

江西省医疗保障局办公室

赣医保办发〔2021〕23号

江西省医疗保障局办公室 关于印发《江西省医疗保障基金监管 行政处罚裁量权实施细则（试行）》的通知

各设区市医疗保障局，局机关各处室、局属各单位：

根据《国家医疗保障局关于印发〈规范医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权办法〉的通知》（医保发〔2021〕35号，见附件2）要求，经2021年12月31日江西省医疗保障局第14次局长办公会审议通过，现将《江西省医疗保障基金监管行政处罚裁量权实施细则（试行）》（以下简称《实施细则》，见附件1）印发给你们，并提出以下要求，请一并贯彻执行。

一、各级医疗保障行政部门请依据《实施细则》行使行政处罚裁量权，应当以事实为依据，行政处罚的种类和幅度应当与违法行为的事实、性质、情节、社会危害程度相当，与违法行为发

生地的经济社会发展水平相适应。违法事实、性质、情节及社会危害后果等相同或相近的违法行为，同一行政区域行政处罚的种类和幅度应当基本一致。

二、各设区市医疗保障局应当建立健全规范医疗保障基金监管行政处罚裁量权的监督制度，通过行政处罚集体讨论，行政处罚决定法制审核，行政执法评议考核，行政处罚案卷评查，办理行政执法投诉举报，行政处罚结果公开等方式加强对本行政区域内医疗保障行政部门行使裁量权情况的监督、指导。发现行政处罚裁量违法或者不当的，应当及时纠正。

三、各设区市医疗保障局要加大对《实施细则》的宣传力度，引导经办机构、定点医药机构、参保人自觉知法、守法，及时曝光并汇总上报行政处罚典型案例，强化警示教育，共同维护医保基金正常运行和医疗卫生秩序。执行中如有问题，请及时报告省局基金监管处。

- 附件：1. 江西省医疗保障基金监管行政处罚裁量权实施细则(试行)
2. 《国家医疗保障局关于印发<规范医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权办法>的通知》(医保发〔2021〕35号)

江西省医疗保障局办公室

2021年12月31日

(此件主动公开)

附件 1

江西省医疗保障基金监管行政处罚 裁量权实施细则（试行）

第一章 裁量基准

第一条 《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十七条：医疗保障经办机构通过伪造、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，骗取医保基金支出的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

裁量细则：

（一）减轻处罚：

1. 初次违法且骗取医保基金 1000 元以下并及时改正的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额 1 倍以下的罚款。

2. 初次违法且骗取医保基金 1000 元以上 2000 元以下并及时改正的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额 1 倍以上 2 倍以下的罚款。

（二）从轻处罚：

初次违法且骗取医保基金 2000 元以上 5000 元以下并及时改

正的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额 2 倍以上 3 倍以下的罚款。

（三）从重处罚：

骗取医保基金 6000 元以上的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额 4 倍以上 5 倍以下的罚款。

（四）一般处罚：

不具备减轻、从轻或从重情形，且骗取医保基金 5000 元以上 6000 元以下的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额 3 倍以上 4 倍以下的罚款。

第二条 《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条：

“定点医药机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；造成医保基金损失的，责令退回，处造成损失金额 1 倍以上 2 倍以下的罚款；拒不改正或者造成严重后果的，责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以上 1 年以下涉及医保基金使用的医药服务；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理：（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。”

裁量细则:

(一) 不予处罚:

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。

(二) 减轻处罚:

初次违法且造成医保基金损失占上年度医保基金支付额 0.2% 以下且未发现以骗取医保基金为目的, 及时改正的, 由医疗保障行政部门责令改正, 约谈有关负责人; 造成医保基金损失的, 责令退回, 处造成损失金额 1 倍以下的罚款。

(三) 从轻处罚:

初次违法且造成医保基金损失占上年度医保基金支付额 0.2% 以上 0.5% 以下且未发现以骗取医保基金为目的, 及时改正的, 由医疗保障行政部门责令改正, 约谈有关负责人; 造成医保基金损失的, 责令退回, 处造成损失金额 1 倍以上 1.5 倍以下的罚款。

（四）从重处罚：

造成医保基金损失占上年度医保基金支付额 1.5%以上，且未发现以骗取医保基金为目的的，由医疗保障行政部门责令改正，约谈有关负责人；造成医保基金损失的，责令退回，并处造成损失金额 1.5 倍以上 2 倍以下的罚款。拒不改正的，责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以上 1 年以下涉及医保基金使用的医药服务。

