

河南省医疗保障行政相对人 高发违法风险点及防控措施清单

序号	行政相对人	违法风险点	违法风险点释义或典型表现	风险等级	行政处罚依据	责任单位	防控措施
1	定点医疗机构	分解住院、挂床住院	<p>分解住院指医疗机构为未达到出院标准的参保患者办理出院，并在短时间内因同一种疾病或相同症状再次办理入院，将参保患者应当一次住院完成的诊疗过程分解为两次及以上住院诊疗过程的行为。</p> <p>挂床住院主要指定点医疗机构虚构诊疗文书或病人长期不在床住院，但发生医疗费用并纳入医保结算的行为。</p>	高	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、第四十条、第四十三条	各级医疗保障局	<ol style="list-style-type: none"> 加大宣传力度。通过多种媒体形式和渠道，对违法风险点广泛宣传，使尊法、学法、守法、用法成为自觉行动，人人争做医保基金的守护者。 推行智能监控。在医疗保障信息化系统中构建智能监控模块，内置医保基金使用常用的审核算法和大数据分析功能，对于可能存在的违法苗头做到提前发现、提前防范。 强化事前提示告知。围绕欺诈骗保等高风险违法事项提前介入，实施违法风险点“提示告知”的行政指导工作，降低违法行为发生率。 重视事中警示告知。在行政执法中，发现定点医药机构有违法违规苗头后，实施违法风险点“警示告知”的行政指导工作，及时化解违法风险。 注意事后整改回访。在对行政违法行为处理完毕后，提出具体整改建议，定期进行整改回访和行政指导。
2	定点医药机构	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	<p>过度诊疗、过度检查是指医疗服务提供方违反诊疗规范实施不必要的诊疗项目或实施与疾病关联性不高的诊疗、检查项目的行为。</p> <p>分解处方指应当在一次就诊或一张处方完成的，故意分多次就诊或分多张处方完成，以收取更多服务费用的行为。</p> <p>超量开药指超过规定剂量开药的行为。</p> <p>重复开药指医疗服务提供方违反临床用药指南或规则，为患者开具多种药理作用相同或作用机制相似的药物的行为。</p>				
3	定点医药机构	重复收费、超标准收费、分解项目收费	<p>重复收费指医疗服务提供方对某一项诊疗服务项目反复多次收费的行为。</p> <p>超标准收费是指医疗服务提供方对医疗服务的收费标准高于国家、省（自治区、直辖市）、市相关部门规定的价格标准。</p> <p>分解项目收费是指医疗服务提供方将一个项目按照多项目收费标准进行收费的行为。</p>				

序号	行政相对人	违法风险点	违法风险点释义或典型表现	风险等级	行政处罚依据	责任单位	防控措施
4	定点医药机构	串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施	串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施的行为是指不执行药品、诊疗项目、医用耗材、医疗服务设施的支付名称及价格标准，将医疗保障基金不予支付的医疗服务项目、药品、耗材等非目录内项目串换成医疗保障目录内的医疗服务项目、药品、耗材等进行报销，或将低标准收费项目套入高标准收费项目结算。	高	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、第四十条、第四十三条	各级医疗保障局	<ol style="list-style-type: none"> 1. 加大宣传力度。通过多种媒体形式和渠道，对违法风险点广泛宣传，使尊法、学法、守法、用法成为自觉行动，人人争做医保基金的守护者。 2. 推行智能监控。在医疗保障信息化系统中构建智能监控模块，内置医保基金使用常用的审核算法和大数据分析功能，对于可能存在的违法苗头做到提前发现、提前防范。 3. 强化事前提示告知。围绕欺诈骗保等高风险违法事项提前介入，实施违法风险点“提示告知”的行政指导工作，降低违法行为发生率。 4. 重视事中警示告知。在行政执法中，发现定点医药机构有违法违规苗头后，实施违法风险点“警示告知”的行政指导工作，及时化解违法风险。 5. 注意事后整改回访。在对行政违法行为处理完毕后，提出具体整改建议，定期进行整改回访和行政指导。
5	定点医药机构	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	转卖药品是指部分参保人员利用自身享受的医疗保障待遇，购入药品卖给药品销售中介获得利益，销售中介再通过各种途径将药品转卖的行为。定点医药机构不得为转卖药品提供便利。				
6	定点医药机构	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	定点医药机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围。				
7	定点医药机构	造成医疗保障基金损失的其他违法行为	如：违规为非定点医药机构提供医保结算；盗刷医保凭证非法获利等行为。				

序号	行政相对人	违法风险点	违法风险点释义或典型表现	风险等级	行政处罚依据	责任单位	防控措施
8	定点医药机构	未建立医疗保障基金使用内部管理制度,没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作	管理制度是医药机构实施管理的行为准则。医疗保障基金使用内部管理制度包括医保基金管理、就医管理、结算管理、信息管理、质量管理等方面的管理制度。 定点医药机构中设置医保管理的内设机构,是发挥医疗保障基金管理功能和达到管理目标的基础。目前,由专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作已经成为医药机构纳入医保定点的必备条件。	中	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十九条、第四十三条	各级医疗保障局	1. 加大宣传力度。通过多种媒体形式和渠道,对违法风险点广泛宣传,使尊法、学法、守法、用法成为自觉行动,人人争做医保基金的守护者。 2. 注意事后整改回访。在对行政违法行为处理完毕后,提出具体整改建议,定期进行整改回访和行政指导。
9	定点医药机构	未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料	保存相关资料是开展医疗保障基金使用监督管理的基础性工作。财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料是判断定点医药机构使用医疗保障基金行为是否符合规定的重要依据。为了加强医疗保障基金监管的需要,《医疗保障基金使用监督管理条例》要求定点医药机构必须保存相关资料,这也是会计管理的基本要求。				
10	定点医药机构	未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据	传输数据是开展医疗保障基金使用监督管理的必要工作。定点医药机构履行报送医疗保障基金使用有关数据的义务,对医疗保障部门开展费用审核和事后监督具有重要作用。				
11	定点医药机构	未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息	信息报告是进行医疗保障基金监督管理的有效方式,定点医药机构应向医保部门报告经营活动情况、基本资源信息、收入支出等信息。				
12	定点医药机构	未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息	信息公开是主动接受社会监督的重要途径。定点医药机构需要向社会公开医药费用、费用结构等信息,进而通过社会监督来减少、预防医疗保障基金的违法违规使用。				

