

附件

重点违法违规行为

一、定点医疗机构

(1) 诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药等套取医保资金；

(2) 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；

(3) 虚构医药服务项目；

(4) 分解住院、挂床住院；

(5) 不执行实名就医和购药管理规定，不核验参保人员医疗保障凭证；

(6) 重复收费、超标准收费、分解项目收费；

(7) 串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；

(8) 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；

(9) 其他骗取医保基金支出的行为。

二、定点药店

(1) 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；

(2) 伪造、变造处方或无处方向参保人销售须凭处方购买的药品、医用耗材、医疗器械等，并纳入医保基金结算；

(3) 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；

(4) 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；

(5) 与购买人串通勾结，利用参保人医疗保障凭证（社保卡）采取空刷，或以现金退付，或通过银行卡、微信、支付宝等支付手段进行兑换支付，骗取医保基金结算；

(6) 为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店进行医保费用结算；

(7) 其他骗取医保基金支出的行为。

三、参保人员

(1) 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骗取医保基金支出；

(2) 将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；

(3) 利用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；

(4) 其他骗取医保基金支出的行为。

四、职业骗保团伙

(1) 违反医保政策，帮助非参保人员虚构劳动关系等享受医疗保障待遇条件，或提供虚假证明材料如鉴定意见等骗取医保资格；

(2) 非法收取参保人员医保卡或医疗保险证件到定点医疗机构刷卡结算相关费用或套现；

(3) 协助医院组织参保人员到医院办理虚假住院、挂床住院；

(4) 其他骗取医疗保障基金支出的行为。

五、异地就医过程中容易发生的违法违规行为

(1) 定点医疗机构对异地就医患者过度检查、过度诊疗；

(2) 定点医疗机构利用异地就医患者参保凭证通过虚构病历等行为骗取医保基金；

(3) 定点医疗机构以返利、返现等形式诱导异地就医患者住院套取医保基金；

(4) 定点零售药店利用异地参保人员医保电子凭证套刷药品倒卖谋利、串换药品等行为。