

22.2021 年以来医保定点医疗机构医保基金使用情况联合检查实施方案

一、检查部门、检查对象

省医保局牵头发起，省卫生健康委、省市场监管局为配合部门。检查实施部门为市、县（市、区）级相关部门。

检查对象为全省 16 市部分民营定点医疗机构。

二、检查事项、检查内容

1. **医保部门检查事项为：**2021 年以来医保定点医疗机构医保基金使用情况检查。**检查内容为：**纳入医疗保障基金支付范围的血液透析、高值医用耗材（骨科、心内科）、靶向药，以及诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，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；虚构医疗服务项目；“假病人、假病情、假票据、假检测、假透析”等行为。

2. **卫生健康部门检查事项为：**医疗机构的检查。**检查内容为：**医疗机构及人员执业资质、执业行为及病历、处方管理情况。

3. **市场监管部门检查事项为：**对经营者价格行为的监督检查。**检查内容为：**检查医疗机构不执行政府定价、政府指导价，药品、医用材料、医疗服务价格未按规定明码标价。

23.2021 年以来医保定点药店医保基金使用情况 联合检查实施方案

一、检查部门、检查对象

省医保局牵头发起，省卫生健康委、省市场监管局为配合部门。检查实施部门为市、县（市、区）级相关部门。

检查对象为全省 16 市部分定点零售药店。

二、检查事项、检查内容

1. 医保部门检查事项为：2021 年以来医保定点药店医保基金使用情况检查。检查内容为：使用医保卡违规兑付现金、违规用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出等行为。

2. 卫生健康部门检查事项为：医疗机构的检查。检查内容为：药店是否存在非法行医情况。

3. 市场监管部门检查事项为：对经营者价格行为的监督检查。检查内容为：不按规定明码标价、价格欺诈等。