

附件

吉林省定点零售药店使用
医疗保障基金行为负面清单

序号	违规类型	问题
1	诱导、协助虚假购药	诱导或协助参保人员空刷医保凭证，为刷卡人员提供返还现金、赠送礼品等服务，在未真实销售药品的情况下，骗取医保基金支付虚假购药费用。
2	为非定点医药机构进行医保结算	为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算。
3	串换项目	将实际销售的化妆品、保健品，以及米面粮油、口罩（非械准字）、酒精等生活日用品，串换为医保目录内药品进行销售，申请医保基金支付相关费用。
4	串换药品	将医保基金不予支付的药品串换成医保目录内药品，申请医保基金支付相关费用。
5	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	将不符合药品目录中医保支付条件的药品纳入医保基金结算。
6	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	无处方销售处方药，申请医保基金支付相关费用。
7	超量开药	药店自建诊所或与社会办诊所合作，根据售药需要随意开具与患者病情不符、用量不符的药品处方。
8	协助冒名购药	未对患者购药身份进行审核，向男性参保人员售卖妇科用药并申请医保基金结算。
9	虚构医药服务项目	收集并空刷参保人员医保凭证（社保卡、医保电子凭证），在未真实销售药品的情况下，骗取医保基金支付费用。
10	诱导、协助虚假购药	诱导参保人员空刷医保凭证，在未真实销售药品的情况下，将统筹基金额度套刷后计入参保人员“会员账号”，留存额度供未来使用。尤其是年底突击刷卡，将该年度统筹基金额度转入次年使用。
11	参与倒卖医保药品	明知参保人员、中间商等购买医保药品用于倒卖，仍向其进行售卖并申请医保基金支付。
12	回流销售	通过非正规渠道购进“回流”药品并进行二次销售。
13	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	将单方不予支付的中药饮片组合销售。
14	伪造变造资料	销售处方药，涂改药品处方，申请医保基金支付费用。

序号	违规类型	问题
15	伪造变造资料	向无医师开具处方的患者销售处方药、申请医保基金支付费用，并通过自行伪造，引导参保人员伪造，通过互联网人工智能自动开方，自行联络医生、医药代表等，伪造或获取来路不明的虚假药品处方。
16	超量开药	超量多开药品，申请医保基金结算相关费用。特别是年底，诱导参保人员集中刷卡，消费医保统筹基金支付限额购买超出参保人员本人需求的药品。
17	协助冒名购药或倒卖医保药品	为门特门慢待遇参保人员，开具非认定病种治疗用药，申请使用医保门特门慢待遇支付相关费用。
18	管理问题	未按要求采集、上传药品追溯码。
19	伪造变造资料	伪造、变造医保药品、医用耗材、医疗器械“进、销、存”票据和账目，伪造处方或参保人员费用清单等方式套取医保基金。
20	管理问题	将经办机构不予支付的费用、定点零售药店按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等作为医保欠费处理。
21	管理问题	未建立药械进销存登记，或未定期开展药械盘点，未对药械出入库和实时库存情况开展计算机管理。
22	管理问题	未保存真实、完整的药械进销存记录；或以各种理由或原因，无法提供真实、完整的进销存台账数据。
23	管理问题	药械进销存未按规定注明通用名、生产厂家、剂型、规格、批号、数量、进（销）价格、进（销）金额、生产日期、购进日期、有效期、批文号等信息。
24	管理问题	未在显著位置悬挂统一格式的定点零售药店标识。
25	管理问题	未及时如实向统筹地区经办机构上传参保人员购买药品的品种、规格、价格及费用信息，未定期向经办机构上报医保目录内药品的“进、销、存”数据。
26	管理问题	不配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，医疗保障行政部门监督检查时不按规定提供相关材料
27	管理问题	药械未明码标价。
28	管理问题	未将参保人员医保目录内药品外配处方、购药清单等保存2年。
29	管理问题	未经药师审核、签字即调剂、配发药品。
30	管理问题	重大信息发生变更但未办理变更的。
31	管理问题	未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的。

序号	违规类型	问题
32	管理问题	未核对参保人员本人有效身份凭证，未做到人证相符。特殊情况下为他人代购药品的，未核对本人和被代购人身份证。
33	管理问题	未组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训。
34	管理问题	药店提供的药品销售小票、医保结算单与医保系统结算数据显示的药品名称、数量、金额不一致。