

全椒县医疗保障局文件

全医保〔2022〕8号

关于对全县医保定点医药机构开展 第一轮现场全覆盖检查的通知

县医保中心、各定点医药机构：

为配合“织密基金监管网 共筑医保防护线”为主题的全国医保集中宣传月活动，严守基金安全“生命线”工作要求，根据上级医保部门统一部署，经研究决定，对全县医保定点医药机构开展第一轮现场全覆盖检查。现将有关事项通知如下：

一、检查时间

2022年4—5月

二、检查对象

县域内各医保定点医药机构。

三、检查内容

（一）自查自纠工作开展情况：县医保局于2022年3月15日转发《安徽省医疗保障基金检查问题指南》，要求各定点医疗机构对照开展自查自纠，对发现的违规行为立行立改；本次检查

将对各定点医疗机构自查自纠工作开展情况开展检查和督导。

（二）医疗机构医保工作开展情况：单位资质、人员资质情况，医保定点、医保政策落实情况，规范医疗和收费情况，检验检查项目开展情况，药品耗材试剂进销存情况，住院患者信息和“三单”一致性情况。

（三）零售药店医保工作开展情况：单位资质、人员资质情况，医保定点工作开展情况，价格管理情况，药品进销存管理和存储管理情况，账务管理情况，处方药管理情况。

四、检查方式

采取现场检查的方式进行，实行全覆盖检查。由县医保部门组织相关人员开展现场检查，现场完成全市统一的医保定点医疗机构现场检查清单和医保定点零售药店现场检查清单，检查结果由检查组和被检查单位现场签字确认。

五、检查分组

成立三个检查组，第一组检查县城定点零售药店；第二组检查全椒县中医院及其医共体辖区乡镇医药机构、民营医疗机构、诊所；第三组检查全椒县人民医院及其医共体辖区乡镇医药机构。

第一组，组长：陈霞；成员：贝维富、王克宏、张曦。

第二组，组长：陈勇；成员：张良、许向玲、医疗专家。

第三组，组长：梅勇；成员：李智、杜晶、医疗专家。

六、工作要求

（一）提高政治站位，充分认识这次检查的重要意义，增强做好检查工作的责任感和使命感，各负其责、密切配合，确保检查工作取得实效。

(二) 严格遵守国家法律法规，严格遵守廉政规定，严禁利用工作之便刁难检查对象，严禁收受检查对象财物和接受宴请等，不得因检查影响医疗机构的正常工作秩序。

(三) 各定点医药机构要积极配合检查，如实提供检查组所需材料，确保提供资料真实、有效。

(四) 各检查组务必于4月30日前完成检查任务的50%以上，于5月25日前完成检查任务，并将检查材料和核查报告于5月31日前报局基金监管股。

- 附件：1. 医保定点医疗机构现场检查清单
2. 医保定点零售药店现场检查清单



附件 1

医疗保障定点医疗机构现场检查清单

医疗机构名称		执业地址				
执业许可证、 设置批准书的 编码（文号）		核准机关 名称及其 颁证时间				
法人/负责人/ 实际控制人		联系电话 身份证号				
初次申请纳入 医保定点时间	年月日	医保服务 协议期限 （并对照 正本）	有效期年月日至年月日			
最近一次续签 协议时间	年月日					
检查内容			备注			
资 质 检 查	单 位 资 质	医疗机构是否有执业许可证、新 开办的医疗机构是否有设置批准 书，中途有无相关事项变更	是	否		
		是否另设有其它的院区（科 室），许可证和批准书是否有相 关备注； 独立执业或设置的院区（科 室），医保是否对其单独进行结 算	是	否		
		许可执业与批准设置（变更）与 其实际执业状况是否一致；核定 床位与实际开放床位数量是否一 致	是	否		

		是否被核准开展互联网诊疗服务，并依托其实体医疗机构签订补充协议，有无实质性开展医保结算	是		否		
		是否为县域医共体或医联体牵头单位（收集成员单位相关信息）	是		否		
	人员 资质	核查其在院所有医护人员与实际在岗执业人员是否一致	是		否		
		医师（助理）、乡村医生、中医（专长）医师、康复治疗（技）师是否全部具有执业证书（资格证书）	是		否		
		护士是否全部具有护士执业证书	是		否		
		是否有非医保医师、护士从事参保人员诊疗及申请医保费用结算	是		否		
		过往卫生健康、市场监管等部门的监督检查中，有无该单位及其从业人员违法违规或不良行为的记录	有		无		
			申请纳入医保定点的条件和程序是否合规，是否进行了严格评估，有无进行评估的相关资料	是		否	
	医保	近两年度有无相关部门组织或者自行委托会计审计机构对本单位医保资金使用及财务运行的情况开展过专项审计，有无重大问题（收集审计报告及相关资料）	有		无		
		是否签订或者续签医保服务协议，其服务协议是否仍在有效期	是		否		

