附件1

骗取医保基金案件移送情形

各级医疗保障行政部门在医保基金监管执法过程中，发现公民、法人和其他组织骗取医保基金行为，根据法律、司法解释、立案追诉标准等规定涉嫌构成犯罪的，应依法向同级公安机关移送。

1. 医保经办机构。主要情形：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，或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出；侵占、挪用医疗保障基金构成犯罪的；泄露、篡改、毁损、非法向他人提供个人信息、商业秘密构成犯罪的；骗取医保基金案件的其他犯罪行为。

（二）定点医药机构。主要情形：

1. 诱导、协助他人冒名或者虚假就医、住院、购药，提供虚假证明材料，串通他人虚开费用单据；伪造、变造、隐匿、涂改、擅自销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料；虚构医药服务项目。

2. 以骗取医疗保障基金为目的，实施下列情形之一的：分解住院、挂床住院；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；重复收费、超标准收费、分解项目收费；串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品耗材，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；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；违规为非定点医药机构或处于中止医保协议期间的医药机构提供医保结算；盗刷医保凭证非法获利。

3. 其他以骗取医保基金为目的的犯罪行为。

（三）参保个人。主要情形：

1. 个人以骗取医疗保障基金为目的，实施了下列规定行为之一，造成医疗保障基金损失的：将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；重复享受医疗保障待遇；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。

2. 使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的；或者通过伪造、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药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出的。

3. 骗取医保基金的其他犯罪行为。

（四）大病保险、长期护理保险、医疗救助等的监管参照本规定执行。