

吉林省医疗保障局文件

吉医保规〔2023〕2号

关于印发《吉林省医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权基准适用办法》的通知

各市（州）医疗保障局、长白山管委会医疗保障局，梅河口市医疗保障局：

《吉林省医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权基准适用办法》经2023年5月29日吉林省医疗保障局第6次局长办公会审议通过。现印发给你们，请遵照执行。

（此件主动公开）



吉林省医疗保障基金使用监督管理 行政处罚裁量权基准适用办法

第一条 为规范全省医疗保障基金使用监督管理行政裁量权的行使，根据《中华人民共和国行政处罚法》《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》（以下简称《条例》）等法律法规，以及国家医疗保障局《规范医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权办法》要求，结合全省医疗保障基金使用监督管理工作实际，制定本办法。

第二条 全省各级承担医疗保障基金监督管理职责的行政部门（以下简称医疗保障行政部门）对医疗保障基金使用过程中有关违法行为行使行政处罚裁量权时，适用本办法。

本办法适用于医疗保障经办机构、定点医药机构（包括定点医疗机构、定点零售药店）等单位及其工作人员和参保人员。

本办法所称医疗保障基金包括基本医疗保险基金、医疗救助基金、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助资金等。

第三条 本办法所称医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权，是指医疗保障行政部门在实施医疗保障基金使用监督管理行政处罚时，根据法律、法规、规章等规定，综合考虑违法行为的事实、性质、情节、社会危害程度以及当事人主观过错等因素，决定行政处罚种类及处罚幅度的权限。

本办法所称医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量基准，

是指医疗保障行政部门对有关法律、法规、规章规定的具有行政处罚裁量权的内容进行合法、合理、适当地细化、量化而形成的具体适用规则 and 标准。

第四条 行使行政处罚裁量权应当符合法律、法规、规章规定，遵循法定程序，排除不相关因素的干扰，所采取的措施和手段应当必要、适当。

第五条 按照基准类案同罚原则，在同一行政区域、同一时期内，对于违法行为的事实、性质、情节及社会危害后果等相同或相近的违法行为，行政处罚的种类和幅度应当基本一致。

第六条 各级医疗保障行政部门在对违法使用医疗保障基金行为实施行政处罚裁量时，要严格依据相关法律法规规章和本办法规定。

第七条 各级医疗保障行政部门在开展行政执法过程中，要坚持处罚与教育相结合，执法与普法相结合，全面推行包容审慎监管执法。

第八条 法律、法规、规章设定的罚款数额有一定幅度的，在相应的幅度范围内分为从轻处罚、一般处罚、从重处罚。除法律、法规、规章另有规定外，罚款处罚的数额按照以下标准确定：

（一）罚款为一定幅度的数额，参考情节要结合造成医保基金损失金额确定，根据《条例》39 条规定，对不同情形违法违规行为，分别处 1 万元以上 5 万元以下的罚款（详见基准）。从轻处罚应低于最高罚款数额与最低罚款数额的中间值；从重处罚

应高于中间值；一般处罚应取 1-5 万元中间值，即 3 万元。

（二）罚款为一定金额倍数的，参考情节要结合医保基金损失金额确定（详见基准），在细化具体金额时可以精确至小数点后一位。按法律法规规定，罚款 1 倍以上 2 倍以下的，一般情形按 1.5 倍罚款，有从轻情形的按 1 倍执行，从重情形的按 2 倍确定；罚款 2 倍以上 5 倍以下的，一般情形按三倍确定，有从轻情形的按照二倍确定，有从重情形的按照四倍或五倍确定。其他符合从轻、减轻或不予行政处罚规定的，按国家有关法律法规等规定条款执行。

