

辽宁省定点零售药店违法违规使用医疗保障基金典型问题清单（2025版）

序号	问题	违规类型	违规参考示例	重点检查方向
1	收集并空刷参保人员医保凭证（社保卡、医保电子凭证），在未真实销售药品的情况下，骗取医保基金支付费用。	虚构医药服务项目	示例：某大药房2023年实际销售马来酸阿伐曲泊帕片105盒，但通过收集并空刷参保人员医保凭证，伪造药品采购、销售票据及电子记录，年内申请医保支付该药品费用1.8万盒，属于虚构医药服务项目。	重点核查重复追溯码、药品购进配送相关资料、处方及进销存数据。如某药店在2024年7月期间使用功劳去火胶囊同一追溯码反复结算10次，经现场检查，发现该药店本地销售系统仅有1次该药品销售信息，且本时间段内该药品入库数量为0，销售数量为0，药店存在虚假销售结算，存在虚假销售结算。
2	诱导或协助参保人员空刷医保凭证，为刷卡人员提供返还现金、赠送礼品等服务，在未真实销售药品的情况下，骗取医保基金支付虚假购药费用。	诱导、协助虚假购药	示例：某大药房对外宣传可刷医保卡返现，参保人提供医保卡后，药房工作人员随意编造药品销售记录，在无真实交易的情况下空刷医保凭证，按照刷卡金额的一定比例向参保人返现，属于诱导、协助虚假购药行为。	

序号	问题	违规类型	违规参考示例	重点检查方向
3	诱导参保人员空刷医保凭证，在未真实销售药品的情况下，将统筹基金额度套刷后计入参保人员“会员账号”，留存额度供未来使用。尤其是年底突击刷卡，将该年度统筹基金额度转入次年使用。	诱导、协助虚假购药	示例：某药店为参保人员提供套刷医保卡、筹建会员账户服务，如2024年11月底为一名参保人一次性套刷医保统筹基金1500元，将1500元全额转入此参保人员在本店的会员账号，用于下次消费。	对年度尤其是年末使用统筹基金结算增幅增长异常的定点零售药店开展现场检查，重点核查药店进销存和重复追溯码数据。 示例：某药店2023年纳入当地门诊统筹定点零售药店定点管理，在2023年和2024年期间，每月医保统筹基金结算金额在1-2万，该药店在2024年10月起门诊统筹基金结算金额大幅度增长，10月达到4万，11月达到6万，通过核查重复追溯码和比对进销存数据后发现某参保人在该药店2024年11月底一次性下账1500元，经核查药店本地系统未实际销售该药品，1500元被全额转入此参保人本店的会员账号中用于下次消费。
4	明知参保人员、中间商等购买医保药品用于倒卖，仍向其进行售卖并申请医保基金支付。	参与倒卖医保药品	示例：参保人员张某购买超出本人用量的马来酸阿伐曲泊帕片，每次购药后在药店门口即进行二次售卖，用于中间商倒卖。某药店明知此倒卖药品行为，仍向参保人员张某销售超出其本人用量的马来酸阿伐曲泊帕片，并未该参保人员及中间商倒卖医保药品提供药品寄存等服务。	
5	通过非正规渠道购进“回流”药品并进行二次销售。	回流销售	示例：某药店销售的药品无发票、无随货同行单，通过非正规渠道购进“回流”药品进行销售。	重点核查同一追溯码在不同药店、不同医院、医院和药店之前出现重复。
6	为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算。	为非定点医药机构进行医保结算	示例：某患者在某美容整形医院开展美容治疗，本应由患者自费治疗，但该美容整形医院将患者带到附近的定点零售药店，药店以虚开药品的方式为该人员进行医保结算。	重点核查高频、大额消费人员信息，药店与医保结算明细的比对，以及药品进销存数据。

