附件

当前职工医保普通门诊统筹基金使用问题清单

一、政策宣传培训不深入、不精准，甚至部分医务人员存在错误认知，错误解读普通门诊统筹基金使用对象和支付范围。

二、未按照规定建立电子病历（处方）系统，或医师未规范书写电子病历、开具电子处方，未书写及留存诊疗购药相关记录，未为参保患者建立就医与购药档案。

三、医保定点医药机构与医保信息系统对接不到位，医药机构未按照规定标准真实、全面、准确、实时上传医保结算和“进销存”数据，以及电子档案相关信息。

四、医保定点医药机构未履行基金使用监管主体责任。未建立智能监管和自查自纠工作机制，不能实现内控自律管理。

五、分解费用与重复享受待遇。在患者住院期间，要求患者在门诊缴费，或要求患者到药店购药、购买医用耗材，纳入普通门诊统筹基金结算。重复申报参保患者已经享受慢特病门诊待遇或“双通道”管理药品待遇的医药费用。

六、不执行实名就医与购药管理规定，不核验患者参保身份，将患者家人或他人门诊就医与购药相关费用冒名纳入职工医保普通门诊统筹基金结算。

七、门诊就医与购药指征把关不严。为未患病参保人员预防性“备药”，将参保人员养生保健、非功能性医疗康复服务相关费用纳入普通门诊统筹基金结算。

八、不遵守国家、省及地方医疗服务价格管理规定以及医疗服务协议约定，在医药服务中违规收费。

九、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诊疗项目或实施与疾病关联性不高的诊疗、检查项目等行为。

十、通过擅自减免自付费用等手段，诱导参保人员门诊就医与购药；虚构医疗服务项目和伪造变造医学文书、会计凭证、电子信息等有关资料，骗取医疗保障基金。