

# 河南省医疗保障局文件

豫医保办〔2021〕59号

## 河南省医疗保障局关于印发 《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》的通知

各省辖市、济源示范区、各省直管县（市）医疗保障局，省直定点医药机构：

按照《河南省法治政府建设领导小组办公室关于做好2021年度全省推进服务型行政执法建设工作的通知》（豫法政办〔2021〕7号）的要求，省医疗保障局结合工作实际，梳理出《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》，经过充分征求意见并修订完善后，现予以公布。各省辖市、济源示范区、各省直管县（市）定点医药机构参照此通知执行。

附件：《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》



2021年10月15日

附件

# 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	《医疗保障基金监督管理条例》第八、第十三、第十四、第四十二条	各级医疗保障局	<p>1. 加大宣传力度。通过多种媒体形式广泛宣传和普法，提高参保人守法意识。</p> <p>2. 推行智能化监控系统。在医保智能监控系统内植入大数据分析功能，对异常诊疗行为进行实时预警。</p> <p>3. 强化事前提示。通过短信、电话等方式，对参保人进行事前提示，引导其规范就医。</p> <p>4. 加强事中监管。通过大数据比对等方式，对分解住院、挂床住院等行为进行实时监控。</p> <p>5. 注重事后整改。对发现的违法问题，及时开展整改，并追究相关责任。</p>
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、重复开药或其他不必要的医药服务	<p>过度诊疗、过度检查是指医药机构提供与疾病关联性不高的诊疗、检查项目。</p> <p>分解处方指在一次就诊或一次处方完成的，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>重复开药指医药机构提供违反临床应用指南或规则，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> <p>重复收费指医药机构提供方对某一项诊疗服务项目反复多次收费的行为。</p>	高	《医疗保障基金监督管理条例》第八、第十三、第十四、第四十二条	各级医疗保障局	<p>1. 加强事前提示。通过短信、电话等方式，对参保人进行事前提示，引导其规范就医。</p> <p>2. 强化事中监管。通过大数据比对等方式，对分解住院、挂床住院等行为进行实时监控。</p> <p>3. 注重事后整改。对发现的违法问题，及时开展整改，并追究相关责任。</p>
3	定点医药机构	重复收费、超标收费、分解项目收费	<p>超标收费是指医药机构提供方对医疗服务项目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药机构提供方将一个项目按照多个项目收费标准进行收费的行为。</p>	高	《医疗保障基金监督管理条例》第八、第十三、第十四、第四十二条	各级医疗保障局	<p>1. 加强事前提示。通过短信、电话等方式，对参保人进行事前提示，引导其规范就医。</p> <p>2. 强化事中监管。通过大数据比对等方式，对分解住院、挂床住院等行为进行实时监控。</p> <p>3. 注重事后整改。对发现的违法问题，及时开展整改，并追究相关责任。</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	定点医疗机构	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、医疗服务项目的支付名称及价格标准，将医疗保障基金不予支付的诊疗服务项目、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	《医疗保障基金监督管理条例》第三十八条、第四十条、第四十二条	各级医疗保障局	1. 加大宣传力和渠道，通过多种媒体形式广泛宣传，使医保基金成为人人守护者。 2. 推行智能化监控系统，在医保智能监控中构建大数据分析功能，对于可能发现的违法违规苗头，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事项，提前提示告知。发生违法违规行为，及时查处，降低违法发生率。在行政执法中，发现违法违规苗头后，及时发出行政警告，实施行政处罚。对严重违法违规行为，依法从重处罚，及时化解执法风险。 4. 注重事后整改回访。在行政执法行为处理完毕后，提出具体整改建议，定期进行整改回访和行政指导。
5	定点医疗机构	为参保人员提供非法便利	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。	高	《医疗保障基金监督管理条例》第三十八条、第四十条、第四十二条	各级医疗保障局	1. 加大宣传力和渠道，通过多种媒体形式广泛宣传，使医保基金成为人人守护者。 2. 推行智能化监控系统，在医保智能监控中构建大数据分析功能，对于可能发现的违法违规苗头，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事项，提前提示告知。发生违法违规行为，及时查处，降低违法发生率。在行政执法中，发现违法违规苗头后，及时发出行政警告，实施行政处罚。对严重违法违规行为，依法从重处罚，及时化解执法风险。 4. 注重事后整改回访。在行政执法行为处理完毕后，提出具体整改建议，定期进行整改回访和行政指导。
6	定点医疗机构	将不属于医疗保障基金支付范围的医疗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。	高	《医疗保障基金监督管理条例》第三十八条、第四十条、第四十二条	各级医疗保障局	1. 加大宣传力和渠道，通过多种媒体形式广泛宣传，使医保基金成为人人守护者。 2. 推行智能化监控系统，在医保智能监控中构建大数据分析功能，对于可能发现的违法违规苗头，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事项，提前提示告知。发生违法违规行为，及时查处，降低违法发生率。在行政执法中，发现违法违规苗头后，及时发出行政警告，实施行政处罚。对严重违法违规行为，依法从重处罚，及时化解执法风险。 4. 注重事后整改回访。在行政执法行为处理完毕后，提出具体整改建议，定期进行整改回访和行政指导。
7	定点医疗机构	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。	高	《医疗保障基金监督管理条例》第三十八条、第四十条、第四十二条	各级医疗保障局	1. 加大宣传力和渠道，通过多种媒体形式广泛宣传，使医保基金成为人人守护者。 2. 推行智能化监控系统，在医保智能监控中构建大数据分析功能，对于可能发现的违法违规苗头，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事项，提前提示告知。发生违法违规行为，及时查处，降低违法发生率。在行政执法中，发现违法违规苗头后，及时发出行政警告，实施行政处罚。对严重违法违规行为，依法从重处罚，及时化解执法风险。 4. 注重事后整改回访。在行政执法行为处理完毕后，提出具体整改建议，定期进行整改回访和行政指导。

