

党风廉政及行风教育学习通知

(2024年5月)

各部门、各科室：

医疗保险基金是老百姓的“看病钱”“救命钱”。党中央、国务院历来高度重视医保基金安全，习近平总书记多次就维护医保基金安全作出重要指示批示。国家医保局、卫健委、财政部、公安部、最高人民检察院、最高人民法院等多部门联合，正以“零容忍”的态度严厉打击欺诈骗保。全国医药领域腐败问题集中整治工作也将“涉及医保基金使用的腐败问题”纳入整治重点。近日，国家医保局联合财政部、国家卫生健康委、国家中医药局印发了《2024年医疗保障基金飞行检查工作方案》（简称《工作方案》），在全国范围启动2024年医疗保障基金飞行检查（简称飞行检查）工作。

为进一步提高思想认识，切实做好飞检迎查工作准备，现将《2024年医疗保障基金飞行检查工作方案》政策解读及相关案例作为5月党风廉政及行风教育学习内容。请各科室、各部门高度重视，积极组织教职员工学习，树牢红线意识、底线意识，进一步加强医保规范化管理，共同守护医保基金的安全。

- 附件：1. 《2024年医疗保障基金飞行检查工作方案》政策解读
2. 国家医保基金飞行检查云南反馈会召开 2家定点医疗机构共涉及疑似违规金额1677.84万元

医院纪委办、监察室
医院行风建设办公室
2024年5月15日

附件 1

《2024 年医疗保障基金飞行检查工作方案》 政策解读

(来源：国家医疗保障局网站)

一、什么是飞行检查？

飞行检查是指医疗保障行政部门组织实施，对定点医药机构等开展的不预先告知的现场监督检查。飞行检查有三方面特点：

一是“以上查下、交叉互查”。由被检查地方的上一级医保行政部门组织，采取下查一级、不同行政区域交叉互查的方式开展，检查更加客观公正。

二是专业化程度较高。飞行检查由医保、财政、卫生健康、中医药等多部门联合组织，同时开展医保、医疗、医药、财务、信息等多个条线的监督检查，“穿透式”“深入式”程度更高。

三是检查规模化集中化。飞行检查组内分政策、医疗、财务、信息等工作小组，各小组间既各有分工又密切协作，实现区块化、规模化、集中化检查，工作效率更高。

2019 年国家医保局建立飞行检查工作机制以来，5 年间陆续组织 200 多个检查组次，在全国范围抽查定点医药机构近 500 家。各省纷纷效仿建立起省级飞行检查工作机制，2022 年以来已抽查定点医药机构 5000 多家。总体看，国家和省级飞行检查已累计追回医保相关资金 80 多亿元，产生了打击欺诈骗保、纠正违法违规行为、挽回医保基金损失、强化

高压震慑的积极效应，成为守护医保基金安全的“利剑”。

二、以往飞行检查中发现的主要问题有哪些？

从近年来飞行检查情况看，定点医药机构违法违规使用医保基金主要有几种情形：

一是重复收费、超标准收费、分解项目收费，约占所有违法违规使用医保基金问题的 36%；

二是串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，约占 17%；

三是违反诊疗规范过度诊疗、过度检查，提供其他不必要的医药服务，约占 14%；

四是将不属于医保基金支付范围的医药费用纳入医保基金结算，约占 14%；

此外，还存在分解住院、挂床住院，未按规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录资料等问题；少数定点医药机构还存在虚假诊疗、虚假购药等问题。

三、2024 年检查地区和机构有哪些变化？

2024 年，国家飞行检查在覆盖地区和机构方面，坚持以下原则：

一是坚持地域广覆盖。飞行检查将实现全国各省全覆盖，并进一步增加抽查城市范围。原则上，每个省份抽查城市数由以往每年每省 1 个增加为 2 个，其中各省省会城市必查。

二是坚持机构类型全覆盖。每省将同步检查一定数量的公立定点医疗机构、民营定点医疗机构和定点零售药店。

三是首次开展“回头看”。今年将从往年已经飞行检查

过的定点医疗机构中，抽取一定比例进行“回头看”。这一措施的主要考虑是，避免已经查过的机构认为几年内不会再查，在规范使用医保基金方面产生懈怠思想，引导定点机构将加强内部管理、规范基金使用作为主动意识和自觉行动。

四、2024年飞行检查重点内容有哪些？

重点检查2022年1月1日—2023年12月31日期间医保基金使用、管理及有关内部控制制度建设、实施等情况，必要时追溯检查以前年度或延伸检查至2024年度。

针对定点医疗机构。重点查处五个方面：

一是聚焦重症医学、麻醉、肺部肿瘤等领域，查处违法违规使用医保基金行为，重点查处欺诈骗保问题。

二是聚焦心血管内科、骨科、血液净化、康复、医学影像、临床检验等以前年度已经重点检查并自查自纠的领域，检查是否按要求自查整改。

三是针对“回头看”的定点医疗机构，重点关注以前年度检查发现的问题是否仍然存在，是否整改到位。

四是聚焦药品耗材网采情况，重点关注公立医疗机构是否按规定在省级集中采购平台采购全部所需药品耗材。

五是针对收治跨省异地就医患者，检查是否存在违法违规使用医保基金的行为。

针对定点零售药店。重点查处三个方面：一是虚假购药。伪造处方或费用清单，空刷、盗刷医保卡或医保电子凭证。二是参与倒卖医保药品。三是串换药品。将医保基金不予支付的药品或其他商品串换成医保药品进行医保结算，伪造、变造医保药品“进、销、存”票据和账目。