医保 监管	定 点	是否由主要负责人负责医保工作，是否配备专（兼）职医保管理人员（收集名单，核验身份）	是		否		
		100张床位以上的医疗机构是否内设有医保管理机构，是否安排专职医保工作人员负责基金使用管理工作（收集名单，核验身份）	是		否		
		是否按规定要求建立并健全内部医保基金使用考核评价指标体系（收集实证材料）	是		否		
		是否建立符合医保协议管理要求的医保管理、财务、统计信息管理、医疗质量安全等核心制度（收集）	是		否		
		是否按规定保管本单位财务账目、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等资料（查证若干例）	是		否		
		是否在本单位开展医保基金相关制度、政策的培训，定期检查医保基金使用情况，及时纠正医保基金使用过程中不规范的行为	是		否		
		是否具有符合医保协议管理要求的医院信息系统技术和接口标准，并实现与医保信息系统有效对接；是否按规定和要求传送参保就诊人员的相关信息	是		否		
		是否按规定和要求及时通过医保	是		否		

信息系统全面准确传送医保基金使用的有关数据，向医保行政部门报告基金使用监管所需的信息				
是否按规定和要求通过相关网站或本单位服务窗口等途径，向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会公众监督（收集信息）	是		否	
是否按规定和要求设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库，是否按规定使用国家统一的医保编码	是		否	
是否异地就医定点医疗机构，是否具备条件能为参保人员提供异地就医费用直接联网结算	是		否	
是否执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员医保凭证，是否向参保人员如实出具费用单据和相关资料	是		否	
提供医保基金支付范围以外医药服务的，是否经参保人员或者其近亲属、监护人同意，有无相关凭据，或参保人员对此投诉、反映的记录	是		否	
是否按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，是否按部署要求认真开展自查自纠，缴回违规资金	是		否	
过往医保行政检查和经办稽核中	是		否	

	有无该单位及从业人员违法违规和不良行为的记录，是否及时得到处理，违规资金是否被追回医保					
	是否按规定要求在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识	是		否		
医 保 政 策 落 实	是否按规定要求执行和落实医保待遇相关政策，对于参保特殊人群住院实行免交住院押金等措施	是		否		
	是否按照医保协议执行医保基金总额预算指标	是		否		
	是否开展按病种、按疾病诊断相关分组（DRGs）、按分值（DIP）支付结算	是		否		
	是否存在以医保支付政策为由拒收患者的情形	是		否		
	是否按规定要求执行集中采购政策，优先使用国家和我省集中采购中选的药品和耗材，医保基金支付的药品、医用耗材在规定的平台上采购，并真实记录“进、销、存”等情况（主要针对公立医院）	是		否		
	是否按规定要求如实向医保经办机构报送药品、耗材采购价格和数量（主要针对公立医院）	是		否		
	是否按规定要求严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策（主要针对公立医院）	是		否		

器械 设备 设施	化实验室仪器设备设施和试剂清单 与开展化验项目是否一致	是		否		
	放射、影像科室器械设备设施清 单与开展检查项目是否一致	是		否		
	超声室器械设备设施清单与开展 检查项目是否一致	是		否		
	其他检查、治疗器械设备设施清 单与开展检查、治疗项目是否一 致	是		否		
药品 耗材 试剂	药品、耗材、试剂等进销存是否 有完整并可查证的记录	是		否		
	随机抽查药品是否票账、账物一 致	是		否		
	随机抽查耗材是否票账、账物一 致	是		否		
	随机抽查试剂是否票账、账物一 致	是		否		
住 院 信 息	医院信息系统的住院参保人员与 实际在院情况是否一致	是		否		
	住院的参保人员与在院患者身份 信息是否一致	是		否		
	三单（收费、医嘱、报告单）是 否一致	是		否		

医疗机构法人（负责人）签名（盖章）：

检查人员签名：

检查日期： 检查地点：

附件 2

医疗保障定点零售药店现场检查清单

零售药店名称		营业地址			
药品（器械）经营许可证、营业执照编码（文号）		核准机关名称及其颁证时间			
法人/负责人/实际控制人		联系电话 身份证号			
初次申请纳入医保定点时间	年月日	医保服务协议期限（并对照正本）	有效期年月日至年月日		
最近一次续签协议时间	年月日				
检查内容			备注		
资 质 检 查	单 位 资 质	该药店是否拥有独立的营业执照，还是连锁分支机构，或是加盟店，有无营业执照副本	是	否	
		是否有独立的药品、医疗器械经营许可证，还是连锁、分支机构，或加盟店，有无经营许可证的副本，医保是否对其单独进行结算	是	否	
		中途有无经营范围或营业地点等事项变更，经营许可证、营业执照有无相关备注与说明	有	无	
		营业执照、许可证核准的经营范	是	否	