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	定点医院 医疗机构	未建立 基金使用 管理制度， 或没有专 门负责基 金管理工 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、质量 管理、信 息管理、 定点医 药机构管 理等方面 的管理制 度。是发 挥医疗保 障基金管 理目标基 础。目前 ，由专门 机构或 者负责基 金管理工 作已经成 为医药机 构纳入医 保定点的 必备条件。	中			1. 加大宣传力 度。通过多 种形式和渠 道，广泛宣 传，使成为 自觉的守法 行动。守 法、人人 有责。 2. 推行智能 监控系统。 在医疗保 障智能系 统中构建 智能监控 模块，内 置算法和 大数据分析 功能，对 于可能发 生的违法 行为做到 提前发现 、提前防 范。 3. 强化事前 提示告知。 围绕欺 骗、诱导 等违法行 为，制定 “事前提 示告知” 制度，在 定点医 药机构 发生违法 行为时， 及时发 出提示告 知，引导 其规范行 为。 4. 重 视事中、 事后监督 。在行政 执法中， 规范“行 政处罚 、行政 处罚”等 行为，及 时化解违 法行政风 险。 5. 注 意事后整 改回访。 在行政 处罚完 毕后，定 期进 行整改回 访和行政 指导。
9	定点医院 医疗机构	未按照 规定目 、处方、 检查用 药、费用 和库存 记录等 资料	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 记录、药 品出入 库记录等 资料是判 断定点医 药机构是 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。	中	《医疗 保障基 金使用 监督管理 条例》第 二十九 条、第三 十二条、 第三十四 条	各级医 疗保障 局	
10	定点医院 医疗机构	未按照 规定通 信、传输 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。 对定点医 药机构履 行报送医 疗保障基 金使用有 关数据、 审核和事 后监督具 有重要作 用。	中			
11	定点医院 医疗机构	未按照 规定向 行政医 疗所需 部门报 告基金 管理信 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、 收支等 信息。	中			
12	定点医院 医疗机构	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 向社会 公开医 药费用、 费用结 构等信 息，进 而通过 社会监 督减少 、预防 医药费 用违法 使用。	中			



