天津市医疗保障局文件

津医保规字〔2021〕10号

关于印发《规范天津市医疗保障行政处罚

裁量权实施办法》的通知

各区医疗保障局，局属各单位，各定点医药机构，有关单位：

为贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》及《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》，进一步健全医疗保障基金监管制度体系，规范医保行政处罚裁量标准，严厉打击欺诈骗保行为，结合医保工作实际，市医保局制定了《规范天津市医疗保障行政处罚裁量权实施办法》，现印发给你们，请遵照执行。

2021年10月22日

（此件主动公开）

规范天津市医疗保障行政处罚

裁量权实施办法

第一条 为规范医疗保障行政处罚裁量权，统一处罚标准，依据《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》《天津市基本医疗保险条例》《天津市基本医疗保险规定》等法律、法规、规章，结合本市工作实际，制定本办法。

第二条 医疗保障行政部门依法对违反医疗保障法律、法规、规章的行为实施行政处罚种类和幅度的裁量，适用本办法。

第三条 实施行政处罚应当遵循公正公开、过罚相当、处罚

与教育相结合、执法与普法相结合的原则，以事实为依据，以法律为准绳。

第四条 实施行政处罚应当严格履行法定程序，充分听取当

事人的陈述、申辩意见。当事人申请听证的，应当依法组织听证。不得因当事人提出陈述、申辩或者申请听证而加重处罚。

第五条 行政处罚应与违法行为的事实、性质、情节、社会

危害程度及当事人主观过错等因素相当。属于定点医药机构的，同时按照医保服务协议进行相应处理。

第六条 定点医药机构存在《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十九条所规定的违法情形且拒不改正的，对第（一）项情形处1万元罚款；对第（二）项情形处4万元罚款；对第（三）、（四）项情形处3万元罚款；对第（五）、（六）项情形处2万元罚款；对第（七）项情形处5万元罚款。

定点医药机构存在多项违法情形的，累加计算。

第七条 参保人员存在《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十一条情形的，暂停其医疗费用联网结算3个月；违法金额在3万元以上不满5万元的，暂停其医疗费用联网结算6个月；违法金额在5万元以上不满10万元的，暂停其医疗费用联网结算9个月；违法金额在10万元以上的，暂停其医疗费用联网结算12个月。

第八条定点医药机构有下列情形之一，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个月涉及医疗保障基金使用的医药服务；造成医疗保障基金损失的，责令退回，处造成损失金额1倍的罚款：

（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）冒用基本医疗保险服务医师、药师名义申报医疗费用；

（六）违法金额不满30万元；

（七）其他造成医疗保障基金损失的较轻违法行为。

第九条定点医药机构有下列情形之一，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1年涉及医疗保障基金使用的医药服务；造成医疗保障基金损失的，责令退回，处造成损失金额2倍的罚款：

（一）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；

（二）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；

（三）违法金额在30万元以上；

（四）其他造成医疗保障基金损失的一般违法行为。

第十条定点医药机构或个人有下列情形之一，骗取医疗保障基金支出的，责令退回，处骗取金额3倍的罚款；属于定点医药机构的，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金使用的医药服务：

（一）变造、涂改医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料；

（二）使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药；

（三）冒用基本医疗保险服务医师、药师名义申报医疗费用；

（四）诱导、协助他人冒名就医、购药；

（五）违法金额不满50万元；

（六）骗取医疗保障基金支出的其他一般违法行为。

定点医药机构或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》第三十八条、第四十一条第一款规定行为之一，造成医疗保障基金损失的，按照本条规定处理。

第十一条定点医药机构或个人有下列情形之一，骗取医疗保障基金支出的，责令退回，处骗取金额4倍的罚款；属于定点医药机构的，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：

（一）诱导、协助他人虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据；

（二）违法行为被处理后，2年内再次发生同一类违法行为；

（三）违法金额在50万元以上不满300万元；

（四）骗取医疗保障基金支出的其他较重违法行为。

第十二条定点医药机构或个人有下列情形之一，骗取医疗保障基金支出的，责令退回，处骗取金额5倍的罚款；属于定点医药机构的，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：

（一）伪造、隐匿、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料；

（二）虚构医药服务项目；

（三）敛存他人医疗保障有效凭证骗取医疗保障基金；

（四）违法行为被处理后，1年内再次发生同一类违法行为；

（五）违法金额在300万元以上；

（六）骗取医疗保障基金支出的其他严重违法行为。

第十三条有下列情形之一的，医疗保障行政部门不予处罚：

（一）违法金额不满一万元，立案调查前，主动退回骗取的全部医疗保障基金且未造成危害后果的；

（二）违法金额不满五千元，立案调查后、行政处理决定作出前，主动退回骗取的全部医疗保障基金且未造成危害后果的。

（三）法律、法规、规章规定其他不予处罚的情形。

行政相对人的违法行为属于本办法第十一条、第十二条规定的，或者违法情节特别恶劣的，不适用本条不予处罚的规定。

第十四条有下列情形之一的，医疗保障行政部门依法减轻处罚：

（一）已满14周岁不满18周岁的未成年人实施违法行为的；

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

（三）主动消除或减轻违法行为危害后果，退回违法使用的医疗保障基金的；

（四）受他人胁迫或者诱骗实施违法行为的；

（五）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；

（六）配合行政机关查处违法行为有立功表现的；

（七）主动投案向行政机关如实交代违法行为的；

（八）初次违法且危害后果轻微并及时改正的；

（九）法律、法规、规章规定其他减轻处罚的情形。

第十五条 每符合本办法第十四条规定的一项情形，减少1倍的罚款；属于参保人员的，减少1个月的暂停联网结算；属于定点医药机构的，减少3个月的暂停涉及医疗保障基金使用的医药服务。

符合多项减轻处罚情形的，可以累计减罚，但处罚金额不得低于违法金额的30%，暂停联网结算不得低于1个月，暂停涉及医疗保障基金使用的医药服务不得低于3个月。

第十六条 有下列情形之一，且不具有减轻情形的，医疗保

障行政部门按最高档次实施处罚：

（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、规章规定应当按最高档次实施处罚的其他情形。

同时具有本条第一款所列情形和减轻情形的，应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。

第十七条 当事人多个行为违反多条规定的，应当分别确定

适用的裁量基准。同一个违法行为同时属于本办法第八条至第十二条规定情形两项以上的，适用较重的裁量基准。

第十八条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，但应当追回医疗保障基金。法律另有规定的除外。

前款规定的期限，自违反医疗保障法律、法规、规章的行为发生之日起计算；违反医疗保障法律、法规、规章的行为有连续或者继续状态的，自行为终了之日起计算。

第十九条 医疗保障行政部门依法对违反生育保险法律、法规、规章的行为实施行政处罚，适用本办法。

第二十条本办法中的“以上”包括本数。

第二十一条本办法自印发之日起施行，有效期5年。《天津市基本医疗保险行政处罚裁量权实施办法》（津医保规字〔2020〕2号）同步废止。违法行为始于本办法施行前的，行政处罚裁量按照原办法执行，但适用本办法行政处罚较轻的以及不予处罚的情形，按照本办法执行。

天津市医疗保障局办公室 2021年10月27日印发