（五）一般处罚：

不具备上述减轻、从轻或从重情形，造成医保基金损失占上年度医保基金支付额 0.5%以上 1.5%以下，未发现以骗取医保基金为目的的，由医疗保障行政部门责令改正，约谈有关负责人；造成医保基金损失的，责令退回，并处造成损失金额 1.5 倍的罚款。

第三条 《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十九条：定点医药机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；拒不改正的，处 1 万元以上 5 万元以下的罚款；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理：

（一）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；（二）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；（三）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；（四）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；（五）未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息；（六）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；（七）拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。

裁量细则：

（一）不予处罚：

实施了第三十九条第（一）项至第（七）项违规行为，初次违法且及时改正的，约谈有关负责人。

（二）从轻处罚：

实施了第三十九条第（六）项违法行为，涉及金额在 1000 元以下，且拒不改正的，处 1 万元以上 2 万元以下的罚款。

（三）从重处罚：

1. 实施了《条例》第三十九条第（一）项至第（五）项违规行为，且拒不改正，情节严重，造成重大医保基金使用管理隐患，或对医保基金监管工作正常开展造成重大影响，或造成恶劣社会影响的，处 4 万元以上 5 万元以下的罚款。

2. 实施了《条例》第三十九条第（六）项违法行为，且涉及金额在 1000 元以上，且拒不改正的，处 4 万元以上 5 万元以下的罚款。

3. 实施了《条例》第三十九条第（七）项违法行为，且拒不改正的，处4万元以上5万元以下的罚款。

（四）一般处罚：

不具备上述从轻或从重情形，实施了《条例》第三十九条第（一）项至第（五）项违规行为，且拒不改正的，处2万元以上4万元以下的罚款。

第四条 《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条：定点医药机构通过下列方式骗取医疗保障基金支出的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款；责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务，直至由医疗保障经办机构解除服务协议；有执业资格的，由有关主管部门依法吊销执业资格：（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）其他骗取医疗保障基金支出的行为。

定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的，实施了本条例第三十八条规定行为之一，造成医疗保障基金损失的，按照本条规定处理。

裁量细则：

（一）减轻处罚：

初次违法且骗取医保基金占上年度医保基金支付额 0.2%以下及时改正的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额 2 倍以下的罚款；责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以下涉及医保基金使用的医药服务。

（二）从轻处罚：

初次违法且骗取医保基金占上年度医保基金支付额 0.2%以上 0.5%以下，及时改正的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额 2 倍以上 3 倍以下的罚款；责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以上 9 个月以下涉及医保基金使用的医药服务。

（三）从重处罚：

骗取医保基金占上年度医保基金支付额 1.5%以上的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额 4 倍以上 5 倍以下的罚款；责令定点医药机构暂停相关责任部门 1 年涉及医保基金使用的医药服务，直至由医疗保障经办机构解除服务协议。

（四）一般处罚：

不具备上述减轻、从轻或从重情形，且骗取医保基金占上年度医保基金支付额 0.5%以上 1.5%以下的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额 3 倍以上 4 倍以下的罚款；责令定点医药机构暂停相关责任部门 9 个月以上至 1 年涉及医保基金使用的医药服务。

第五条 《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款：个人有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正；

造成医疗保障基金损失的，责令退回；属于参保人员的，暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月：（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。

裁量细则：

（一）不予处罚：

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。

（二）减轻处罚：

1. 初次违法且造成医保基金损失500元以下并及时改正的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医保基金损失的，责令退回；暂停其医疗费用联网结算1个月以下。

2. 初次违法且造成医保基金损失500元以上1000元以下并及时改正的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医保基金损失的，责令退回；暂停其医疗费用联网结算1个月以上3个月以下。

（四）从轻处罚：

初次违法且造成医保基金损失1000元以上2000元以下并及时改正的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医保基金损失的，责令退回；暂停其医疗费用联网结算3个月以上6个月以下。

（五）从重处罚：

造成医保基金损失 6000 元以上的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医保基金损失的，责令退回；暂停其医疗费用联网结算 9 个月以上 12 个月以下。

（六）一般处罚：

不具备上述减轻、从轻或从重情形，造成医保基金损失 2000 元以上 6000 元以下的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医保基金损失的，责令退回；暂停其医疗费用联网结算 6 个月以上 9 个月以下。

