

淄博市医疗保障局沂源分局

关于印发《淄博市医疗保障局沂源分局 “双随机、一公开”抽查工作指引（2025 版）》的通知

为规范我县医保领域“双随机、一公开”检查程序，明确工作流程，现制定《淄博市医疗保障局沂源分局“双随机、一公开”抽查工作指引（2025版）》，请予以贯彻执行。

淄博市医疗保障局沂源分局

2025年3月14日

（此件主动公开）

淄博市医疗保障局沂源分局“双随机、一公开” 抽查工作指引

总 述

本工作指引适用于《淄博市“双随机、一公开”抽查事项清单》所列各抽查事项的实地核查。除实地核查外，“双随机、一公开”监管中还可根据具体情况采取书面检查、网络监测、聘请专业机构等适当方式进行检查。

本工作指引适用于定点零售药店、民营定点医疗机构等各类检查对象。

一、前期准备

通过“双随机、一公开”监管工作平台，从检查对象名录库和执法检查人员名录库中，随机抽取检查对象和执法检查人员，并进行随机匹配。由“双随机”抽查发起单位，对执法检查人员进行必要的培训。

二、实施检查

（一）可通过现场检查、书面检查、数据分析等检查方式，实地核查人员不得少于2人，并应当出示执法证件。在核查中，应注意通过文字、音频或影像等方式留存核查痕迹，必要时可邀请相关人员作为见证人。依据检查工作需要，可以委托第三方开展检查等工作。鼓励运用信息化手段提高问题发现能力，实现全过程留痕。

（二）开展定点医药机构信用评价。按照《山东省定点医药机构医保信用评价办法（试行）》规定，医保信用评价结果

可以作为“双随机、一公开”抽查风险分类的依据，或根据定点医药机构使用医保基金的类型确定风险分类等级，依据风险等级合理确定抽查比例及频次。要将使用医保统筹基金的“双通道”、门诊统筹等定点零售药店作为检查重点，加大抽查频次、提高抽查比例。

（三）检查工作结束后，按照“谁检查、谁录入”的原则，将检查情况录入监管工作平台。

三、结果运用

检查结果应当在抽查检查完成之日起10个工作日内，履行审批程序，通过省公共信用信息平台、国家企业信用信息公示系统（山东）、省“双随机、一公开”监管工作平台、政府或部门门户网站等渠道，及时向社会公示抽查情况和抽查结果，主动接受社会监督。已实施检查但未公示的，视为未完成此次抽查。

对抽查发现的问题，区别不同情况分别作出处理：对存在欺诈骗保等违法违规行为，依法严肃处理，形成有效震慑；对定点医药机构违反定点服务协议的，责成医保经办机构依照协议追究违约责任；对属于其他部门管辖的，及时移交相关部门查处；对涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。

对纳入医保支付范围的医疗服务行为和医疗费用

开展监督检查工作指引

一、抽查事项

（一）医保定点零售药店医保基金使用情况检查。

（二）医保民营定点医疗机构医保基金使用情况检查。

二、检查内容和方法

（一）医保定点零售药店医保基金使用情况检查：通过现场检查方式，检查定点零售药店是否以聚敛盗刷社保卡、诱导参保人员使用社保卡购买化妆品、生活用品骗取社会保险基金支出。

（二）医保民营定点医疗机构医保基金使用情况检查：通过现场检查方式，检查医保定点医疗机构是否存在分解住院、挂床住院；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；重复收费、超标准收费、分解项目收费；串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算；造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

三、检查依据

（一）《中华人民共和国社会保险法》

第七十九条 社会保险行政部门对社会保险基金的收支、管理和投资运营情况进行监督检查，发现存在问题的，应当提出整改建议，依法作出处理决定或者向有关行政部门提出处理建议。社会保险基金检查结果应当定期向社会公布。

第八十七条 社会保险经办机构以及医疗机构、药品经营单位等社会保险服务机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段