对行政相对人的同一个违法行为，不得给予两次以上罚款的行政处罚。

第九条 有下列情形之一的，应当依法不予行政处罚：

（一）未满十四周岁的未成年人实施违法行为的；

（二）精神病人、智力残疾人在不能辨认或者控制自己行为时实施违法行为的；

（三）违法事实不清，证据不足的；

（四）违法行为轻微并及时改正，未造成危害后果的；

（五）当事人有证据足以证明没有主观过错的，法律、行政法规另有规定的，从其规定；

（六）违法行为在二年内未被发现的，不再给予行政处罚；涉及公民生命健康安全、金融安全且有危害后果的，上述期限延长至 5 年；法律另有规定的除外。

前款规定的期限，从违法行为发生之日起计算；违法行为有连续或继续状态的，从行为终了之日起计算。

（七）法律、法规、规章规定其他依法不予处罚的情形。

第十条 初次违法且危害后果轻微并及时改正的，可以不予行政处罚。医疗保障行政部门应当依法责令改正、责令退回、给予降低信用等级。

第十一条 有下列情形之一的，应当从轻或者减轻行政处罚：

（一）已满十四周岁不满十八周岁的未成年人实施违法行为的；

（二）主动消除或减轻基金使用违法行为危害后果的；

（三）受他人胁迫或者诱骗实施违法行为的；

（四）主动供述行政机关尚未掌握的基金使用违法行为的关键线索或证据，并经查证属实的；

（五）积极配合行政机关查处违法行为、如实陈述违法事实并主动提供证据材料的；

（六）主动投案向行政机关如实交代违法行为的；

（七）法律、法规、规章规定应当从轻或减轻处罚的其他情形。

第十二条 有下列情形之一的，可以从轻或减轻处罚：

（一）尚未完全丧失辨认或者控制自己行为能力的精神病人、智力残疾人有违法行为的；

（二）法律、法规、规章规定可以从轻或减轻处罚的其他情

形。

第十三条 有下列情形之一的，应当从重处罚：

（一）违法情节恶劣，造成严重危害后果的；

（二）责令改正拒不改正，或者一年内实施两次以上同一性质违法行为的；

（三）妨碍、阻挠或者抗拒执法人员依法调查、处理其违法行为的；

（四）故意转移、隐匿、毁坏或伪造证据，或者对举报投诉人、证人打击报复的；

（五）法律、法规、规章规定应当从重处罚的其他情形。

第十四条 同时具有两个以上从重情节、且不具有从轻或者减轻情节的，应当对应基准，在处罚幅度内按最高档次实施处罚。

同时具有两个以上从轻情节、且不具有从重情节的，应当对应基准，在处罚幅度内按最低档次实施处罚。

具有从轻、减轻或可以从轻、减轻处罚情形的，同时又具有从重处罚情形的，应当对应基准，综合考量确定处罚。

第十五条 办案人员在调查案件中，应当根据本办法所列影响行政处罚裁量的情节、情形，全面、及时、合法地收集相关证据，确保裁量客观公正、合理适度。

第十六条 行政处罚决定作出前，医疗保障行政部门对行政相对人拟受到的行政处罚应当书面告知，并列明行政处罚的事实、理由和依据。行政相对人有权进行陈述和申辩。不得因行政

相对人进行陈述和申辩而加重行政处罚。对符合听证条件的，应当按照相关规定程序开展听证。

第十七条 各级医疗保障行政部门对于行政处罚决定的作出，应当根据《吉林省医疗保障系统全面推行行政执法公示制度执法全过程记录制度重大执法决定法制审核制度实施方案》等相关规定开展工作。