第六条 《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第二款：个人以骗取医疗保障基金为目的，实施了前款规定行为之一，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，除依照前款规定处理外，还应当由医疗保障行政部门处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款。

裁量细则：

（一）减轻处罚：

1. 初次违法且骗取的医保基金均由医保个人账户支付，或骗取医保基金 500 元以下并及时改正的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医保基金损失的，责令退回；属于参保人员的，暂停

其医疗费用联网结算 1 个月以下，处骗取金额 1 倍以下罚款。

2. 初次违法且骗取的医保基金均由医保个人账户支付，或骗取医保基金 500 元以上 1000 元以下并及时改正的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医保基金损失的，责令退回；属于参保人员的，暂停其医疗费用联网结算 1 个月以上 3 个月以下，处骗取金额 1 倍以上 2 倍以下罚款

（二）从轻处罚：

初次违法且骗取的医保基金均由医保个人账户支付，或骗取医保基金 1000 元以上 2000 元以下并及时改正的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医保基金损失的，责令退回；属于参保人员的，暂停其医疗费用联网结算 3 个月以上 6 个月以下，处骗取金额 2 倍以上 3 倍以下罚款。

（三）从重处罚：

骗取医保基金 6000 元以上的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医保基金损失的，责令退回；暂停其医疗费用联网结算 9 个月以上 12 个月以下，处骗取金额 4 倍以上 5 倍以下罚款。

（四）一般处罚：

不具备上述减轻、从轻或从重情形，骗取医保基金 2000 元以上 6000 元以下的，由医疗保障行政部门责令改正；造成医保基金损失的，责令退回；属于参保人员的，暂停其医疗费用联网结算 6 个月以上 9 个月以下，处骗取金额 3 倍以上 4 倍以下罚款。

第二章 通 例

第七条 当事人同时具有从重和从轻或减轻情节的，应当根据违法行为的性质和主要情节确定对应的处罚幅度，综合考虑后实施处罚。

第八条 当事人在医疗保障行政部门责令退回涉及医保基金前，主动退回，认定为“及时改正”和“主动消除或减轻医保基金使用违法行为危害后果的”。

第九条 当事人在医疗保障行政部门责令退回涉及医保基金后，拒不退回，认定为“责令改正拒不改正”。

第十条 当事人拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况，且拒不改正，认定为“责令改正拒不改正”和“妨碍、阻挠或者抗拒执法人员依法调查、处理其违法行为的”，从重处罚。

第十一条 本规定中的罚款额度计算结果和实施细则，“以上”不包括本数，“以下”包括本数。

第三章 附 则

第十二条 本规定由江西省医疗保障局负责解释。

第十三条 本规定自公布之日起施行。

附件 2

国家医疗保障局文件

医保发〔2021〕35 号

国家医疗保障局关于印发《规范医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权办法》的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

《规范医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权办法》已经 2021 年 6 月 9 日国家医疗保障局第 46 次局长办公会审议通过。现印发给你们，请认真遵照执行。



(主动公开)

规范医疗保障基金使用监督 管理行政处罚裁量权办法

第一条 为规范医疗保障基金使用监管行政执法行为，保障医疗保障行政部门合法、合理、适当地行使行政处罚裁量权，保护公民、法人和其他组织的合法权益，根据《中华人民共和国行政处罚法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等相关法律法规，制定本办法。

第二条 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。

第三条 省级医疗保障行政部门制定行政处罚裁量基准和行使行政处罚裁量权，适用本办法。

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，保障行政相对人的合法权益。

第五条 行使行政处罚裁量权应当符合法律目的，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。

第六条 行使行政处罚裁量权，应当以事实为依据，行政处罚的种类和幅度应当与违法行为的事实、性质、情节、社会危害

程度相当，与违法行为发生地的经济社会发展水平相适应。

违法事实、性质、情节及社会危害后果等相同或相近的违法行为，同一行政区域行政处罚的种类和幅度应当基本一致。

第七条 省级医疗保障行政部门可以根据统一和规范的全国医疗保障基金监管行政执法裁量尺度，针对特定的医疗保障基金监管行政处罚事项制定裁量基准。

第八条 法律、法规、规章对行政处罚事项规定有裁量空间的，省级医疗保障行政部门应当根据本办法结合本地区实际制定裁量基准，明确处罚裁量标准和适用条件，供本区域医疗保障行政部门实施行政处罚时参照执行。