序号	行政相对人	违法风险点	违法风险点释义或典型表现	风险等级	行政处罚依据	责任单位	防控措施
13	定点医药机构	除急诊、抢救等特殊情形外,未经参保人员或其近亲属、监护人同意,提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务	定点医药机构在提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务时,相关的医药费用由参保人自己负担。为了确保医药服务公开、透明,保障参保人接受医药服务的知情权,避免不合理地增加参保人个人负担,维护参保人的合法权益,定点医药机构在提供医疗保障目录外的医药服务时,应该征得参保人或其近亲属、监护人的同意。急诊、抢救等特殊情形作为例外情况,以保证患者得到及时救治。	中	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十九条、第四十三条		1. 加大宣传力度。通过多种媒体形式和渠道,对违法风险点广泛宣传,使尊法、学法、守法、用法成为自觉行动,人人争做医保基金的守护者。 2. 重视整改效果,定期约谈回访。
14	定点医药机构	拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况	被检查对象应当配合监督检查,如实提供相关资料和信息,不得拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报有关情况。				
15	定点医药机构	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	诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药指以减免医疗保障费用、虚假宣传、免费体检或者赠送礼品、服务等方式吸引患者就医、购药的行为。 医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料是诊断治疗、支付医疗保障基金的重要凭证,主要包括入(出)院证明、检验报告、护理记录、知情告知书、费用单据等。 伪造指仿真实资料的特征非法制造虚假资料,冒充真实资料的行为。 变造指对真实资料采用剪贴、挖补、涂改等方法加工处理,改变真实资料的行为。	高	《中华人民共和国社会保险法》第八十七条、八十八条;《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条、第四十三条	各级医疗保障局	1. 加大宣传力度。 2. 强化事前提示告知。围绕欺诈骗保等高风险违法事项提前介入,实施违法风险点“提示告知”的行政指导工作,降低违法行为发生率。 3. 重视事中警示告知。在行政执法中,发现定点医药机构有违法违规苗头后,实施违法风险点“警示告知”的行政指导工作,及时化解违法风险。 4. 注意事后整改回访。在对行政违法行为处理完毕后,提出具体整改建议,定期进行整改回访和行政指导。
16	定点医药机构	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	15—18项所列风险点为定点医药机构骗取医疗保障基金的违法行为,骗保行为的特点:一是有骗取医疗保障基金的目的,二是存在骗取医疗保障基金的行为,三是有造成医疗保障基金损失后果的可能性。				
17	定点医药机构	虚构医药服务项目					
18	定点医药机构	其他骗取医疗保障基金支出的行为					

序号	行政相对人	违法风险点	违法风险点释义或典型表现	风险等级	行政处罚依据	责任单位	防控措施
19	参保人员	将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用	参保人员应当妥善保管本人医疗保障凭证，防止他人冒名使用。因长期卧床、行动不便等特殊原因需要委托他人代为购药的，应当提供委托人和受托人的身份证明。	高	《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条、第四十八条	各级医疗保障局	<ol style="list-style-type: none"> 1. 加大宣传力度。提高参保人员政策知晓度，降低违法风险。 2. 注意事后回访。在对个人行政违法行为处理完毕后，定期进行回访和行政指导。 3. 发布典型案例进行警示宣传。
20	参保人员	违规享受医疗保障待遇	《社会保险法》第三十条规定了不纳入基本医疗保险基金支付范围的项目：（1）应当从工伤保险基金中支付的；（2）应当由第三人负担的；（3）应当由公共卫生负担的；（4）在境外就医的。医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不承担或者无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。				
21	参保人员	重复享受医疗保障待遇	重复参保是指同一参保人重复参加同一基本医疗保险制度（制度内重复参保）或重复参加不同基本医疗保险制度（跨制度重复参保），具体表现为同一时间段内同一参保人有两条及以上参保缴费状态正常的参保信息记录。参保人员不得利用重复参保重复享受医疗保障待遇。				
22	参保人员	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	转卖药品是指部分参保人员利用自身享受的医疗保障待遇购入药品卖给药品销售中介获得利益，销售中介再通过各种途径将药品转卖的行为。 其他非法收益是指单位或个人利用不正当的手段违反国家的法律和政策规定而取得的收益。				
23	参保人员及其他个人	使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药	使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药，属于骗保行为。参保人员应当持本人医疗保障凭证就医、购药，并主动出示接受查验。				
24	参保人员及其他个人	通过伪造、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或者虚构医疗服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出	医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料是诊断治疗、支付医疗保障基金的重要凭证，主要包括入（出）院证明、检验报告、护理记录、知情告知书、费用单据等。 伪造指仿真实资料的特征非法制造虚假资料，冒充真实资料的行为。 变造指对真实资料采用剪贴、挖补、涂改等方法加工处理，改变真实资料的行为。				