# 202\_年定点医疗机构检查方案(7篇)

来源：网络 作者：琴心剑胆 更新时间：2020-10-02

*“方”即方子、方法。“方案”，即在案前得出的方法，将方法呈于案前，即为“方案”。写方案的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？以下是小编精心整理的方案策划范文，仅供参考，欢迎大家阅读。定点医疗机构检查方案篇一加强基金监管是各级医保部门首...*

“方”即方子、方法。“方案”，即在案前得出的方法，将方法呈于案前，即为“方案”。写方案的时候需要注意什么呢？有哪些格式需要注意呢？以下是小编精心整理的方案策划范文，仅供参考，欢迎大家阅读。

**定点医疗机构检查方案篇一**

加强基金监管是各级医保部门首要任务，各辖市（区）医保部门、各级卫生健康部门要提高政治站位，以安徽太和县多家医院骗保事件为问题导向，坚决贯彻落实党中央、国务院、省关于加强基金监管、维护基金安全的系列部署要求，全面动员、全面部署，集中力量、集中时间在规定时间内完成本次专项治理“回头看”，形成露头就打的态势，让不法分子断掉念想，切实扛起监管责任，有效防范化解基金风险。

（一）检查对象

本次专项治理“回头看”覆盖全市所有医保定点医疗机构，重点在县、区级人民医院、一级医疗机构、民营医疗机构、社区卫生服务站及村卫生室。

（二）检查方式

1.组织属地监管为主，市医保局统筹利用好所属各市、区检查力量，采取交叉互查等方式，对可疑线索开展现场核查、病历审查、走访调查、突击夜检，实现监督检查全覆盖无死角。

2.通过医保智能监控信息系统，研判年底定点医疗机构上传医保数据异常性，筛查辖区内2020年度住院频次较高、入院时间较为集中、出院报销金额接近的疑似违规住院结算数据，重点筛查建档立卡贫困户、集中供养五保户、老年病轻症患者住院结算情况，有针对性开展有因检查。

（三）检查内容

1.诱导住院。利用“包吃包住、免费体检、车接车送”等方式，或者通过“有偿推荐、减免起付线及个人自付比例”等手段，诱导不符合住院指征的参保群众住院等骗取医保基金的行为。

2.虚假住院。采取挂床、冒名顶替等手段，对实际未住院治疗的患者，通过编造诊疗项目、伪造医疗文书等手段骗取医保基金的行为。

3.其他违规使用医保基金的行为。通过超标准收费、串换项目收费、分解收费、重复收费、虚计多记数量等方式违规计费；超药品及诊疗项目限定支付范围使用医保基金的行为。

（一）加强组织领导，压实监管责任。市医保局、市卫健委是本次专项治理“回头看”的第一责任人。加强组织领导，建立分管局长为组长的工作小组，联合公安、市场监管、纪检监察等部门，建立工作专班，健全工作机制，制订工作方案，细化治理举措，明确责任分工，落实责任到人，切实压实监督检查责任。

（二）加大宣传力度，强化社会监督。鼓励动员全民参与监督，积极举报欺诈骗保问题。完善举报线索处理流程，充分利用举报线索，以举报线索为切入点，举一反三将市内类似问题、类似医疗机构一并纳入核查范围。落实举报奖励措施，依法依规重奖快奖，营造全社会关注、参与、支持基金监管工作的协同监管氛围。专项治理期间发现的典型案例，发现一例，公开曝光一例，强化震慑作用。

（三）依法依规检查，加大惩戒力度。违法违规行为一经查实，要依法依规从严从重从快暂停一批、取消一批、处罚一批违法违规违约的定点医疗机构。对查实存在欺诈骗保行为的定点医疗机构，责令退回医保基金，并处骗取金额2-5倍罚款；对性质恶劣、影响较大的定点医疗机构相关责任人，要依职权分别移送纪检监察、卫生健康、市场监管等部门处理。涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。医保部门、卫生健康部门及其工作人员，经查实存在滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，要依法依规严肃追责问责；涉嫌违反相关法律法规的，移交有关主管部门依法处理。要按规定实施信用信息公开，加大信用联合惩戒。

