

表格相关指标释义

2020 年定点医疗机构自查自纠情况汇总表（附件 1）

一、不合理收费问题

1. **重复收费**：重复收取某项目费用。
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. **自立项目收费**：将未批准纳入医保支付的自创医疗服务项目按医保项目价格收费。
5. **高套病种（病组）、规避入组**：高套单病种（病组）诊断进行医保基金结算；恶意规避按单病种结算方式进行诊疗活动。

二、串换收费问题

1. **目录外项目串换**：将无收费标准的项目串换为医保目录内名称和价格标准进行医保结算。
2. **低价项目高套**：不执行原药品、诊疗项目、器械或医疗服务设施的支付名称及价格标准，将低价项目套用高价项目的价格标准结算。

三、不规范诊疗问题

1. **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。
2. **无指征治疗**：与疾病无关，或无治疗依据而反复多次治疗。
3. **套餐式检查、化验**：无疾病指征的情况下，以组套形式开展检查、化验项目。

4. **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。

5. **无指征住院：**不符合住院指征收入院。

6. **挂床住院：**为患者办理了住院手续，实际未按照住院诊疗标准进行规范化管理，或允许患者无特殊情况不在院（床）累计3天以上。

7. **分解住院：**在患者住院治疗尚未达到出院条件的前提下，为其办理多次出、入院手续。

四、虚构服务问题

1. **虚假结算：**伪造、变造、虚构医疗文书、财务票据凭证与进销存票据进行医保结算的行为。

2. **人证不符（冒名就医）：**持非本人身份证件和社保卡（或医保凭证）到定点医药机构就医、刷卡，进行医保基金结算。

3. **诱导住院：**医院采取虚假宣传、向患者提供额外优惠（如未经批准减免医保费用）等方式吸引其住院，虚构医疗服务进行医保基金结算。

五、其他问题

1. **私自联网：**未经批准将非医保定点机构接入或转接医保结算网络。

2. **资质不符：**开展与自身资质不符的诊疗活动纳入医保结算。

3. **将药物临床试验项目违规纳入医保结算：**将药物临床试验项目服务合同中约定的药品、检查、化验、治疗、医用材料等项目纳入医保结算。

4. **其他：**以上之外的情形，需在备注中详细描述问题情形。

2020 年定点医疗机构自查自纠（医用耗材）情况汇总表（附件 2）

1. **项目内涵材料单独收费：**将诊疗项目内涵中已包含的不得另行收费的医用材料，单独计费并纳入医保结算。

2. **未按规定加价：**未按照所在地区医用材料加价政策执行，私自违规加价。

3. **目录外材料串换为目录内：**将医保不予支付的医用材料串换为可报销医用材料，违规纳入医保结算。

4. **低价材料套用高价收费：**不执行原医用耗材的支付名称及价格标准，将低价项目套用高价项目的价格标准结算。

5. **一次性材料重复收费：**一次性医用材料重复使用，并计费纳入医保结算。

6. **违反物价规定收费：**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。

7. **虚记多记材料费：**虚记多记材料费，导致医用耗材的销售数量大于实际出库数量。

8. **其他进销存不符（以上不能涵盖的情形简述）：**以上之外的情形，需在备注中详细描述问题情形。

9. **其他耗材问题（以上不能涵盖的情形简述）：**以上之外的情形，需在备注中详细描述问题情形。