菏泽市医疗保障局2022年度“双随机、一公开”抽查方案

采用现场检查方式，全面检查抽取的定点民营医疗机构和定点药店医保基金使用情况，重点查处:

(一) 定点民营医疗机构:重点检查“假病人、假病情、假票据”三假问题，分解住院、挂床住院；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；重复收费、超标准收费、分解项目收费；串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；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；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；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；其他骗取医疗保障基金支出和造成医疗保障基金损失的违法行为。

(二)定点药店:认真检查药店进销存管理系统，重点查处日用品、副食品、保健品、化妆品等串换药品，为非定点医疗机构提供刷卡记账服务，诱导参保人购买化妆品、生活日用品，与参保人勾结盗刷医保卡等骗保行为。