		围与其实际经营状况是否一致，是否药店经营的非药品、器械类等商品超出了营业执照核准或医保协议约定的范围与数量				
人员 资质		核查该药店所有在册人员与实际在岗从业人员是否一致	是	否		
		药师（助理药师）或是药学、临床药学、中药学的药师是否全部具有执业注册证书（资格证书）	是	否		
		该店执业药师是否均为医保药师，检查当时是否有执业药师在岗	是	否		
		过往药品监督、市场监管等部门在监督检查中，有无该店及从业人员违法违规或不良行为的记录	是	否		
		申请纳入医保定点的条件和程序是否合规，是否进行了严格评估，有无进行评估的相关资料	是	否		
医保 定点		是否作为本地参保人员门诊慢性病、特殊病的定点药店，有无医保统筹基金进行支付结算	是	否		
		是否签订或者续签医保服务协议，其服务协议是否仍在有效期	是	否		
		是否符合规定和要求，至少有1名执业药师（助理）资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师还须签订1年以上劳动合同、且在	是	否		

医保监管	合同期内 (收集名单, 核验身份)					
	是否符合规定和要求, 至少有 2 名熟悉医保法律法规和相关制度规定的专(兼)职医保管理人员负责管理医保费用, 并签订 1 年以上的劳动合同、且在合同期内 (收集名单, 核验身份)	是		否		
	是否按药品(器械)经营质量管理规范要求, 开展药品(器械)分类分区管理, 并对所售药品(器械)设立明确的医保用药标识	是		否		
	是否具有符合医保协议管理要求的医保药品(器械)管理、财务管理、医保人员管理、统计信息管理和医保费用结算等制度(收集)	是		否		
	是否按规定保管本药店财务账目、会计凭证、处方、费用票据存根、药品和器械、耗材的出入库记录等资料(查证若干例)	是		否		
	是否在本药店或连锁店开展医保基金相关制度、政策的培训, 定期检查医保基金使用情况, 及时纠正医保基金使用中不规范的行为	是		否		
	是否具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准, 实	是		否		

	<p>现与医保信息系统有效对接，为参保人员提供直接联网结算</p>					
<p>是否按规定和要求及时如实向医保信息系统上传参保人员购药的品种、规格、价格及费用等信息，定期向医保经办机构上报医保目录内药品的“进、销、存”数据，并对其真实性负责</p>	是		否			
<p>是否按规定和要求设立医保药品、医疗器械等基础数据库，是否按规定使用国家统一的医保编码</p>	是		否			
<p>是否异地参保人员定点零售药店，是否具备条件能为异地参保人员提供购药费用直接联网结算</p>	是		否			
<p>提供药品服务时，是否执行了实名购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证，做到人证相符，特殊情况下为他人代购药品的出示本人和被代购人身份证，是否向参保人员如实出具费用单据和相关资料</p>	是		否			
<p>提供医保统筹基金支付门慢、门特购药服务的，是否查验参保人员或其近亲属、监护人代购药械凭证，有无参保人员对此投诉的记录</p>	是		否			
<p>是否按照服务规范提供合理、必要的购药服务，是否按要求缴回违规社保支付的医保费用</p>	是		否			

	过往医保行政检查和经办稽核中 有无该药店及从业人员违法违规 和不良服务行为的记录，是否及 时得到处理，违规资金是否被追 回	是		否		
	是否按规定要求在显著位置悬挂 统一样式的定点零售药店标识	是		否		
	是否严格执行医保支付政策，主 动在医疗保障行政部门规定的平 台上采购药品，并真实记录 “进、销、存”情况	是		否		
	是否按照公平、合理、诚实信用 和质价相符的原则制定和执行药 品和器械等价格，遵守医保行政 部门制定的价格政策	有		无		
存 放 环 境	药店的经营环境及卫生状况是否 符合规范与基本要求	是		否		
	药械陈列是否合理分类摆放	是		否		
	处方药与非处方药是否分开摆放	是		否		
	药械仓储是否整洁并合理有序	是		否		
	药械贮存条件（温、湿度等）是 否符合要求	是		否		
进 销 存	药械的进销存是否有完整并可查 证的记录	是		否		
	随机抽查药品是否与该店或连锁 店的进销存记录一致	是		否		
	随机抽查器械是否与该店或连锁 店的进销存记录一致	是		否		

管 理	药店财务管理是否规范	是		否		
	药店信息化管理是否规范	是		否		
	药店票据管理是否规范	是		否		
其 他	是否摆放经营与医药无关的物品	是		否		
	药械是否均在有效期内（抽查）	是		否		
	店面或柜台是否租赁、承包经营	是		否		
	是否按规定凭处方销售医保目录内处方药，药师应对处方进行审核、签字后，调剂配发药品；外配处方是否定点医疗机构医师开具，并有医师签章（抽查）	是		否		

零售药店法人（负责人）签名（盖章）：

检查人员签名：

检查日期：检查地点：