各辖市（区）医疗保障部门，每周四下午5时前将“回头看”进展情况报市医保局。于2021年1月29日前，向市医保局报送定点医疗机构专项治理“回头看”情况总结报告。

**定点医疗机构检查方案篇二**

各县市区医疗保障局、卫生健康局、南湖新区医保部门，市局机关各科室、各直属单位：

为进一步巩固“医保清风”打击欺诈骗保专项治理工作成果，切实堵塞定点医疗机构欺诈骗取医保基金漏洞，根据国家医保局办公室、国家卫生健康委办公厅《关于开展定点医疗机构专项治理“回头看”的通知》（医保办发〔2020〕58号）和省医疗保障局、省卫生健康委《关于开展定点医疗机构专项治理“回头看”的通知》（湘医保发〔2020〕50号），现决定在全市范围内开展定点医疗机构“医保清风”专项治理“回头看”，集中打击“假病人、假病情、假治疗”等违法违规使用医保基金行为。特制定本工作方案：

近日，新闻媒体曝光了安徽省太和县多家定点医疗机构诱导住院、虚假住院等涉嫌套取医保基金问题，性质恶劣，影响极坏，反映出欺诈骗保形势依然严峻、医保基金监管仍存漏洞、基层监管责任尚未压实。各县（市）区局要充分认识做好医保基金监管工作的复杂性、长期性和艰巨性，将维护基金安全作为当前医疗保障工作的首要政治责任，必须引起高度重视，举一反三，持续堵漏洞、强监管、严惩处，确保基金安全。

成立岳阳市定点医疗机构“医保清风”专项治理“回头看”工作领导小组，全面部署全市定点医疗机构专项治理“回头看”工作，研究解决工作中的重大问题。

办公室设在市医保局基金监管科，负责制定工作方案并组织实施，督导工作进展，收集总结工作情况等，市医保局基金监管科科长石磊兼任办公室主任。

本次专项治理“回头看”范围为全市所有医保定点医疗机构。时间自发文之日起，至2021年1月31日结束。

（一）诱导住院。利用“包吃包住、免费体检、车接车送”等名义或者通过“有偿推荐”等方式，诱导不符合住院指征的参保群众住院等骗取医保基金的行为。

（二）虚假住院。采取挂床、冒名顶替等手段，对实际未住院治疗的患者，通过编造诊疗项目、伪造医疗文书等手段骗取医保基金的行为。

（一）通过医保经办系统、智能审核与监控系统、大数据分析等各种手段，全面筛查辖区内 2020年度住院频次较高、入院时间较为集中、出院报销金额接近、近亲属关系及同居住地人员“同进同出”等疑似违规住院结算数据，重点筛查建档立卡贫困户、集中供养五保户、老年病轻症患者住院结算数据，为专项检查提供数据支持。

（二）通过现场核查、病历审查、走访调查等方式，确保监督检查全覆盖。

（一）设立举报电话。市局及县（市）区局要设立专门的举报电话，并在医保经办窗口、各协议医疗机构显要位置公布举报电话，加大宣传力度，鼓励动员全民参与监督，积极提供举报线索。要安排专门工作人员值守接听，记录举报内容，建立举报线索台账，并注意保护举报人的个人信息。全面落实《湖南省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则（试行）》举报奖励措施，对符合条件的举报人员实行“快奖”、“重奖”。

（二）全面宣传警示。各县（市）区局要及时通过会议、培训、上门宣讲、发送告知书等多种方式向辖区内所有定点医疗机构通报太和县案件查处情况，及此次专项治理“回头看”工作部署，全面展示党和国家打击诱导住院、虚假住院，肃清欺诈骗保行为的坚定决心与强力手段，全面震慑与遏制可能存在的欺诈骗保行为或者行为倾向。

（三）全面监管稽查。各县（市）区局要整合各方资源，集中专门力量，结合平时举报线索，创新工作方式，采取分组分片区，逐一排查辖区内定点医疗机构诱导住院、虚假住院等欺诈骗保行为，实现监管稽查全覆盖无死角。

