

湖南省医疗保障局文件

湘医保发〔2024〕14号

湖南省医疗保障局 关于印发《湖南省医疗保障基金使用监督管理 行政处罚裁量基准适用办法》的通知

各市州医疗保障局：

为规范医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权，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》等法律法规，结合原裁量基准适用情况，我局重新制定了《湖南省医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量基准适用办法》。现印发给你们，请认真贯彻执行。



（此件主动公开）

湖南省医疗保障基金使用监督管理 行政处罚裁量基准适用办法

第一章 一般规定

第一条 为规范医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权，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》等法律法规和《湖南省规范行政裁量权办法》（湖南省人民政府令 244 号）、《规范医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权办法》（医保发〔2021〕35 号）有关规定，结合工作实际，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，决定是否给予行政处罚、给予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法律、法规、规章规定的具有行政裁量权的内容进行细化、量化，从而形成的具体适用规则和标准。

第三条 医疗保障行政部门行使行政处罚裁量权，应当坚持公正、公开原则，坚持处罚与教育相结合原则，坚持处罚法定、程序正当的原则，依法合理行使裁量权。

第四条 医疗保障行政部门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。

第五条 医疗保障行政部门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。

第二章 行政处罚裁量档次的划分及其适用情形

第六条 根据违反医疗保障基金使用监督管理法律、法规、规章行为的情节和社会危害程度，将违法行为划为轻微违法行为、一般违法行为、较重违法行为、严重违法行为等四种情形，分别对应“轻微（D档）”“一般（C档）”“较重（B档）”“严重（A档）”四个裁量阶次。

符合法定不予处罚，依法不予处罚。符合免予处罚、减轻处罚、从轻处罚情形的，应当免罚减罚轻罚。

第七条 有下列情形之一的，应当不予处罚：

- （一）违法事实不清，证据不足的；
- （二）违法行为轻微并及时改正，没有造成危害后果的；
- （三）未满 14 周岁的未成年人实施违法行为的；
- （四）精神病人、智力残疾人在不能辨认或控制自己行为时

实施违法行为的；

（五）除法律、行政法规另有规定外，当事人有证据足以证明没有主观过错的；

（六）法律、法规、规章规定不予处罚的其他情形。

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。

第八条 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。

第九条 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）法律、法规、规章规定可以从轻或减轻处罚的其他情形。

第十条 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。

第三章 行政处罚裁量权的实施规则及程序

第十一条 医疗保障行政部门给予从轻处罚、一般处罚、较重处罚、从重处罚的，应当在法定行政处罚种类和幅度内，选择相应的行政处罚；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。

第十二条 法律、法规、规章明确规定对行政处罚的种类可以选择单处或者并处的，医疗保障行政部门可以选择适用；法律、法规、规章明确规定应当并处，或者应当先没收违法所得再作其他处罚的，不得选择适用。

第十三条 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，减轻处罚应低于最低罚款数额。

（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，减轻处罚应低于最低罚款倍数。

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。

同时具有两个第八条或第九条规定情节的、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。

同时具有三个及以上第八条或第九条规定情节的、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的0.5倍实施减轻处罚。

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。

符合免于处罚情形的，优先适用免罚裁量。

第十五条 行政处罚案件调查终结后，需要对违法行为实施行政处罚的，案件承办部门应当制作案件调查终结报告并拟定行

政处罚决定书。拟定的行政处罚决定书中应当载明拟作出行政处罚的种类和幅度，并说明行政处罚决定裁量的理由和依据。

第十六条 各级医疗保障行政部门行使行政处罚裁量权时，应当充分保障当事人的知情权、陈述权、申辩权，对当事人提出的事实、理由和证据，要进行复核；当事人提出的事实、理由或者证据成立的，应当采纳。不得因当事人的陈述申辩而加重处罚。

第十七条 违法行为涉嫌构成犯罪的，医疗保障行政部门应当按照国家和湖南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。