第十八条 行政处罚决定应当依法送达，并按照国家 and 省有关规定公开。

第十九条 各级医疗保障行政部门应当严格执行本办法及裁量基准，开展医保基金监管行政执法工作。

医疗保障行政部门在制作行政处罚文书时，应当以法律、法规、规章相关条款及规定内容为依据，不得单独引用本办法及裁量基准作为依据。

法律、法规、规章或国家医疗保障局另有规定的，从其规定。

第二十条 省医疗保障局负责全省医疗保障行政部门行使行政处罚裁量权的指导、规范和监督。发现行政处罚裁量违法或者不当的，予以及时纠正。

第二十一条 违法行为涉嫌犯罪的，医疗保障行政部门应当按照国家和省有关规定移送司法机关依法追究刑事责任，不得以行政处罚代替追究刑事责任。

第二十二条 各级医疗保障基金监管行政执法人员滥用行政处罚裁量权的，依法追究其行政责任。涉嫌违纪、犯罪的，移交

纪检监察机关、司法机关依法依规处理。

第二十三条 本办法未尽事宜按法律、法规、规章和上级规定执行。各地医疗保障行政部门对本办法未尽事宜可根据本地实际制定补充办法进行完善，并报省医疗保障局备案。

各级医疗保障行政部门应当加强医疗保障基金监管执法典型案例的收集、整理、研究和发布工作，建立医疗保障基金监管行政执法案例库。

第二十四条 本办法和附件裁量基准中所称的“以上”“以下”“以内”，包括本数；所称的“超过”不包括本数。

第二十五条 本办法自 2023 年 6 月 1 日起实施。由吉林省医疗保障局负责解释。

附件：吉林省医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量基准

吉林省医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量基准

一、对医保经办机构违法违规行为的处罚				
序号	违法违规情形	违法违规表现形式	处罚（裁量）标准	处罚依据及条款
1	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	1.医疗保障经办机构通过对真实资料采用剪贴、挖补、涂改等方法加工处理，改变真实资料形态骗取医疗保障基金的行为。 2.医疗保障经办机构通过非法制造虚假资料，冒充真实资料或虚构医药服务项目骗取医疗保障基金的行为。	造成基金损失，责令退回骗取医疗保障基金，并处罚款： 1.造成医保基金损失金额50万元以内的，处骗取金额2倍罚款。 2.造成医保基金损失金额超过50万元-100万元以内的，处骗取金额3倍罚款。 3.造成医保基金损失金额超过100万元-200万元以内的，处骗取金额4倍罚款。 4.造成医保基金损失金额超过200万元的，处骗取金额5倍罚款。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》、《社会救助暂行办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十七条规定
2	医保经办机构违背医疗保障基金专款专用原则，侵占或者挪用医疗保障基金	医疗保障经办机构改变医疗保障基金本金或利息的用途的行为。如利用医疗保障基金或本金兴建、改建公共场所、支付人员经费、炒股等，或存入个人账户获得利益。	一、造成基金损失，责令追回侵占、挪用的医疗保障基金； 二、没收违法所得。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《社会救助暂行办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十四条规定

二、对医保定点医药机构违法违规行为的处罚

序号	违法违规情形	违法违规表现形式	处罚（裁量）标准	处罚依据及条款
3	分解住院、挂床住院	1.医疗服务提供方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或两次以上住院诊疗过程的行为； 2.医疗服务提供方允许参保人员在住院期间长时间离开医院或实际未进行相关诊疗的行为。	造成基金损失的，责令退回损失的医疗保障基金；应予以罚款的，按下列标准执行： 1.造成医疗保障基金损失50万元以内的，处损失金额1倍罚款。 2.造成医疗保障基金损失超过50万元-100万元以内的，处损失金额1.5倍罚款。 3.造成医疗保障基金损失超过100万元的，处损失金额2倍罚款。 4.拒不改正或者造成严重后果的，除按前三条处罚外，损失基金50万元以内的，视情节轻重暂停相关部门医保服务协议6-7个月；损失基金超过50万元的-100万元的，视情节轻重暂停医保服务协议8-9个月；造成医疗保障基金损失超过100万元的，视情节轻重暂停医保服务协议10-12个月。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》、《社会救助暂行办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条第（一）项规定