（四）开展专项抽查。本次专项治理“回头看”，将抽调市县（区）两级精干力量组成联合检查组，采取交叉检查的方式对全市辖区内医保定点医疗机构进行抽查。检查组成员主要由医保基金监管、事务中心、稽核中心工作人员和第三方服务人员组成。市医疗保障事务中心抽调3名人员、市医疗保障稽核中心抽调9名人员；各县（市）区医保部门各抽调2名业务骨干；创智和宇、长信畅中、泰阳网络公司各选派1名大数据分析员；第三方服务人员由市局通过购买服务方式安排。专项工作组下设6个检查小组，具体负责现场检查的组织与实施。具体人员分组、被检查单位由市医保局、市卫健委按照“双随机一公开”方式随机抽取，于检查前另行通知。

（一）加强组织领导。医保、卫健部门是本次专项治理“回头看”工作的牵头单位，要紧密协同公安、市场监管、纪检监察等有关部门，建立工作专班，健全工作机制，制订工作方案，细化治理举措，明确责任分工，落实责任到人。要聚焦重点，建立台账，倒排时间，严查重罚，确保专项治理取得实效。

（二）联合从严惩戒。定点医疗机构经查实存在欺诈骗保行为的，由医保部门责令退回医保基金，并处以骗取金额2倍以上5倍以下罚款；责令定点医疗机构暂停医保服务协议或解除协议；对定点医疗机构相关医务人员，由卫健部门依法给予处罚；对直接负责的主管人员或者其他直接责任人员，依法依规给予处理。医保、卫健等部门工作人员经查实存在滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，要依法依规严肃追责问责。涉嫌违反相关法律法规的，移交有关主管部门依法处理。

（三）严肃工作纪律。参检工作人员应依法依规开展检查，不得跑风漏气，对发现的问题不掩饰、不回避、不隐瞒、不护短。严格遵守市委九条规定和医保工作人员十二条禁令，处处维护医保工作人员的良好形象。

**定点医疗机构检查方案篇三**

根据《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》（安徽省人民政府第284号令）文件精神和省医保局《安徽省基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》、《安徽省基本医疗保险定点零售药店服务协议》、《安徽省医疗保障协议医师管理办法（试行）》及其实施细则（试行）等相关规定，按照国家、省、市关于开展打击欺诈骗保、维护基金安全专项行动要求，并结合我区实际特制定本方案。

通过对全区医保定点医药机构医保基金监管“全覆盖”，加强对全区各医保定点医疗机构与定点零售药店管理，规范医保定点服务行为，依法依规强化监管、堵塞漏洞，严厉打击欺诈骗保行为，加快建立健全医保基金长效监管制度，切实维护参保人员合法权益。

包括日常监管、专项检查（含各部门联合检查）、双随机检查、第三方审核、重点回头看检查、网络数据分析监测等方式。

日常监管：主要核查各定点医药机构遵守《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》、执行《安徽省基本医疗保险定点服务协议》的监督管理，是“全覆盖”监管的主要手段。

专项检查（含各部门联合检查）：主要是根据上级有关部门的医保工作实际情况，在特定时期或特定的范围，针对突出的问题开展的重点监督检查。

双随机检查：随机抽取检查对象、随机选派检查人员进行的监督检查。

第三方审核：由第三方审核机构，对定点医疗机构医保住院病案的抽查审核。

重点回头看检查：是在日常监管、专项检查、双随机检查及第三审核中突出的、集中的问题进行回头检查。

网络数据分析监测：是对各定点机构医保信息数据进行整理分析、测算，监控违法、违规现象等。

20-年对全区所有定点医药机构实现100%全覆盖检查，检查监管频次不低于1.5次/家，原则上每半年进行一次。

监管检查工作是省市区打击欺诈骗保专项行动的工作重点，是专项行动的深化与延伸，为强化工作职责，落实责任，成立两个工作小组，每组5名成员（其中含随机抽取医保专家库成员2名），在各批次监管检查中交叉执行。

即日起至20-年年底。

（一）规范医保行为。通过监督检查，核对全区基本医疗保险定点医药机构的基本数据，完善定点医药机构基本台账。检查中要宣传医保各项政策要求和法律法规规定，对发现的各种不规范行为，及时指出，要求整改，并予以记录。情节严重的，采取暂停结算、拒付（追回）费用、扣除违规费用、终止协议等手段给予纠正。通过监督检查中的宣传教育、纠错改正，使我区各定点医药机构的行为进一步得到规范。