第四章 对行政处罚裁量权行使的监督

第十八条 各级医疗保障行政部门应当健全规范医疗保障基金监管行政处罚裁量权的监督制度，通过集体讨论、法制审核、结果公开等方式加强对行政处罚裁量权行使情况的监督。上级医疗保障行政部门要建立行政执法评议考核、行政处罚案卷评查等制度，加强对下级医疗保障行政部门行政处罚裁量权行使情况的监督检查，发现行政处罚裁量违法或不当的，应当及时纠正。

第十九条 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。

第二十条 因行使行政处罚裁量权不当，导致医疗保障行政处罚显失公正，构成执法过错的，应当限期改正并依照相关规定追究有关人员的过错责任。

第五章 附则

第二十一条 本办法是全省医疗保障行政处罚裁量执行的指导性文件，法律、法规、规章或国家医疗保障局、湖南省人民政府对规范行政处罚裁量权另有规定的，适用其规定。

第二十二条 湖南省医疗保障局依据本办法制定《湖南省医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量基准》（以下简称《裁量基准》）和《湖南省医保领域免于行政处罚清单》（以下简称《免罚清单》）。《裁量基准》《免罚清单》对有关违法行为未作规定或规定不明确的，应当参照本办法的相关要求，结合案件实际，综合考量作出行政处罚决定。

第二十三条 本办法自 2024 年 4 月 26 日施行，有效期五年。原《湖南省医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量基准适用办法》（湘医保发〔2021〕66 号）同步废止。

附件：1.湖南省医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量基准

2.湖南省医保领域免于行政处罚清单

湖南省医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量基准

序号	违法行为	法定依据	法定处罚标准	裁量阶次	适用情形	处罚标准
1	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，骗取医疗保障基金支出。	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十七条	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。	轻微 D 档 一般 C 档 较重 B 档 严重 A 档	骗取医疗保障基金支出，造成医疗保障基金损失在 5000 元以下的。 骗取医疗保障基金支出，造成医疗保障基金损失在 5000 元以上 5 万元以下的。 骗取医疗保障基金支出，造成医疗保障基金损失在 5 万元以上 50 万元以下的。 骗取医疗保障基金支出，造成医疗保障基金损失在 50 万元以上的。	责令退回骗取基金，处骗取金额 2 倍的罚款。 责令退回骗取基金，处骗取金额 3 倍的罚款。 责令退回骗取基金，处骗取金额 4 倍的罚款。 责令退回骗取基金，处骗取金额 5 倍的罚款。
2	定点医药机构存在下列行为：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	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条	责令改正，并可以约谈有关负责人；造成医疗保障基金损失的，责令退回，处造成损失金额 1 倍以上 2 倍以下的罚款，拒不	轻微 D 档 一般 C 档	造成的医疗保障基金损失在 5000 元以下的，或造成的医保基金支付总额 0.003% 以下的。 造成的医疗保障基金损失在 5000 元以上 5 万元以下的，或造成的医疗保障基金损失占上年度医保基金支付总额 0.003% 以上，0.03%	责令退回损失基金，处损失基金金额 1 倍的罚款；拒不改正的，责令定点医药机构暂停相关责任部门 3 个月涉及医疗保障基金使用的医药服务。 责令退回损失基金，处损失基金金额 1.5 倍的罚款；拒不改正的，责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月涉及医疗保障基

	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，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；造成医疗保障基金损失的其他违法行为。		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年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务。			以下的。	金使用的医药服务。
				较重 B 档	造成的医疗保障基金损失在5万元以上50万元以下的，或造成的医疗保障基金损失占上年度医保基金支付总额0.03%以上，0.3%以下的。		责令退回损失基金，处损失基金金额2倍的罚款；拒不改正的，责令定点医药机构暂停相关责任部门9个月涉及医疗保障基金使用的医药服务。
				严重 A 档	造成的医疗保障基金损失在50万元以上的，或造成的医疗保障基金损失占上年度医保基金支付总额0.3%以上。		责令退回损失基金，处损失基金金额2倍的罚款，责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月涉及医疗保障基金使用的医药服务；拒不改正的，责令定点医药机构暂停相关责任部门12个月涉及医疗保障基金使用的医药服务。
3	定点医药机构有下列情形之一的：（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）	《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十九条	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。	轻微 D 档	违反第三十九条1-6款其中1款的。		拒不改正的，处1万元的罚款。

