**附件1：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 定点医疗机构交叉检查清单 | | |
|  | **序号** | **检查内容** |
| ★血液透析专科 | 1 | 重点检查血液透析诊疗服务管理是否规范。排查透析治疗专科透析治疗计划的真实性和规范性，排查是否存在通过“免费吃饭”“减免自负费用”“发放劳务费”等手段，诱导无指征治疗甚至虚假治疗等问题;是否存在“阴阳诊疗计划”，是否存在虚记多记血液透析次数，实际诊疗与实际记费不一致，多记、重复记费以及串换项目记费等 |
| ★精神病专科 | 2 | 虚构医疗服务项目以及医疗服务严重不足问题。虚构医疗服务项目以及医疗服务严重不足问题。全面排查精神专科量表、专科诊疗项目规范性开展情况，是否存在未实质性开展，虚构医疗服务项目行为；是否存在不按诊疗规范开展，实际医疗服务严重不足的问题。 |
| 3 | 以医代“管”、以医代“养”问题。全面排查医保住院患者出入院指征把握情况。排查是否存在通过“发放人头介绍费”、“减免生活费”、“减免自负费用”等手段，诱导无住院指征甚至非精神病人员入院治疗问题，是否存在集中收揽无住院指征老年轻症患者住院情况；排查流浪乞讨、信访相关人员收治住院工作流程与入院指征把握情况，是否存在集中收治无住院指征（如重性精神病稳定期、康复期；老年痴呆血管性痴呆等相关性疾病不伴有精神症状等）甚至非精神病人员并纳入医保基金支付问题；全面排查专科医疗机构相关（内设、另设）养老（托养托管）机构规范管理情况，是否存在入出院指征把握不严，医疗、康养托养不分，套取看病钱到“养老、托管”上的问题；排查在院医保患者出院指征把握问题，是否存在达到出院指征患者长期留置住院治疗问题。 |
| 4 | 违规收费与不规范诊疗问题。全面排查医疗机构医疗服务与收费行为，是否存在超标准收费、重复收费、分解收费等行为；是否存在过度检查、滥用康复理疗项目等过度诊疗行为；全面评估医疗机构诊疗服务规范性与医保基金使用效益情况，是否存在严重超服务能力收治患者，以及无证无照执业等相关问题。 |
| 5 | 既往信息线索排查。对已经结算的医疗费用和相关举报线索全面倒查、深查，重点排查是否存在假病人、假病情、假资料等“三假”欺诈骗保问题。 |
| ★基层医疗卫生机构 | 6 | 重点检查“两病”用药（高血压、糖尿病）审核、资金使用情况。“两病”患者用药是否为“两病”药品目录内药品，使用集中带量采购中选药品情况，是否存在串换“两病”门诊用药的情形。“两病”门诊的基层医疗机构建立“两病”门诊用药台账。 |
| ★“三假”问题 | 7 | 检查是否存在住院式体检、挂床住院；“小病大治”、“无病也治”等诱导住院、虚假诊疗情况。严厉查处虚假住院、伪造医疗文书、虚构医疗服务等“三假”诈骗医保基金行为。（具体为诱导、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；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；虚构医药服务项目）。 |
| 基因检测 | 8 | 重点检查基因检测结果造假行为，如通过篡改肿瘤患者基因检测结果报销医保肿瘤靶向药。 |
| 高值医用耗材 | 9 | 骨科、心内科高值耗材。串换、虚记高值医用耗材；高值医用耗材的不合理使用、违规采购、未按要求采购和使用集采产品等行为。 |
| 一般违法行为 | 10 | 分解住院、挂床住院； |
| 11 | 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； |
| 12 | 重复收费、超标准收费、分解项目收费； |
| 13 | 串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施； |
| 14 | 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； |
| 15 | 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； |
| 16 | 造成医疗保障基金损失的其他违法行为。 |
| 医疗机构内部管理 | 17 | 未建立医疗保障基金使用内部管理制度，或者没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作； |
| 18 | 未按照规定保管财务账目、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等资料； |
| 19 | 除急诊、抢救等特殊情形外，未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务； |
| 20 | 拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。 |
| **注意：★为本次重点检查项目** | | |