（二）严查违法骗保行为。对发现违法违规行为，依法依规从严、从快、从重给予行政处罚。加强与卫健、公安、市场监管、审计、监察等部门密切配合，移交相关违法违规线索，依法给予处罚。涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

（三）建立长效机制。认真梳理检查工作中发现的问题，结合我区工作实际，创新监管手段，提升监管能力，堵塞风险漏洞，建立健全基金长效监管制度体系。加快医保基金监管诚信体系建设，建立激励约束机制，强化医药服务机构和参保人员责任意识，自觉维护医保基金安全。

（一）定点医疗机构

1、定点医疗机构监督检查《医保医疗服务协议》遵守情况、《医疗价格服务目录》遵守情况、《医保药品目录》遵守情况、《医保医师协议》签订及遵守情况；

2、是否存在重复、分解、过度、超限制范围、冒名顶替、挂名住院等违规诊疗行为；

3、是否存在降低入院标准、挂床住院情况；

4、是否存在用药不规范行为：超量用药、重复用药、超限制范围用药等；

5、是否存在以医保定点名义从事商业广告和促销活动，诱导医疗消费等；

6、是否存在未经批准擅自使用诊疗项目，并纳入医保基金支付行为；

7、定点医疗机构医保协议医师积分考核，按照《安徽省医疗保障协议医师管理办法（试行）》（皖医保发〔20-〕12号）文件执行，对存在违规行为的医保医师，现场告知扣分处理事项，并出具《医保医师扣分告知书》。

8、其他违反基本医疗保险规定的行为。

（二）定点卫生室或诊所

监督检查包括《医保医疗服务协议》遵守情况。参保就诊人员就诊时是否严格核验身份信息，门诊日志登记是否完整，是否为参保人员提供合理检查、合理治疗、合理用药服务，其他违反基本医疗保险规定的行为。

（三） 定点零售药房

监督检查包括《医保定点零售药店服务协议》遵守情况，营业证照（《药品经营许可证》、《营业执照》、《执业药师注册证》）是否齐全并悬挂上墙，执业药师是否在岗。店内是否摆放、销售除经营药品、医疗保健器械、消毒用品、医用材料外其他物品（如各类生活日用品）（赠品或积分兑换用品不得摆放在店内经营区域），其他违反基本医疗保险规定的行为。

城区内定点医药机构均系市、区两级医保共同定点，为避免多点检查、重复检查等现象，与市局会同协商，由市局统一安排采取联合检查和日常监管相结合。

认真谋划，熟练掌握医保法规政策，根据打击欺诈骗保专项行动部署和要求，有重点、有针对性的监督检查，务求“全覆盖”监督检查取得实效，确保监督检查不走形式、不走过场。

1、加强定点医药机构服务管理。将日常医务审核与实地检查有机结合，提高定点医药机构自觉执行医疗保险服务协议的法律意识。

2、着力提高监督检查整改力度。被监督检查对象必须按照要求做好整改，并上报《整改报告》，接受巡查验收。对拒不整改的，暂停刷卡直至取消定点资格。

3、及时上报监督检查工作情况。监督检查工作结束后，监督检查小组要将监督检查工作开展情况及发现问题以书面形式报告，并做好巡查验收工作。

4、认真执行监督检查工作纪律。不准接受被监督检查对象安排的住宿；不准接受被监督检查对象安排的宴请、旅游、娱乐和无偿提供的交通、通讯工具；不准接受被监督检查对象安排的纪念品、礼品、礼金和各种有价证券或报销任何因公因私费用；不准向被监督检查对象提出其他与监督检查工作无关的要求。

**定点医疗机构检查方案篇四**

为了认真贯彻落实习近平总书记重要批示指示精神和党中央、国务院的决策部署，持续规范定点医药机构服务行为，提高服务质量，不断提升人民群众的获得感，2020年在全县定点医药机构中集中开展“五合理”、“四规范”专项检查。根据国家医保局《关于当前加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知》（医保办发【2018】21号）和延安市医疗保障局《关于在全市定点医药机构开展“五合理”、“四规范”专项检查实施方案》（延医保发【2020】25号）文件要求，特制订本实施方案，请认真贯彻落实。