4	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。			违反第三十九条 1-6 款中 2-3 款的。	拒不改正的，处 3 万元的罚款。
			一般 C 档		
			较重 B 档	违反第三十九条 1-6 款中 4-5 款。	拒不改正的，处 4 万元的罚款。
			严重 A 档	违反第三十九条 1-6 款中 5 款及以上的，或第七款。	拒不改正的，处 5 万元的罚款。
	定点医药机构有下列情形之一的：（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	《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条	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	造成医疗保障基金损失在 5000 元以下的。	责令退回损失基金，处骗取金额 2 倍的罚款，责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月涉及医疗保障基金使用的医药服务。
			轻微 D 档		
			一般 C 档	造成医疗保障基金损失在 5000 元以上 5 万元以下的。	责令退回损失基金，处骗取金额 3 倍的罚款，责令定点医药机构暂停相关责任部门 9 个月涉及医疗保障基金使用的医药服务。
			较重 B 档	造成医疗保障基金损失在 5 万元以上 50 万元以下的。	责令退回损失基金，处骗取金额 4 倍的罚款，责令定点医药机构暂停相关责任部门 12 个月涉及医疗保障基金使用的医药服务。

	为。定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的，实施了《医疗保障基金使用监督管理条例》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。		机构解除服务协议。	严重 A 档	造成医疗保障基金损失在 50 万元以上的。	责令退回损失基金，处骗取金额 5 倍的罚款，责令医疗保障经办机构解除服务协议。
5	个人有下列情形之一的： (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。	《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款	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。	轻微 D 档	造成医疗保障基金损失在 5000 元以下的。	责令退回基金损失，暂停参保人员 3 个月医疗费用联网结算。
				一般 C 档	造成医疗保障基金损失在 5000 元以上 5 万元以下的。	责令退回基金损失，暂停参保人员 6 个月医疗费用联网结算。
				较重 B 档	造成医疗保障基金损失在 5 万元以上 50 万元以下的。	责令退回基金损失，暂停参保人员 9 个月医疗费用联网结算。
				严重 A 档	造成医疗保障基金损失在 50 万元以上的。	责令退回基金损失，暂停参保人员 12 个月医疗费用联网结算。
6	个人以骗取医疗保障基金为目的，实施了《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第一款规定行为之一，或者使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的；或者通过伪	《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条第二款	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。	轻微 D 档	骗取医疗保障基金支出，造成医疗保障基金损失在 5000 元以下的。	责令退回基金损失，处骗取金额 2 倍的罚款；属于参保人员的，同时暂停参保人员 3 个月医疗费用联网结算。
				一般 C 档	骗取医疗保障基金支出，造成医疗保障基金损失在 5000 元以上 5 万元以下的。	责令退回基金损失，处骗取金额 3 倍的罚款；属于参保人员的，同时暂停参保人员 6 个月医疗费用

	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。		个月至12个月；处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款。			用联网结算。
				较重 B 档	骗取医疗保障基金支出，造成医疗保障基金损失在5万元以上50万元以下的。	责令退回基金损失，处骗取金额4倍的罚款；属于参保人的，同时暂停参保人员9个月医疗费用联网结算。
				严重 A 档	骗取医疗保障基金支出，造成医疗保障基金损失在50万元以上的。	责令退回基金损失，处骗取金额5倍的罚款；属于参保人的，同时暂停参保人员12个月医疗费用联网结算。

注：1、适用条件及其对应的具体处罚裁量标准中的“以上”“以下”不包括本数。

2、序号2同时存在具体金额和比例金额适用情形的，优先使用较低裁量阶次。

.....