五、飞行检查如何组织？包括哪几个环节？

国家飞行检查采取“**国家组织、各省交叉、属地配合**”的模式开展。国家层面负责制定检查方案，组织检查工作，加强对检查全过程的指导和监督，强化“以上查下”的工作力度。不同省之间通过随机配组的方式进行交叉检查。参检省负责组织检查力量，实施现场检查；被检省负责配合检查的筹备、组织、实施，组织现场检查前的自查自纠和检查结束后处置整改，强化监督检查的公平公正性。

在具体工作环节上，按照《医疗保障基金飞行检查管理暂行办法》要求，**飞行检查一般包括三个环节：**

一是启动。根据年度工作计划、举报线索、智能监控或大数据筛查线索、媒体曝光等，国家或省级医保部门启动飞行检查。今年，国家医保局还在历年工作基础上，总结了重点领域发现的违法违规使用医保基金典型问题，在全国范围组织定点医疗机构开展自查自纠，并将自查自纠情况列为飞行检查重点内容，重在压实定点机构规范使用医保基金的主体责任。

二是检查。飞行检查组按照工作安排，陆续赴各省开展现场检查、接受陈述申辩、进行沟通交流、形成检查报告。

三是处理。被检地医保部门根据飞行检查情况，报告处理进度、整改方案，处理完结后报送书面报告。国家医保局完成工作总结。

附件 2

国家医保基金飞行检查云南反馈会召开 2 家定点医疗机构共涉及疑似违规金额 1677.84 万元

（来源：中央纪委国家监委网站）

8 月 31 日，2022 年国家医疗保障基金飞行检查云南反馈会在昆明召开。飞行检查组组长孙晓灿介绍，此次飞行检查共历时 13 天（含信息人员先期抵达 3 天），主要通过数据筛查、调阅病历、查阅文件等方式进行，发现昆明医科大学第二附属医院共涉及医保管理、医疗及财务等三大类 41 项问题，涉及疑似违规金额 983.15 万元；昆明市第一人民医院甘美国际医院共涉及医保管理、医疗及财务等三大类 46 项问题，涉及疑似违规金额 694.69 万元。

检查发现，上述 2 家定点医疗机构均涉及超医保限定支付范围、重复收费、超标准收费、分解住院、过度检查诊疗等问题，此外，昆明医科大学第二附属医院还涉及 1 项高靠诊断问题，昆明市第一人民医院甘美国际医院还涉及 2 项分解收费问题。

同时，飞行检查组结合当地工作实际对昆明市医疗保险管理局进行了现场检查，发现 11 项具体问题，包括经办管理规程不够完善，内控制度建设和“两定”考核办法不健全，信息平台管理存在漏洞，医保医师管理不规范，账户支取审核不规范，医保结算数据有缺失，审核结算程序有待提高等。

反馈会现场，飞行检查组向云南省医保局当面移交检查

资料，要求针对移交问题严格依法依规、依照程序逐条对应落实处理，并将整改落实情况报告于30个工作日内反馈至国家医保局。

“8月30日，云南省医保局印发紧急通知，要求全省定点医药机构针对飞行检查发现的问题和违法违规使用医保基金问题开展自查自纠；昆明医科大学第二附属医院在飞检组初步反馈问题后连续召开3个专题会议研究部署整改事宜，并对相关责任人进行了约谈，这些做法值得充分肯定。”孙晓灿说。

国家医保局基金监管司有关人员表示，医保部门要责令被检机构及时退回违法违规资金并依法依规进行处罚，对相关人员进行处理，涉及党员、公职人员的按照相关规定移送纪检监察机关；督促被检机构立即开展全面自查自纠，查找院内管理制度漏洞，补齐医保基金使用管理短板，并在全省范围开展类似问题排查整治。建议卫健、药监等部门进一步发挥部门职能作用，规范医疗服务行为，引导合理就医用药，加强药品使用管理，保障药品质量安全，形成监管合力。

反馈会召开当天，云南省医保局正式启动2022年度省内医保飞行检查工作。云南省医保局党组书记、局长王艳君表示，将切实担负起整改主体责任，深入剖析问题成因，迅速制定整改方案，细化整改目标、整改单位和完成时限，分类建立整改台账，实行“对账销号”管理，举一反三补齐短板。同时，严格按照飞检后续处理流程，依法依规、实事求是，对2家医院违规使用医保基金问题进行核实、查处，对涉嫌欺诈骗保的，依法严肃处理。