及医务人员涉及违反医疗行业诊疗标准和技术规范等行为,移交卫生健康部门;涉及价格违法的,移交市场监管部门;涉嫌欺诈骗保犯罪的,移送司法机关;涉嫌职务犯罪的,移送纪检监察机关;应移送其他有关部门的,于12月10日前完成。因特殊情况需延期处理等,要书面报告市医保局。

六、工作要求

(一) 加强组织保障。开展“双随机、一公开”抽查检查暨DRG付费专项检查是适应医疗保障改革形势、推进依法行政、保障基金安全运行和参保人员合法权益的重要手段。各级医保部门要充分认识做好这项工作的重要意义,将其作为创新基金监管方式、提升综合监管效能的关键抓手。市局基金监督管理科负责

统筹安排“双随机、一公开”抽查检查工作；办公室负责做好跟踪报道和后勤保障工作；规划财务和法规科负责做好检查期间相关费用的支出管理工作，并提供必要的法律法规指导服务；医药服务管理科、待遇保障科、医药价格和招标采购科负责为检查人员提供必要的医药、待遇、价格等方面的政策咨询。

（二）强化责任落实。各区市要高度重视本次检查工作，督导辖区内医保经办机构、定点医疗机构严格落实工作责任，明确责任人员，全力配合检查。对检查所需各项资料，必须及时、全面、如实提供；对检查中发现的问题线索，要切实抓好调查落实，做到不掩饰、不回避、不推诿、不护短，严格依法依规进行处理。凡因隐匿、损毁、拖延报送或不提供、不积极配合等影响检查工作的，由被检机构承担全部责任。各相关医疗机构要对照检查方案，深入开展自查自纠，加强病案管理、成本核算管理和临床路径管理，不断规范临床诊疗和价格行为，提升基金使用效能。

（三）严肃工作纪律。各检查组实行组长负责制，明确责任人员和岗位职责，全面做好各项准备、协调和检查等工作。开展检查时，执法人员要出示执法证件，检查过程中要严格遵守检查纪律，按照检查程序全程录像、留存证据。要严格遵守国家法律法规，严格规范行政执法、监督检查行为，落实保密规定和回避制度，不得影响被检机构的正常工作秩序。要严格落实中央八项规定精神，不接受任何可能影响公正检查工作的宴请和土特产。

（四）落实经费保障。各参检单位分别负责被抽调参加检查

人员的食宿、交通、差旅等费用；医疗专家、财务人员费用由市局参照威医保办发〔2019〕18号文件有关规定执行。检查人员应严格遵守财务报销制度。

- 附件：1.2023 年度威海市医疗保障局“双随机、一公开”抽查检查暨 DRG 付费专项检查组人员名单
- 2.威海市医疗保障局“双随机、一公开”抽查检查暨 DRG 付费专项检查询问（调查）笔录
- 3.威海市医疗保障局“双随机、一公开”抽查检查暨 DRG 付费专项检查情况的反馈意见
- 4.威海市医疗保障局“双随机、一公开”抽查检查暨 DRG 付费专项检查情况的报告
- 5.威海市医疗保障局“双随机、一公开”抽查检查暨 DRG 付费专项检查交接单
- 6.威海市医疗保障局“双随机、一公开”抽查检查暨 DRG 付费专项检查情况日报表
- 7.威海市医疗保障局“双随机、一公开”抽查检查暨 DRG 付费专项检查住院病历核查记录表
- 8.威海市医疗保障局“双随机、一公开”抽查检查暨 DRG 付费专项检查药品（耗材）检查情况记录表