附件1

医疗保障领域“轻微违法不罚”清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 违法行为 | 适用条件 | 法律依据 |
| 1 | （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）将不属于医保基金支付范围的医药费用纳入医保基金结算；（七）造成医保基金损失的其他违法行为。 | 1.定点医药机构主动自查自纠发现违规医保基金在10万元以下并及时退回的，约谈有关负责人。  2.在行政检查中发现的违规行为，同时满足以下情形的，约谈有关负责人：①首次出现；②属于个别人或个别部门行为；③造成医保基金损失在5000元以下；④未发现以骗取医保基金为目的；⑤及时退回。 | 1.《行政处罚法》第三十三条第一款2.《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条 |
| 2 | （一）将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用;（二）重复享受医疗保障待遇;（三）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。 | 所使用的违法医保基金均由医保个人账户支付并及时改正的，约谈当事人。 | 1.《行政处罚法》第三十三条第一款2.《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款 |