骗取社会保险基金支出的,由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金,处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款;属于社会保险服务机构的,解除服务协议;直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的,依法吊销其执业资格。

第八十八条 以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的,由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金,处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。

(二) 《医疗保障基金使用监督管理条例》

第六条 国务院医疗保障行政部门主管全国的医疗保障基金使用监督管理工作。国务院其他有关部门在各自职责范围内负责有关的医疗保障基金使用监督管理工作。

县级以上地方人民政府医疗保障行政部门负责本行政区域的医疗保障基金使用监督管理工作。县级以上地方人民政府其他有关部门在各自职责范围内负责有关的医疗保障基金使用监督管理工作。

第十五条 定点医药机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定,核验参保人员医疗保障凭证,按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务,向参保人员如实出具费用单据和相关资料,不得分解住院、挂床住院,不得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,不得重复收费、超标准收费、分解项目收费,不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施,不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

定点医药机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

第十九条 第二款 定点医药机构不得为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利。

第二十二条 第二款 医疗保障行政部门应当加强对纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用的监督，规范医疗保障经办业务，依法查处违法使用医疗保障基金的行为。

第二十七条 医疗保障行政部门实施监督检查，可以采取下列措施：

- （一）进入现场检查；
- （二）询问有关人员；
- （三）要求被检查对象提供与检查事项相关的文件资料，并作出解释和说明；
- （四）采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式收集有关情况和资料；
- （五）对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存；
- （六）聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助开展检查；
- （七）法律、法规规定的其他措施。

第二十八条 医疗保障行政部门可以依法委托符合法定条

件的组织开展医疗保障行政执法工作。

第二十九条 开展医疗保障基金使用监督检查，监督检查人员不得少于2人，并且应当出示执法证件。

医疗保障行政部门进行监督检查时，被检查对象应当予以配合，如实提供相关资料和信息，不得拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报。

第三十条 定点医药机构涉嫌骗取医疗保障基金支出的，在调查期间，医疗保障行政部门可以采取增加监督检查频次、加强费用监控等措施，防止损失扩大。定点医药机构拒不配合调查的，经医疗保障行政部门主要负责人批准，医疗保障行政部门可以要求医疗保障经办机构暂停医疗保障基金结算。经调查，属于骗取医疗保障基金支出的，依照本条例第四十条的规定处理；不属于骗取医疗保障基金支出的，按照规定结算。

第三十八条 定点医药机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；造成医疗保障基金损失的，责令退回，处造成损失金额1倍以上2倍以下的罚款；拒不改正或者造成严重后果的，责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理：

（一）分解住院、挂床住院；

（二）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；

（三）重复收费、超标准收费、分解项目收费；

（四）串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；

（五）为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；

（六）将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算；

（七）造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

第四十条 定点医药机构通过下列方式骗取医疗保障基金支出的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款；责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以上 1 年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务，直至由医疗保障经办机构解除服务协议；有执业资格的，由有关主管部门依法吊销执业资格：

（一）诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据；

（二）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；

（三）虚构医药服务项目；

（四）其他骗取医疗保障基金支出的行为。

定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的，实施了本条例第三十八条规定行为之一，造成医疗保障基金损失的，按照本条规定处理。

（三）《山东省医疗保障基金监督管理办法》

第五条 县级以上人民政府医疗保障行政部门负责本行政区域医疗保障基金监督管理工作，其他有关部门按照职责做好相关工作。

第二十五条 县级以上人民政府医疗保障行政部门应当通过日常抽查、现场核查、专家审查等方式，对纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用进行监督，依法查处医疗保障经办机构、定点医药机构、参保人员违法使用医疗保障基金的行为。

第三十条 县级以上人民政府医疗保障行政部门可以会同公安、卫生健康、市场监督管理等部门建立联合检查、案件移送等工作机制，依法查处医疗保障基金违法行为。