唐山市医疗保障局涉企行政检查标准

重点检查2023年1月1日至2024年12月31日期间医保基金使用监督管理情况，如有需要可追溯检查以前年度或延伸检查至2025年度。

1. 定点医疗机构

1.一般违规问题。包括分解住院、挂床住院、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、重复收费、超标准收费、分解项目收费等造成医疗保障基金损失等问题。

2.聚焦骗保行为。包括拉拢诱导参保人虚假住院、收集医保凭证空刷套刷、无资质人员冒名违法开展诊疗活动、伪造医学文书、虚构医药服务项目，重点核查超长住院、频繁住院、结队住院以及利用困难群众、大病患者优厚待遇骗保等问题。

3.聚焦重点领域。对已下发问题清单开展自查自纠的心内科、骨科、血液透析、康复、医学影像、临床检验、肺癌、麻醉、重症医学9个领域，着重检查自查自纠情况，对肿瘤、口腔、内分泌3个领域，着重检查典型性违法违规问题。

4.聚焦突出问题。包括异地就医、处方流转等领域的违法违规问题，落实医保支付方式改革中的高套分组、冲高点值、转嫁费用等问题，医保基金使用管理制度建设、实施等内部控制情况，关注涉嫌不正之风和腐败的问题。

二、定点零售药店

1.空刷套刷医保凭证骗保问题。

2.无处方或伪造变造处方骗保问题。

3.参与或协助倒卖“回流药”问题。

4.串换医保药品问题。

5.诱导协助他人违规购药问题。

6.特别要聚焦特殊药品使用中的“假病人”、药店自行伪造或勾结医药代表开具“假处方”以及倒卖“回流药”等问题。

7.其他违法违规使用医保基金问题。

三、参保人

重点检查利用享受医疗保障待遇的机会，参与或协助定点医药机构欺诈骗保、倒卖“回流药”问题。