4	违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或提供其他不必要的医药服务	1.医疗服务提供方违反诊疗规范实施提供不必要的诊疗项目或实施与疾病关联性不高的诊疗、检查项目的行为； 2.应当一次就诊或一张处方完成的，医疗机构故意分多次就诊或分多张处方完成，以收取更多服务为目的的行为。具体情况可根据《处方管理办法》规定确认； 3.超过规定剂量开药的行为； 4.医疗服务提供方违反临床用药指南或规则，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。	造成基金损失的，责令退回损失的医疗保障基金；应予以罚款的，按下列标准执行： 1.造成医疗保障基金损失50万元以内的，处损失金额1倍罚款。 2.造成医疗保障基金损失超过50万元-100万元以内的，处损失金额1.5倍罚款。 3.造成医疗保障基金损失超过100万元的，处损失金额2倍罚款。 4.拒不改正或者造成严重后果的，除按前三条处罚外，损失基金50万元以内的，视情节轻重暂停相关部门医保服务协议6-7个月；损失基金超过50万元的-100万元的，视情节轻重暂停医保服务协议8-9个月；造成医疗保障基金损失超过100万元的，视情节轻重暂停医保服务协议10-12个月。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》、《社会救助暂行办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条第（二）项规定
5	重复收费、超标准收费、分解项目收费	1.医疗服务提供方对某一项诊疗服务项目反复多次收费的行为； 2.医疗服务提供方对医疗服务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的行为； 3.医疗服务提供方将一个项目按照多项目收费标准进行收费的行为。	造成基金损失的，责令退回损失的医疗保障基金；应予以罚款的，按下列标准执行： 1.造成医疗保障基金损失50万元以内的，处损失金额1倍罚款。 2.造成医疗保障基金损失超过50万元-100万元以内的，处损失金额1.5倍罚款。 3.造成医疗保障基金损失超过100万元的，处损失金额2倍罚款。 4.拒不改正或者造成严重后果的，除按前三条处罚外，损失基金50万元以内的，视情节轻重暂停相关部门医保服务协议6-7个月；损失基金超过50万元的-100万元的，视情节轻重暂停医保服务协议8-9个月；造成医疗保障基金损失超过100万元的，视情节轻重暂停医保服务协议10-12个月。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》、《社会救助暂行办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条第（三）项规定

6	串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施	定点医药机构不执行药品、诊疗项目、医用耗材、医疗服务设施的支付名称及价格标准，将医疗保障基金不予支付的医疗服务项目、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的行为。	造成基金损失的，责令退回损失的医疗保障基金；应予以罚款的，按下列标准执行： 1.造成医疗保障基金损失50万元以内的，处损失金额1倍罚款。 2.造成医疗保障基金损失超过50万元-100万元以内的，处损失金额1.5倍罚款。 3.造成医疗保障基金损失超过100万元的，处损失金额2倍罚款。 4.拒不改正或者造成严重后果的，除按前三条处罚外，损失基金50万元以内的，视情节轻重暂停相关责任部门医保服务协议6-7个月；损失基金超过50万元的-100万元的，视情节轻重暂停医保服务协议8-9个月；造成医疗保障基金损失超过100万元的，视情节轻重暂停医保服务协议10-12个月。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》、《社会救助暂行办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条第（四）项规定
7	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	定点医疗机构在为参保人员提供医疗保障期间，利用享受医保待遇的机会为其转卖医疗物资获取非法利益提供便利的行为。	造成基金损失的，责令退回损失的医疗保障基金；应予以罚款的，按下列标准执行： 1.造成医疗保障基金损失50万元以内的，处损失金额1倍罚款。 2.造成医疗保障基金损失超过50万元-100万元以内的，处损失金额1.5倍罚款。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》、《社会救助暂行办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条第（五）项规定

