|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2： | | | | | | |
| 医疗机构自查情况统计表（一） | | | | | | |
| 填报单位： 填报时间： | | | | | | |
| 序号 | 违规行为 | 基本概念 | 违规内容 | 违规例（次）数 | 违规金额（万元） | 备注 |
| 1 | 重复收费 | 重复收取某一项目费用。 |  |  |  |  |
| 2 | 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,或将诊疗项目内涵中已包含的内容,单独计费。 |  |  |  |  |
| 3 | 超标准收费 | 超过规定的价格标准、数量标准进行收费,且超出部分纳入医保结算。 |  |  |  |  |
| 4 | 串换收费 | 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。 |  |  |  |  |
| 5 | 不实收费 | 纳入医保结算的收费项目与实际内容(或相关操作)不符。 |  |  |  |  |
| 6 | 虚假结算 | 伪造、变造医疗文书、财务票据凭证或结算数据等行为。 |  |  |  |  |
| 7 | 超医保支付政策范围 | 临床药品、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。 |  |  |  |  |
| 8 | 人证不符 | 刷卡结算数据所对应的待遇享受人非持卡人。 |  |  |  |  |
| 9 | 私自联网 | 未经批准接入或转接医保结算网络。 |  |  |  |  |
| 10 | 违反协议 | 未按医保协议规定执行。 |  |  |  |  |
| 11 | 无指征检查化验 | 无疾病指征的情况下,向患者提供了不必要的检查、化验等服务。 |  |  |  |  |
| 12 | 无指征治疗 | 与疾病无关,或无治疗依据反复多次治疗。 |  |  |  |  |
| 13 | 无指征住院 | 不符合住院指征收入院。 |  |  |  |  |
| 14 | 挂床住院 | 住院期间长时间不在床。 |  |  |  |  |
| 15 | 分解住院 | 将患者住院治疗分解为二次及以上住院。 |  |  |  |  |
| 16 | 违规采购 | 违反相关制度规定采购药品及耗材等。 |  |  |  |  |
| 17 | 资质不符 | 违反卫健、市场监督等部门相关法规,且适规费用纳入医保结算。 |  |  |  |  |
| 18 | 诱导住院 | 未经批准减免医保费用、虚假宣传等方式吸引病人。 |  |  |  |  |
| 19 | 高套病种(病组) 、规避入组 | 高套单病种(病组)诊断骗取基金;恶意规避 单病种疾病入院 |  |  |  |  |
| 20 | 其他 |  |  |  |  |  |
| 单位负责人： 部门负责人： 经办人: 联系电话: | | | | | | |
| 注：1.政策依据：各省《基本医疗保险药品目录》、《诊疗与服务设施目录》及统筹区医疗服务管理文件、医保结算政策等文件。  2.“举例”仅是违规行为的说明。各地可根据本统筹区具体情况增减相应条目 | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 经办机构自查情况统计表（二） | | | | |
| 填报单位： |  |  |  | 填报时间： |  |
| 序号 | 检查项目 | 检查内容 | 执行情况 | 未执行原因 | 涉及金额（万元） |
|
| 1 | 内控制度 | 制定内部控制实施细则 |  |  |  |
| 内控制度在单位内部公开 |  |  |  |
| 定期开展内部控制检查评估 |  |  |  |
| 2 | 内审监督 | 建立内部审计制度 |  |  |  |
| 制定内部审计工作计划 |  |  |  |
| 内审发现的问题按程序及时处理 |  |  |  |
| 3 | 风险管理 | 建立风险管理制度 |  |  |  |
| 梳理和制定重点业务和岗位风险防控措施 |  |  |  |
| 梳理经办工作中面临的主要风险，对风险进行识别、评估和监控 |  |  |  |
| 建立风险分析报告制度，制订风险处置预案，全面实行风险管理 |  |  |  |
| 4 | 履约检查 | 对定点医疗机构履约的监督检查情况 |  |  |  |
| 对定点零售药店履约的监督检查情况 |  |  |  |
| 5 | 参保登记 | 参保登记、关系变更、转移接续的审批手续完备、材料齐全 |  |  |  |
| 对终止参保人员的个人账户和待遇支付及时作出处理 |  |  |  |
| 6 | 参保缴费 | 按月与银行核对个人缴费情况 |  |  |  |
| 收缴部门与财务会计部门按规定定期对账 |  |  |  |
| 7 | 待遇支付 | 待遇审核、复核的手续完备、资料齐全 |  |  |  |
| 待遇支付审批程序健全完善 |  |  |  |
| 定点医药机构费用及时足额拨付 |  |  |  |
| 8 | 内部人员 | 内部人员“监守自盗”、“内外勾结”等行为 |  |  |  |
| 9 | 其他 | 其他行为 |  |  |  |
| 单位负责人： | | 部门负责人： | 经办人： |  | 联系电话： |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点零售药店自查情况统计表（三） | | | | | | | | | |
| 填报单位： 填报时间： | | | | | | | | | |
| 序号 | 违规行为 | | | 违规内容 | 违规例（次）数 | | 违规金额（万元） | | 备注 |
| 1 | 盗刷医疗保障卡，为参保人套取现金等违规行为 | | |  |  | |  | |  |
| 2 | 以虚假宣传诱导参保人员消费的违规行为 | | |  |  | |  | |  |
| 3 | 在店内摆放生活用品、食品、化妆品的违规行为 | | |  |  | |  | |  |
| 4 | 将医保目录范围之外的项目按照目录内项目申报医保结算 | | |  |  | |  | |  |
| 5 | 协议有效期内累计3次被暂停服务协议或协议暂停期间未按时限要求整改或整改不到位 | | |  |  | |  | |  |
| 6 | 被吊销《药品经营许可证》仍继续进行刷卡消费的行为 | | |  |  | |  | |  |
| 7 | 为门诊特殊慢性病参保人员超范围、超量供药 | | |  |  | |  | |  |
| 8 | 以虚报、假传数据等方式套取医疗保障基金 | | |  |  | |  | |  |
| 9 | 为参保人员虚开票据、提供虚假票据等骗取医疗保障基金的行为 | | |  |  | |  | |  |
| 10 | 为非定点零售药店、暂停协议定点零售药店或者其他经营单位提供医保刷卡记账服务 | | |  |  | |  | |  |
| 11 | 其他 | | |  |  | |  | |  |
| 单位负责人： |  | 部门负责人: |  |  |  | 经办人: |  | 联系电话: |  |