附件1

定点医疗机构自查情况统计表

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 | 虚佷结算 | 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 | 临床范药品、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 | 药品超限用范围纳入医保 | 违反《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》规定，将不应纳入医保范围的纳入医保。 |  |  |  |  |
| 21 | 滥用高值医用耗材 | 明显超出治疗需要，滥用高值医用耗材。 |  |  |  |  |
| 22 | 其他 |  |  |  |  |  |

单位负责人： 部门负责人： 经办人： 联系电话：