7	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	定点医疗机构在为参保人员提供医疗服务保障期间，利用享受医保待遇的机会为其转卖医疗物资获取非法利益提供便利的行为。	3.造成医疗保障基金损失超过100万元的，处损失金额2倍罚款。 4.拒不改正或者造成严重后果的，除按前三条处罚外，损失基金50万元以内的，视情节轻重暂停相关责任部门医保服务协议6-7个月；损失基金超过50万元的-100万元的，视情节轻重暂停医保服务协议8-9个月；造成医疗保障基金损失超过100万元的，视情节轻重暂停医保服务协议10-12个月。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》、《社会救助暂行办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条第（五）项规定
8	定点医药机构将不符合规定的医药费用纳入医疗保障基金结算	定点医药机构将医疗保障政策规定范围外的项目、药品、耗材上传医疗保障部门结算的行为。	造成基金损失的，责令退回损失的医疗保障基金； 应予以罚款的，按下列标准执行： 1.造成医疗保障基金损失50万元以内的，处损失金额1倍罚款。 2.造成医疗保障基金损失超过50万元的，处损失金额2倍罚款。 3.拒不改正或者造成严重后果的，除按前两条处罚外，损失基金50万元以内的，视情节轻重暂停相关责任部门医保服务协议6-9个月；损失基金超过50万元的，视情节轻重暂停医保服务协议10-12个月。 。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》、《社会救助暂行办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条第（六）项规定
9	未建立医疗保障基金使用内部管理制度，或者没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作	定点医药机构未按照医疗保障部门相关规定及要求建立包括基金管理、就医管理、结算管理、信息管理、质量管理等方面的医疗保障基金使用管理制度并指定专人负责做好医保管理工作的行为。	拒不改正，处1万元罚款。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十九条第（一）项规定

10	未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料	定点医药机构未按照相关规定及要求，建立和保管包括财务账目、会计凭证、处方、病历、检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等方面档案的行为。	拒不改正，处2万元罚款。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《社会救助暂行办法》《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十九条第（二）项规定
11	未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据	定点医药机构向医疗保障部门传送的医疗保障基金使用信息及数据不符合要求和规定的行为。	拒不改正，处2万元罚款。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十九条第（三）项规定
12	未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息	定点医药机构未按照医疗保障行政部门要求提供相关信息和数据的行为。	拒不改正，处4万元罚款。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十九条第（四）项规定
13	未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息	定点医药机构未按相关规定向社会及时公开医药费用结构等信息的行为。	拒不改正，处3万元罚款。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十九条第（五）项规定

14	除急诊、抢救等特殊情形外，未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务	定点医药机构未按照相关规定对参保患者提供并使用医保基金支付范围以外的医药服务的行为。	拒不改正，处3万元罚款。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十九条第（六）项规定
15	拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况	定点医疗机构拒绝医疗保障部门要求提供信息分析数据、进入现场检查或在监督检查过程中提供虚假情况的行为。	拒不改正，处5万元罚款。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十九条第（七）项规定
16	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的	定点医药机构为获得利益，违反相关规定，诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药的行为。	造成基金损失的，责令退回损失的医疗保障基金； 应予以罚款的，按下列标准执行： 1.造成医疗保障基金损失金额50万元以内的，处于损失金额2倍罚款；暂停医保服务协议6个月。 2.造成医保基金损失金额超过50万元-100万元以内的，处骗取金额3倍罚款；暂停医保服务协议6个月。 3.造成医保基金损失金额超过100万元-200万元以内的，处骗取金额4倍罚款；暂停医保服务协议9个月。 4.造成医保基金损失金额超过200万元-400万元，处骗取金额5倍罚款；暂停医保服务协议12个月。 5.造成医保基金损失金额超过400万元以上且造成严重社会影响的，处骗取金额5倍罚款，并解除医保服务协议。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》、《社会救助暂行办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条第（一）项规定