序号	问题	违规类型	违规参考示例	重点检查方向
7	将实际销售的化妆品、保健品，以及米面粮油、口罩、酒精等生活日用品，串换为医保目录内药品进行销售，申请医保基金支付相关费用。	串换项目	示例：某药店实际销售雅诗兰黛香水（500元），通过更改销售记录，将香水的销售记录篡改为六味地黄丸2盒（250元/盒），按照六味地黄丸申请医保基金支付相关费用。	
8	将医保基金不予支付的药品串换成医保目录内药品，申请医保基金支付相关费用。	串换药品	示例：西地那非系医保目录外药品，医保基金不予支付。某药店将西地那非串换为六味地黄丸，申请医保基金支付相关费用。	重点核查同一药店同一时段出现的重复追溯码的药品进销存数据。 示例：同一药店同一时段反复出现七十味珍珠丸药品的同一追溯码，经核查本地销售系统及进销存数据后发现该参保人购买的实际商品为保健品。
9	将不符合药品目录中医保支付条件的药品纳入医保基金结算。	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	示例1：《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中，氨己烯酸口服溶液用散医保支付条件为：限婴儿痉挛症。某药店向某成人购药者销售氨己烯酸口服溶液用散，并按照参保职工工门诊统筹待遇申请医保结算。 示例2：胖大海、三七粉、红景天等中药饮片单方不予支付。某药店将这些饮片单方销售，纳入职工门诊统筹报销。	根据《药品目录》各药品医保支付限制条件。
10	将单方不予支付的中药饮片组合销售。	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	示例：某药店为了将单方不支付的中药饮片“人参”纳入医保结算，通过开具不合理配伍处方，将单方不支付的人参500g组合其他医保基金可支付的黄芪10g，炙甘草10g进行销售。	重点核查销售量大，且在药品目录中单方不予支付的中药饮片。

序号	问题	违规类型	违规参考示例	重点检查方向
11	无处方销售处方药，申请医保基金支付相关费用。	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	对未持定点医疗机构外配处方购药的参保人员，某药店仍销售处方药并按相关医保待遇结算。	
12	销售处方药，涂改药品处方，申请医保基金支付费用。	伪造变造资料	示例：某药店销售特殊药品阿帕替尼，处方开具量为2盒，药店工作人员将处方用量涂改为4盒，按照4盒销售并申请医保基金支付。	
13	向无医师开具处方的患者销售处方药、申请医保基金支付费用，并通过自行伪造，引导参保人员伪造，通过互联网人工智能自动开方，自行联络医生、医药代表等，伪造或获取来路不明的虚假药品处方。	伪造变造资料	示例1：某药店与某互联网医院平台合作，对无处方的参保人员，由药店工作人员手动录入症状、所购药品等，在无医师问诊的情况下，由人工智能自动开具处方，药店凭此处方向患者售药，并申请医保基金支付。 示例2：某药店自行网购某某医院处方笺模板，私刻医院外配处方公章、医师签名章，对无处方的参保人员，由药店工作人员手写处方，并加盖私刻的公章，售药后留存此处方供查。	重点核查处方药品的处方、开单医生和审方药师资质及实际在岗情况，尤其是纸质处方。 示例：某药店7月1日10:00分为患者张某医保结算药品复方对乙酰氨基酚片2盒，通过药店处方系统核查发现，该药店实际为患者开具处方的时间是10:20，存在先药后方。
14	药店自建诊所或与社会办诊所合作，根据售药需要随意开具与患者病情不符、用量不符的药品处方。	超量开药	示例：某药店与某某诊所合作，由该诊所向药店专供处方。某某诊所医师开具处方无视患者病情及用药需要，根据药店提出的需求随意开方，一次性为患者开具匹伐他汀钙片190盒，超出患者3年用量。	

序号	问题	违规类型	违规参考示例	重点检查方向
15	超量多开药品，申请医保基金结算相关费用。特别是年底，诱导参保人员集中刷卡，消费医保统筹基金支付限额购买超出参保人员本人需求的药品。	超量开药	示例1：某药店一次性为某患者开具50盒阿帕替尼（规格0.25g/片，14片/板/盒），均申请医保基金支付，超出患者6个月服用剂量。 示例2：某药店一次性为患者开具多种药理作用相似或相同的药品，远超出患者病情需要。	重点检查慢特病、特殊药品等药品实际结算数量超出药品使用说明书规定的最大用量。
16	为门特门慢待遇参保人员，开具非认定病种治疗用药，申请使用医保门特门慢待遇支付相关费用。	协助冒名购药或倒卖医保药品	示例：参保人张某享受糖尿病慢病待遇，但非高血压慢病患者。某药店为张某开具高血压慢性病种目录药品阿利沙坦酯片，使用居民医保门诊慢病待遇结算。	
17	未对患者购药身份进行审核，向男性参保人员售卖妇科用药。	协助冒名购药	示例：男性参保人员使用本人医保电子凭证购买限女性使用的保妇康栓等妇科用药，药店通过门诊统筹为其结算相关费用。	
18	未按要求采集、上传药品追溯码。	管理问题	示例1：某药店每月销售5000盒药品，其中4000盒有药品追溯码，但只采集、上传2000盒药品追溯码，其余售卖药品追溯码未上传。 示例2：药品追溯码应当一药一码上传，某药店售卖10盒药，均扫描同一盒药品的追溯码，人为造成无效重码。	