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	行政依据	责任单位	防控措施
19	参保人	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	《医疗保障基金监督管理条例》第四十条	各级医疗保障局	1. 加大宣传方式和渠道，广泛运用医保基金监管信息系统进行智能化监控。在医保基金智能监控系统内设置医保基金使用异常稽核模块，对参保人医保基金使用情况进行实时分析。提高事前预警能力，及时发现和纠正违规行为。2. 推行医保基金监管信用评价制度，建立医保基金使用信用评价体系。对违法违规使用医保基金的个人和机构进行信用评价，并将评价结果纳入医保基金监管信用管理体系。
20	参保人	违规享受医疗保障待遇	《社会保险法》第三十条规定了不予支付基本医疗保险待遇的情形：(1)应当由第三人负担的；(2)应当由工伤保险基金支付的；(3)应当由第三人负担，第三人支付。基本医疗保险支付范围以外的医疗费用；(4)在境外发生的医疗费用。依法应当由第三人负担，第三人支付。基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。	高	《医疗保障基金监督管理条例》第四十条	各级医疗保障局	1. 加大宣传方式和渠道，广泛运用医保基金监管信息系统进行智能化监控。在医保基金智能监控系统内设置医保基金使用异常稽核模块，对参保人医保基金使用情况进行实时分析。提高事前预警能力，及时发现和纠正违规行为。2. 推行医保基金监管信用评价制度，建立医保基金使用信用评价体系。对违法违规使用医保基金的个人和机构进行信用评价，并将评价结果纳入医保基金监管信用管理体系。
21	参保人	重复享受医疗保障待遇	重复享受医疗保障待遇是指参保人重复参加同一基本医疗保险制度（重复参保）或重复参加同一基本医疗保险制度（跨地区重复参保），具体表现为在两个或两个以上地区重复参加基本医疗保险，重复享受医疗保险待遇。	高	《医疗保障基金监督管理条例》第四十条	各级医疗保障局	1. 加大宣传方式和渠道，广泛运用医保基金监管信息系统进行智能化监控。在医保基金智能监控系统内设置医保基金使用异常稽核模块，对参保人医保基金使用情况进行实时分析。提高事前预警能力，及时发现和纠正违规行为。2. 推行医保基金监管信用评价制度，建立医保基金使用信用评价体系。对违法违规使用医保基金的个人和机构进行信用评价，并将评价结果纳入医保基金监管信用管理体系。
22	参保人	利用医疗保障待遇骗取医疗保障基金支付费用	参保人利用医疗保障待遇骗取医疗保障基金支付费用是指参保人利用医疗保障待遇，通过不正当手段获取医疗保障基金支付费用，如将他人医疗保障待遇用于本人或他人医疗保障待遇，或将他人医疗保障待遇用于非法目的等。	高	《医疗保障基金监督管理条例》第四十条	各级医疗保障局	1. 加大宣传方式和渠道，广泛运用医保基金监管信息系统进行智能化监控。在医保基金智能监控系统内设置医保基金使用异常稽核模块，对参保人医保基金使用情况进行实时分析。提高事前预警能力，及时发现和纠正违规行为。2. 推行医保基金监管信用评价制度，建立医保基金使用信用评价体系。对违法违规使用医保基金的个人和机构进行信用评价，并将评价结果纳入医保基金监管信用管理体系。
23	参保人及其个人	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、购药是指参保人使用他人医疗保障凭证，冒名顶替他人身份，在医疗机构就医、购药，骗取医疗保障基金支付费用的行为。	高	《医疗保障基金监督管理条例》第四十条	各级医疗保障局	1. 加大宣传方式和渠道，广泛运用医保基金监管信息系统进行智能化监控。在医保基金智能监控系统内设置医保基金使用异常稽核模块，对参保人医保基金使用情况进行实时分析。提高事前预警能力，及时发现和纠正违规行为。2. 推行医保基金监管信用评价制度，建立医保基金使用信用评价体系。对违法违规使用医保基金的个人和机构进行信用评价，并将评价结果纳入医保基金监管信用管理体系。
24	参保人及其个人	伪造、篡改、隐匿或者销毁医学证明、诊断书、处方、影像资料、检查报告等资料，冒名顶替或者冒用他人医疗保障凭证，骗取医疗保障基金支付费用	伪造、篡改、隐匿或者销毁医学证明、诊断书、处方、影像资料、检查报告等资料，冒名顶替或者冒用他人医疗保障凭证，骗取医疗保障基金支付费用是指参保人通过伪造、篡改、隐匿或者销毁医学证明、诊断书、处方、影像资料、检查报告等资料，冒名顶替他人身份，或者冒用他人医疗保障凭证，骗取医疗保障基金支付费用的行为。	高	《医疗保障基金监督管理条例》第四十条	各级医疗保障局	1. 加大宣传方式和渠道，广泛运用医保基金监管信息系统进行智能化监控。在医保基金智能监控系统内设置医保基金使用异常稽核模块，对参保人医保基金使用情况进行实时分析。提高事前预警能力，及时发现和纠正违规行为。2. 推行医保基金监管信用评价制度，建立医保基金使用信用评价体系。对违法违规使用医保基金的个人和机构进行信用评价，并将评价结果纳入医保基金监管信用管理体系。

