

## 永州市医保定点药店违规使用医保基金 负面清单（第一批）

1. 药品、医疗器械、医用材料未按规定明码标价的；
2. 营业期间药师或执业药师均不在岗的；
3. 药师未按规定审方、验方或擅自更改处方的；
4. 无正当理由拒绝或推诿为参保人员提供医保药品配售服务的；
5. 在本药店刷卡结算药品费用，由其他定点药店调配药品的；
6. 不严格执行实名购药管理规定，不核验参保人医疗保障凭证，或明知购买人所持系冒用、盗用他人的，或伪造、变造的医保凭证（社保卡），仍向其销售药品、医用耗材、医疗器械等，并纳入医保基金结算，造成基金损失的；
7. 药品的进、销、存未实行计算机管理系统管理，未设置独立药品进销存系统和收银系统，未按规定建立健全药品的进销存台账，未使用规范的专用收据并留存销售凭证。未做到账账相符、账实相符。药品、医疗器械等购进记录未包含购入发票、随货同行单、名称、规格、剂型、产地、批准文号、数量、价格等，造成基金损失的；
8. 改变经营地址、法人、机构名称未按时报备的；
9. 超医保限定支付条件和范围向参保人销售药品、医用

耗材、医疗器械等，并纳入医保基金结算；

10. 无正当理由留存参保人员社会保障卡的；

11. 以返还现金、折扣卡（券）及实物等方式诱导参保人员购药的；

12. 遮蔽店内监控摄像头或随意改变其位置及角度的；

13. 未建立或无健全财务管理制度，财务管理混乱，造成基金严重损失的；

14. 冒用参保人员名义进行基本医疗保险费用结算，或者伪造参保人员购买记录骗取基本医疗保险基金；

15. 为他人利用基本医疗保险凭证套取基金提供帮助的；

16. 将店面或柜台以租赁、承包等形式转给其他单位及个人经营的；

17. 不按医嘱给特门和特药患者超量销售相关药品、报销统筹基金，并将超用量药品转卖给其他患者，向享受相关待遇患者返还现金、实物或其他非法利益的行为；

18. 骗取、协同骗取基本医疗保险基金的其他行为。

19. 伪造虚假凭证或串通参保人员兑换现金骗取基金的；

20. 为非定点零售药店或其他机构提供费用结算的；

21. 将医保目录范围以外的项目按照目录内项目申报医保结算的；

22. 协议有效期内累计 3 次被暂停协议或暂停协议期间未按时限要求整改或整改不到位的；

23. 被吊销《药品经营许可证》或《营业执照》的；

24. 通过虚构医药服务、伪造票据欺诈骗取医保基金的；

25. 串换药品,将不属于医保基金支付的药品、医用耗材、医疗器械等,或以日用品、保健品以及其它商品串换为医保基金可支付的药品、医用耗材、医疗器械进行销售,并纳入医保基金结算;

26. 拒绝、阻挠或不配合经办机构开展必要监督检查的;

27. 与定点医疗机构串通套取医保基金的;

28. 其他骗取、协同骗取基本医疗保险基金、造成医保基金严重损失或重大影响的违约行为;

29. 从非法渠道购药等损害医保基金或参保患者利益的行为;

30. 其他医保服务管理不规范的行为。