对定点医药机构开展每年四次集中检查。对定点医疗机构开展“五合理”检查，即合理诊断、合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费；对定点零售药店开展“四规范”检查，即规范信息系统、规范经营项目、规范价格政策、规范服务行为。通过常态化的检查，推动定点医药机构精细化管理，提高参保人员待遇和获得感。达到堵漏洞、强监管、重惩处、严震慑的目的，进一步完善医疗保障治理体系，确保医保基金安全，促进制度公平可持续。

（一）突出重点，点面结合。县医保部门要确定每次检查的主要项目和重点内容，全年要实现专项检查覆盖所有定点医药机构，覆盖所有服务项目和环节。

（二）分级负责，市县联动。县医保部门对辖区内定点医药机构一年检查四次，实现全覆盖，市局负责将对各县（市、区）工作情况进行抽查。

（三）从严监管，纠管并重。专项检查实行常态化管理，对发现有违规行为的从严处理，同时加大对共性问题的治理力度，规范定点医药机构诊疗行为，推动定点医药机构转变服务理念，实施精细化管理，提高服务质量。

（一）对定点医疗机构开展“五合理”检查

1.合理诊断。重点检查收治患者是否符合入院标准；平均住院日、入出院诊断符合率、术前术后诊断符合率、危重病人急诊抢救成功率、病房抢救成功率、基础护理合格率等各项指标是否符合行业要求。对基层医疗卫生机构，重点检查挂床住院、重复住院、门诊转住院、串换药品耗材诊疗项目等违规行为。

2.合理检查。重点检查住院期间对参保患者是否进行实质性、针对性的检查、超诊断范围检查、住院转门诊检查、大型医疗设备检查阳性率是否符合国家标准。执行检查检验结果互认制度等情况。

3.合理治疗。重点检查治疗方案是否与疾病诊断相符合，是否按照临床路径规范诊疗，有无故意拖延住院时间而增加患者医疗费用等违规行为。

4.合理用药。重点检查是否按照药品使用原则合理用药，是否优先使用集中采购的药品和医用耗材，是否足量配备并按规定使用特殊药品，出院是否超规定带药，住院期间是否有让患者到院外购药等违规行为。

5.合理收费。重点检查执行明码标价和公示制度情况，是否有相关部门批准的收费标准依据，是否有超标准收费、分解收费、虚记费用、重复收费、套用项目收费等。是否有诱导参保人员住院，虚构医疗服务、伪造医疗文书票据、盗刷社保卡等违规行为。

（二）对定点零售药店开展“四规范”检查

1.规范信息系统。重点检查是否配备医药管理信息系统，医药、医保系统数据是否统一，有无健全的药品进销存记录、库房盘点记录，数据是否可追溯两年以上。是否按有关规定配置了与医保系统联网的医保专用计算机，并确定专人负责管理和操作，上传数据是否真实、准确。联网的计算机是否有网络安全防护手段，能否确保医保相关数据安全、完整，医保数据是否做好备份。

2.规范经营项目。重点检查药店是否在显要位置悬挂定点零售药店标牌，按要求配备执业药师。是否摆放和销售个人账户支付范围外物品等违规行为。

3.规范价格政策。是否落实明码标价和价格公示制度，能够自觉接受有关部门的监督检查，是否认真落实药品价格监测制度，按时上报有关监测数据，并对数据的真实性负责。参保人员用社保卡（医保卡）购药价格是否高于用现金购药价格等违规行为。

4.规范服务行为。执业药师是否在岗，能否确保供药安全有效，杜绝出现假劣药，能否做到为参保人员提供刷卡、查询、密码修改、医保卡挂失等服务，并对购药的参保人员认真进行身份验证和证卡识别。有无留存参保人证卡，以及盗刷社保卡、串换药品耗材、为参保人员套取现金或购买营养品、保健品、化妆品、生活用品等违规行为。