17	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	定点医药机构通过对真实资料采用剪贴、挖补、涂改等方法加工处理，改变真实资料形态骗取医疗保障基金的行为。	造成基金损失的，责令退回损失的医疗保障基金；应予以罚款的，按下列标准执行： 1.造成医疗保障基金损失金额50万元以内的，处于损失金额2倍罚款；暂停医保服务协议6个月。 2.造成医保基金损失金额超过50万元-100万元以内的，处骗取金额3倍罚款；暂停医保服务协议6个月。 3.造成医保基金损失金额超过100万元-200万元以内的，处骗取金额4倍罚款；暂停医保服务协议9个月。 4.造成医保基金损失金额超过200万元-400万元，处骗取金额5倍罚款；暂停医保服务协议12个月。 5.造成医保基金损失金额超过400万元以上且造成严重社会影响的，处骗取金额5倍罚款，并解除医保服务协议。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》、《社会救助暂行办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条第（二）项规定
18	虚构医药服务项目	定点医药机构以骗保为目的，凭想像造出来“无中生有”的医药服务项目的行为。	造成基金损失的，责令退回损失的医疗保障基金；应予以罚款的，按下列标准执行： 1.造成医疗保障基金损失金额50万元以内的，处于损失金额2倍罚款；暂停医保服务协议6个月。 2.造成医保基金损失金额超过50万元-100万元以内的，处骗取金额3倍罚款；暂停医保服务协议6个月。 3.造成医保基金损失金额超过100万元-200万元以内的，处骗取金额4倍罚款；暂停医保服务协议9个月。 4.造成医保基金损失金额超过200万元-400万元，处骗取金额5倍罚款；暂停医保服务协议12个月。 5.造成医保基金损失金额超过400万元以上且造成严重社会影响的，处骗取金额5倍罚款，并解除医保服务协议。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》、《社会救助暂行办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条第（三）项规定

三、对个人违法违规行为的处罚

序号	违法违规情形	违法违规表现形式	处罚（裁量）标准	处罚依据及条款
19	将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用	不以骗取医疗保障基金为目的，将本人的医疗保障凭证将由他人使用并取得利益，致使医疗保障基金损失的行为。	责令退回损失的医疗保障基金。其中，造成医疗保障基金损失1万元以下的，暂停医疗费用联网结算3个月；造成医疗保障基金损失超过1万元至3万元以下的，暂停医疗费用联网结算6个月；造成医疗保障基金损失超过3万元至5万元以下的，暂停医疗费用联网结算9个月；造成医疗保障基金损失超过5万元的，暂停医疗费用联网结算12个月。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《社会救助暂行办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款（一）规定
20	重复享受医疗保障待遇	不以骗取医疗保障基金为目的，重复享受医疗保障待遇，致使医疗保障基金损失的行为。	责令退回损失的医疗保障基金。其中，造成医疗保障基金损失1万元以下的，暂停医疗费用联网结算3个月；造成医疗保障基金损失超过1万元至3万元以下的，暂停医疗费用联网结算6个月；造成医疗保障基金损失超过3万元至5万元以下的，暂停医疗费用联网结算9个月；造成医疗保障基金损失超过5万元的，暂停医疗费用联网结算12个月。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《社会救助暂行办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款（二）规定

21	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	不以骗取医疗保障基金为目的，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，致使医疗保障基金损失的行为。	责令退回损失的医疗保障基金。其中，造成医疗保障基金损失1万元以下的，暂停医疗费用联网结算3个月；造成医疗保障基金损失超过1万元至3万元以下的，暂停医疗费用联网结算6个月；造成医疗保障基金损失超过3万元至5万元以下的，暂停医疗费用联网结算9个月；造成医疗保障基金损失超过5万元的，暂停医疗费用联网结算12个月。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《社会救助暂行办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款（三）规定
22	个人以骗取医疗保障基金为目的，实施了以上三条行为之一，造成医疗保障基金损失的；或者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行为	个人以骗取医疗保障基金为目的，利用任何形式或手段骗取社会保险基金且取得不当利益的行为。	责令退回损失的医疗保障基金。其中，造成医疗保障基金损失1万元以下的，暂停医疗费用联网结算3个月，且处骗取金额2倍罚款；造成医疗保障基金损失超过1万元至3万元以下的，暂停医疗费用联网结算6个月，且处骗取金额3倍罚款；造成医疗保障基金损失超过3万元至5万元以下的，暂停医疗费用联网结算9个月，且处骗取金额4倍罚款；造成医疗保障基金损失超过5万元的，暂停医疗费用联网结算12个月，且处骗取金额5倍罚款。	《中华人民共和国行政处罚法》、《中华人民共和国社会保险法》、《社会救助暂行办法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第二款规定

