

## 附件 1

### **“三假” 等欺诈骗保行为具体表现情形**

一、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；

二、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；

三、虚构医药服务项目；

四、定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的，实施的以下行为：

(一) 分解住院、挂床住院；

(二) 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；

(三) 重复收费、超标准收费、分解项目收费；

(四) 串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；

(五) 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；

(六) 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；

五、其他骗取医疗保障基金支出的行为。