（一）定点医药机构自查

一是要认真学习医保政策。各定点医药机构要组织工作人员认真学习中省市医保政策和关于定点医药机构管理相关文件，严格执行《2020年延安市基本医疗保险定点医疗机构服务协议》、《2020年延安市基本医疗保险定点零售药店服务协议》等，深刻领会文件精神，做到政策培训到位。二是对照标准开展自查。各定点医药机构要对照“五合理”、“四规范”检查内容，逐项逐条，检视问题，通过开展处方、病历点评、个别抽查等方式，对本单位执行医保政策、诊疗服务行为、检查、用药、收费等方面开展深入自查，并扎实做好问题整改。三是整改并上报自查报告。各定点医药机构要将发现的问题汇总整理，将问题反馈到相关科室或部门，督促指导整改，能及时整改的马上整改，不能及时整改的，要落实整改责任人，制定整改方案和时限，尽快整改。同时将自查情况书面上报医疗保障局。四是建立完善制度。各定点医药机构要深入调研分析发现的问题，进一步完善管理制度，严格落实相关法律法规和政策规定，建立健全长效监管机制，杜绝发生跑冒滴漏现象。

（二）县级检查

医疗保障局组织对所管辖区域内定点医药机构采取多种方式全面检查。市局要求每季度末将检查情况书面报市局医药服务管理科。

（三）市级抽查

市医疗保障局每季度对县（市、区）检查情况进行抽查，对发现的问题按照定点医药机构协议及有关规定进行处理，对各县（市、区）专项检查开展情况每半年进行一次排名，全市通报，并纳入年度考核。

专项检查实行按季度检查，定点医药机构每季度第二个月末向医保局报送自查报告，县（市、区）医保局、市医保经办处每季度末月20日前向市局报送检查报告，市局每季度进行抽查。

（一）高度重视。医保部门要认真落实习近平总书记关于医保基金监管工作的重要批示指示精神，按照中省市医保工作的部署要求，统筹做好定点医药机构监督工作，把“五合理”、“四规范”检查做为规范定点医药机构服务行为，提高服务质量的有力抓手，全面安排部署，创新检查方式，指定专人负责，夯实工作责任，注重检查效率，及时总结经验，确保专项检查工作落到实处。

（二）健全机制。医保部门要在检查中积极探索创新，不断完善定点医药机构管理机制。进一步完善各项管理制度，健全制度体系，提升管理效能。要加强日常监督，建立常态化监管机制。对严重违规的定点医药机构，按照协议暂停或终止定点资格，完善动态管理机制。要加快形成对定点医疗机构、定点零售药店、医保医师等为主体的监管评价体系。

（三）加强宣传。医保部门要结合4月份集中宣传月活动和当前疫情防控形势，组织开展适当形式的宣传活动，动员全社会正确认识和主动参与医药服务监管工作。依托市医保局官网和微信公众号等渠道宣传医保管理工作中好的做法和经验，发挥正面引领作用，为专项检查营造良好舆论氛围。

**定点医疗机构检查方案篇五**

为确保专项排查工作按时完成，成立专项治理工作领导小组。领导小组名单如下：

组 长：

副组长：

成员：

重点排查2020年1月1日以来区内定点医疗机构通过以下方式违规骗取医保基金的行为：

（一）诱导住院。利用“包吃包住、免费体检、车接车送”等名义或者通过“有偿推荐”等方式，诱导不符合住院指征的参保群众住院，从而骗取医保基金的。

（二）虚假住院。采取挂床、冒名顶替等手段，对实际未住院治疗的患者，通过编造诊疗项目、伪造医疗文书等手段骗取医保基金的。

（三）小病大治。对如腔隙性脑梗死、颈（腰）椎间盘突出等住院患者，医院不按实际诊断和疾病转归，违反诊疗规范实施过度检查、过度用药、过度诊疗、违规收费等手段骗取医保基金的。

区内所有定点公立医院（含镇街卫生院）、民营医院以及部分村级卫生室。重点排查平时举报线索集中的、专项治理行动中发现违规问题较多的定点医疗机构。

（一）通过医保结算系统。一是筛查出2020年度住院频次较高、入院时间较为集中、出院报销金额接近的疑似违规住院结算数据；二是重点筛查建档立卡贫困户、集中供养五保户、老年病轻症患者住院结算数据。

