附件

市州定点医疗机构医保基金监管重点检查内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项类 | 序号 | 重点检查内容（专项治理重点） |
| 执行医保、卫健等相关部门政策规定及医疗服务协议情况 | 1 | 未建立参保身份核查制度，或核查工作流于形式，导致非参保人员冒用参保身份就医用药骗取医疗保障基金。 |
| 2 | 与非协议医药机构串通，将非协议医药机构发生的医疗费用纳入基本医保基金结算报销。 |
| 3 | 未建立医药费用管控机制，医药费用相关指标超出协议约定。 |
| 4 | 不具备医保定点医药机构相关信息工作基础，未及时动态真实传送医药费用明细等信息，发生虚假医药费用结算等，危害医保基金安全。 |
| 5 | 规避医保管理政策要求，将患者住院治疗分解为二次及以上住院，或患者住院期间，要求患者至门诊缴费，分解住院费用。 |
| 6 | 违反药品及耗材相关管理制度和采购管理规定，私自采购以及以折让价格入库，网采备案价格纳入医保结算；公立医疗机构违规加成收费等。 |
| 7 | 违反卫健等部门相关法规，超执业地点、执业范围、执业类别、诊疗科目等开展诊疗服务并纳入医保结算，危害医保基金安全。 |
| 8 | 相关项目获得财政、慈善以及科研经费等支持，重复收取费用骗取医保基金。如，定点医疗机构收取GCP（药物临床试验质量管理规范）项目经费，但又纳入医保重复报销等。 |
| 9 | 损毁信息数据、医疗文书等，拒不配合医保基金监督检查。 |
| 住院管理情况 | 10 | 通过减免伙食费、空调费及其他个人自付费用，以及通过开展义诊、送医送药等活动，吸引未达到住院指征的病人入院等。 |
| 11 | 将病情轻微无需住院治疗或可在门诊治疗的患者收治入院；将慢性疾病康复期患者的复查收治入院；体检式住院等。 |
| 12 | 挂床住院。住院期间长时间不在床，发生医疗费用并纳入医保结算；无实际住院床位，患者仅挂床开展相关检查治疗。 |
| 收费管理情 况 | 13 | 虚假结算。伪造、变造医疗文书、财务票据凭证或结算数据等，套取医保基金。 |
| 14 | 分解收费。将诊疗服务项目实施过程分解成多个环节逐个收费，或将诊疗项目内涵已包含的内容，单独计费。 |
| 15 | 超标准收费。超过规定的价格标准、数量标准进行收费。 |
| 16 | 虚记费用。对未开展的诊疗服务项目等进行收费，虚增医疗费用。未建立药品、耗材进销存管理台账（包括信息、纸质台账），进销存不符，虚记多记费用，严重危害医保基金安全 |
| 执行医保报销政策情 况 | 17 | 不执行原药品、诊疗项目、医用耗材、器械或医疗服务设施的支付名称及价格标准，或无收费标准的项目，但将其串换为医保目录内名称和价格标准结算。 |
| 18 | 药品、诊疗项目与服务设施使用，超出医保目录限制性支付范围并纳入医保结算。 |
| 19 | 将应由工伤保险、公共卫生基金支付的费用纳入医保基金支付；将应第三人负担的医疗费用，申报医保基金报销；将发生医疗事故（含医疗纠纷性质未明确的）的医疗费用，申报医保基金报销。 |
| 合理诊疗情 况 | 20 | 无临床指征的情况下，向患者提供了不必要的检查、化验、用药以及治疗。 |
| 支付方式管理情 况 | 21 | 高套病种（病组）诊断骗取基金；未将符合条件的病例纳入按病种付费结算；虚记多记医疗费用干扰按病种付费标准测算与监管等。 |
| 其他 | 22 | 其他一切危害医保基金安全的行为。 |

信息公开选项：主动公开

湖南省医疗保障局办公室 2020年10月19日印发