第九条 省级医疗保障行政部门应当依据法律、法规、规章制定情况、上级部门制定的行政处罚裁量权适用规则的变化以及执法工作实际，及时修订完善本部门的行政处罚裁量基准并向国家医保局备案。

第十条 制定行政处罚裁量基准，应当遵守以下规定：

（一）法律、法规、规章规定可以选择是否给予行政处罚的，应当明确是否给予行政处罚的具体裁量标准和适用条件；

（二）法律、法规、规章规定可以选择行政处罚种类的，应当明确适用不同种类行政处罚的具体裁量标准和适用条件；

（三）法律、法规、规章规定可以选择行政处罚幅度的，应当根据违法事实、性质、情节、社会危害程度等因素确定具体裁量标准和适用条件；

（四）法律、法规、规章规定可以单处也可以并处行政处罚的，应当明确单处或者并处行政处罚的具体裁量标准和适用条件。

第十一条 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重处罚、一般处罚、从轻处罚。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，并同时规定了最低罚款数额和最高罚款数额的，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；

（二）罚款为一定金额的倍数，并同时规定了最低罚款倍数和最高罚款倍数的，从轻处罚应低于最低罚款倍数和最高罚款倍数的中间倍数，从重处罚应高于中间倍数。

第十二条 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，应当在违法行为对应的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，应当在违法行为对应的处罚幅度内按最低档次实施处罚。

同时具有从重和从轻或减轻情节的，应当根据违法行为的性质和主要情节确定对应的处罚幅度，综合考虑后实施处罚。

第十三条 有下列情形之一的，医疗保障行政部门应当不予处罚：

(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，上述期限延长至五年。法律另有规定的除外。

前期规定的期限，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。

第十四条 有下列情形之一的，医疗保障行政部门应当从轻或减轻处罚：

(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。

第十五条 有下列情形之一的，医疗保障行政部门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）初次违法且危害后果轻微并及时改正的；

（三）法律、法规、规章规定可以从轻或减轻处罚的其他情形。

第十六条 有下列情形之一的，医疗保障行政部门应当从重处罚：

（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。

第十七条 给予减轻处罚的，依法在法定行政处罚的最低限

度以下作出。

第十八条 行使行政处罚裁量权，应当坚持处罚与教育相结合、执法与普法相结合，将普法宣传融入行政执法全过程，教育和引导公民、法人或者其他组织知法学法、自觉守法。

第十九条 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，充分发挥典型案例在指导和规范行政处罚裁量权工作中的引导、规范功能。

第二十条 医疗保障行政部门行使行政处罚裁量权，不得有下列情形：

（一）违法行为的事实、性质、情节以及社会危害程度与受到的行政处罚相比，畸轻或者畸重的；

（二）在同一时期同类案件中，不同当事人的违法行为相同或者相近，所受行政处罚差别较大的；

（三）依法应当不予行政处罚或者应当从轻、减轻行政处罚的，给予处罚或未从轻、减轻行政处罚的；

（四）其他滥用行政处罚裁量权情形的。

第二十一条 各级医疗保障行政部门应当建立健全规范医疗保障基金监管行政处罚裁量权的监督制度，通过以下方式加强对本行政区域内医疗保障行政部门行使裁量权情况的监督：

（一）行政处罚集体讨论；

（二）行政处罚决定法制审核；

- (三) 行政执法评议考核；
- (四) 行政处罚案卷评查；
- (五) 办理行政执法投诉举报；
- (六) 行政处罚结果公开；
- (七) 法律、法规和规章规定的其他方式。

各级医疗保障行政部门应当加强对下级医疗保障行政部门行使行政处罚裁量权的监督、指导。发现行政处罚裁量违法或者不当的，应当及时纠正。

第二十二条 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 省级医疗保障行政部门制定的行政处罚裁量权基准，应当及时向社会公开。

第二十四条 本办法自 2021 年 7 月 15 日实施。

抄送：局内各单位、国办二局五处、国办信息公开办。

国家医疗保障局办公室

2021 年 6 月 23 日印发

抄送: 国家医保局基金监管司, 驻省卫健委纪检监察组, 省司法厅行政执法监督处。

江西省医疗保障局办公室

2022 年 1 月 4 日印发