（二）采取现场核查、病历审查、电话（或走访）调查等方式对疑似数据进行逐一排查。

（三）各医疗机构结合2020年医保基金专项治理工作，根据本次重点排查内容先行自查，区医保局从12月21日开始组织人员开展专项督查。

（一）各医疗机构要高度重视此次专项排查工作，成立排查专班，迅速开展自查自纠，严格规范住院收治管理、严格规范诊疗行为、严格落实价格政策和管理制度，发现问题及时上报区医保局，确保专项排查工作取得实效。

（二）在开展专项排查工作中，排查人员要严格遵守国家法律法规，依法行政，严格遵守廉政规定，严禁利用工作之便刁难检查对象，不得收受检查对象的财物和宴请等。

（三）区医保局对查证属实的违规行为，坚决依法依规从严从重处理，绝不姑息；对相关责任人，依职权分别送移送纪检监察、公安、市场监管等部门处理；涉嫌犯罪的，移送司法机关处理；典型案件及时上报上级主管部门通报曝光。

**定点医疗机构检查方案篇六**

为贯彻落实省医保局《关于扎实开展定点医药机构现场检查全覆盖工作的通知》（苏医保函〔20-〕76号）要求，扎实推进全市的定点医药机构现场检查全覆盖工作，持续保持基金监管高压态势，结合我局工作实际，现制定宜兴市定点医药机构现场检查全覆盖工作方案：

为确保现场检查全覆盖工作的顺利开展，成立宜兴市定点医药机构现场检查全覆盖工作领导小组（以下简称“工作领导小组”）。工作领导小组由闻俊副局长任组长，监督科、价采科、待遇科和医保中心负责人组成，强化分工协作，落实目标任务，加强对现场检查全覆盖工作的组织领导，切实把现场检查全覆盖工作做实做透，不留盲点。

根据工作需要，现场检查全覆盖工作任务分工如下：

医保中心，应根据与第三方保险公司签订的《宜兴市城乡居民大病保险合同》约定，结合日常现场稽核检查目标任务，负责统筹保险公司力量开展对定点医药机构的现场检查，实现定点医药机构现场检查全覆盖。利用现场检查机会，同步开展新《条例》《定点医药机构管理办法》等基金监管政策宣传。

工作领导小组，根据现场检查全覆盖工作方案，负责开展对定点医药机构现场检查全覆盖工作的督查检查，督查检查覆盖定点医药机构数应不低于总数的5%。

现场检查重点检查定点医药机构医保政策和基金监管责任落实等情况，主要包括定点医药机构执业许可情况、医保服务协议签订情况、内部医保管理情况、医药价格和招标采购等医保政策执行情况（详见附件检查工作清单）。开展现场检查时，应认真对照检查清单内容，逐一问询记录，做到有案可查。

定点医药机构全覆盖现场检查，具体分为以下四个阶段：

（一）部署启动阶段。制定并印发《宜兴市定点医药机构现场检查全覆盖工作方案》，部署启动全覆盖现场检查工作。

（二）现场检查阶段。医保中心统筹大病保险的保险公司力量，落实检查清单，调查两定机构执行医保政策情况。现场检查细化每月检查任务，明确时间表，确保在11月底前实现现场检查全覆盖。

（三）督查抽查阶段。工作领导小组下半年起，对现场检查全覆盖工作开展督查。督查抽查分两组同时开展，督查一组由待遇科牵头、督查二组由价采科牵头，每组均应配备工作领导小组成员处室的工作人员，按不低于定点医药机构总数5%的比例，对照检查清单内容，逐一问询记录，抽查检查定点医药机构执行医保政策情况。到11月底，应完成督查抽查定点医疗机构6家、定点零售药店20家。

（四）检查处理阶段。对现场检查过程中发现的问题，要做好现场检查记录及问询记录，及时启动监督检查程序，严格依法行政，快查快处，做到案结事了。对违反医疗保险服务协议约定的，交由医保经办机构按协议约定进行处理；对涉嫌欺诈骗保的，交由局行政进一步立案查处；对涉嫌犯罪的，移送公安机关进一步侦办。

（一）高度重视，加强组织领导。各部门要高度重视，切实加强组织领导，落实工作责任，扎实做好定点医药机构现场检查全覆盖工作，严格按要求确保完成检查任务。对检查过程中发现的问题，要做到不掩饰、不回避、不推诿、不护短，严格依法办事，按规定程序处理。

（二）实行台账管理，强化工作调度。各部门要认真对照检查清单内容开展现场检查，专人汇总和装订成册（每月一册），做到有案可查。落实全覆盖检查进度月报制度，每月最后1个工作日前将检查情况汇总至医保稽核科，稽核科负责报送《定点医药机构现场检查全覆盖情况统计表》并报送下月检查计划至无锡市局。要加强对现场检查全覆盖情况工作调度，采取有效措施压实工作责任，确保在12月底前完成现场检查全覆盖工作任务。

（三）严肃纪律，严守廉政规定。各部门在开展全覆盖现场检查过程中，要严格遵守国家法律法规，依法行政，严格执行中央八项规定和省委十项规定精神，严禁利用工作之便刁难检查对象，不得收受检查对象的财物和宴请等。不得因检查影响医药机构的正常工作秩序。

**定点医疗机构检查方案篇七**

根据《广西壮族自治区医疗保障局关于印发广西2020年打击欺诈骗保专项治理工作方案的通知》（桂医保发〔2020〕25号）和《钦州市医疗保障局关于印发的通知》文件精神，结合我县实际，为进一步加强和规范医保定点零售药店的管理，为参保人员提供优质、合理的用药服务，保障医保基金安全运行，决定于今年底明年初在全县范围内对医保定点零售药店为参保人员提供的服务行为开展专项检查，工作方案如下：

通过开展对全县医保定点零售药店服务行为专项检查，进一步推进我县打击欺诈骗保专项治理工作，依法依规严肃惩处违规违法医保定点零售药店，管好用好医保基金，维护医保基金安全，维护广大参保人员的医疗保障合法权益。这次检查结果作为对全县医保定点零售药店2020年的年度考核结果 。

2020年12月28日至2021年1月10日。

全县医保定点零售药店。

通过对医保定点零售药店为参保人员提供的用药服务情况进行检查，全面检查定点药店是否仍符合医保定点零售药店准入条件，为参保人员提供的用药服务是否违反医保经办机构与之签订的服务协议有关规定，重点检查定点零售药店是否存在以下的违规行为：

（一）盗刷社会保障卡，为参保人员套取现金或购买化妆品、生活用品等非医疗物品；

（二）为参保人员串换药品、耗材、物品等骗取医保基金支出；

（三）为非定点医药机构提供刷卡记账服务；

（四）为参保人员虚开发票、提供虚假发票；

（五）不符合定点零售药店准入的主要条件要求（如营业面积缩减、营业时间药师不在岗、员工不参加社会保险等）。

（一）研究制定方案。2020年12月下旬，根据全市统一的检查工作方案，结合本县实际，制定具体实施方案，并将实施方案报市医保局。

（二）全面监督检查。2020年12月28日起，统筹协调各方资源，集中专门力量开展现场检查工作，实现对定点零售药店现场检查全覆盖（现场检查表使用附件1）。同时，结合定点零售药店自查自纠情况及日常监管、智能监控和投诉举报等发现的线索，突出重点，开展深入细致的调查和检查。

具体工作任务安排：每个局领导带领一个检查组负责县本级一个片区定点药店的检查工作（具体检查工作安排见附件2）

（三）处理违法违规问题。从专项检查开始至结束，对现场检查或市级抽查复核发现自查自纠不到位、仍存在医保违规问题的，及时依法依规从严顶格处理。

（四）检查工作总结。梳理各种查实的医保定点零售药店违规案例，及时向社会通报，形成宣传舆论攻势。认真总结专项检查中的好经验、好做法，把有效措施制度化、常态化。局医药价格和基金监管股负责于2021年1月10日前，收集好所有检查材料，将专项检查工作形成总结，连同附件3及相关典型案例报送市医保局。

本文档由范文网【dddot.com】收集整理，更多优质范文文档请移步dddot.com站内查找