

眉县医疗保障局 眉县卫生健康局 眉县市场监督管理局

文件

眉医保发〔2025〕17号

转发《关于印发〈陕西省定点医疗机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）〉的通知》的通知

县医疗保障经办机构、基金监测中心，各定点医疗机构：

现将宝鸡市医疗保障局、宝鸡市卫生健康委员会、宝鸡市市场监督管理局《关于转发陕西省医疗保障局、陕西省卫生健康委员会、陕西省药品监督管理局〈关于印发陕西省定点医疗机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）的通知〉的通知》（宝医保发〔2025〕25号）转发给你们，请按照通知要求，抓好工作落实。

(此页无正文)



眉县医疗保障局

2025年4月19日印发

宝鸡市医疗保障局 宝鸡市卫生健康委员会 文件 宝鸡市市场监督管理局

宝医保发〔2025〕25号

关于转发陕西省医疗保障局、陕西省卫生健康委员会、陕西省药品监督管理局关于印发《陕西省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）》的通知

各县（区）医疗保障局、卫健局、市场监管局：

为深化定点医药机构相关人员医保支付资格精细化管理工作，促进医疗保障基金合理使用，维护基金安全，现将《陕西省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）的通知》转发你们，请结合工作实际，认真抓好贯彻落实。

(此页无正文)

宝鸡市医疗保障局



宝鸡市卫生健康委员会



宝鸡市市场监督管理局

2025年4月8日



(依申请公开)

陕西省医疗保障局 陕西省卫生健康委员会 文件 陕西省药品监督管理局

陕医保发〔2025〕6号

陕西省医疗保障局 陕西省卫生健康委员会 陕西省药品监督管理局 关于印发《陕西省定点医药机构相关人员 医保支付资格管理实施细则（试行）》的通知

各市（区）医疗保障局、卫生健康委、市场监督管理局：

为深化定点医药机构相关人员医保支付资格精细化管理工作，促进医疗保障基金合理使用，维护医疗保障基金安全，按照国家医保局、国家卫生健康委、国家药监局《关于建立定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度的指导意见》（医保发〔2024〕23号）

要求，现将《陕西省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）》印发给你们，请结合工作实际，认真抓好贯彻落实。



陕西省医疗保障局



陕西省卫生健康委员会



陕西省药品监督管理局

2025年3月31日

（依申请公开）

陕西省定点医药机构相关人员 医保支付资格管理实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 为深化定点医药机构相关人员医保支付资格精细化管理工作，促进医疗保障基金合理使用，维护医疗保障基金安全，保障参保人合法权益，依据《中华人民共和国医师法》《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第735号，以下简称《条例》）《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医保局令第2号，以下简称“2号令”）《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医保局令第3号，以下简称“3号令”）等法律法规要求，以及国家医保局、国家卫生健康委、国家药监局《关于建立定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度的指导意见》（医保发〔2024〕23号）文件精神，结合我省实际，制定本实施细则。

第二条 本实施细则适用于陕西省各级医疗保障行政部门、医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）对定点医药机构涉及医疗保障基金使用的相关人员（以下简称相关人员）的医保支付资格管理工作。

第三条 对违法或违反服务协议的定点医药机构的相关责任人员，在对定点医药机构作出行政处罚或协议处理的基础上，认定相关责任人员的责任，根据行为性质和负有责任程度等相关责任人员进行记分，当记分达到一定分值，暂停或终止相关责任人员医保

支付资格和费用结算。

第四条 坚持依法依规，确保相关人员医保支付资格管理有序开展；坚持目标导向，落实责任到人，促进医保支付资格精细化管理；坚持协同联动，加强部门合作、信息共享，提升管理效能；坚持公开透明，接受各方监督。

第二章 责任分工

第五条 省医疗保障局负责统筹推进并规范全省定点医药机构相关人员医保支付资格管理工作。完善定点医药机构医保协议范本，实现相关人员医保支付资格信息化管理，负责全省医保经办机构落实定点医药机构相关人员医保支付资格的监督检查工作。

市、县级医疗保障行政部门负责辖区内医保经办机构落实定点医药机构相关人员医保支付资格的监督检查工作。

第六条 省医保经办机构依据《医疗保障定点医药机构相关人员医保支付资格管理经办规程（试行）》，结合本实施细则，指导统筹地区医保经办机构开展相关人员医保支付资格管理工作。

各级医保经办机构负责辖区内相关人员医保支付资格管理具体实施工作，建立健全管理制度，负责记分并强化记分结果应用，指导定点医药机构做好医保支付资格管理相关工作。

第七条 各级卫生健康主管部门履行行业主管责任，加强对医疗机构、医务人员及医疗服务行为的监督指导，依法对医疗保障行政部门通报的定点医疗机构相关人员记分和处理情况进行后续处理，并将处理结果反馈至医疗保障行政部门。各级卫生健康主管部

门对定点医疗机构相关人员进行先行处理的，将处理结果通报至医疗保障行政部门，由医疗保障行政部门进行确认及认定后，将认定结果交由医保经办机构进行支付资格管理。

第八条 各级药品监督管理部门落实属地监管责任，加强对本行政区域内定点零售药店药品（药械）销售行为的监督检查，依法对医疗保障行政部门通报的定点零售药店主要负责人记分与处理情况涉及违反《中华人民共和国药品管理法》的行为进行调查处理。各级药品监督管理部门对定点零售药店相关人员进行先行处理的，将处理结果通报至医疗保障行政部门，由医疗保障行政部门进行确认及认定后，将认定结果交由医保经办机构进行支付资格管理。

第九条 各级医疗保障、卫生健康和药品监督等部门应当加强联系，建立信息共建共享机制，合力推动医保支付资格管理。

在医保经办机构协助下，医疗保障行政部门建立对定点医药机构处理及其涉及人员处理的信息共享、反馈机制，及时获取同级药品监管等部门查处的定点医药机构和人员违法信息，并及时将定点医疗机构、定点零售药店相关人员的记分与处理情况通报同级卫生健康主管部门、药品监管部门。

第十条 定点医药机构要建立定点医药机构内部管理制度，落实对涉及医疗保障基金使用相关人员的 management 要求，开展医疗保障相关法律法规和政策的培训，组织相关人员通过签署承诺书等形式作出服务承诺，督促指导相关人员遵守法律法规、服务协议和服务承诺。负责本机构相关人员的登记备案和状态维护等工作。鼓励定点医药机构将相关人员医保支付资格管理与年度考核、内部通报等激励约束管理制度挂钩。

第十一条 鼓励动员行业协会组织等力量广泛参与，群策群力，发挥各自优势，促进形成社会共治格局。

第三章 管理对象

第十二条 相关人员主要包括两类：一是定点医疗机构为参保人提供使用基金结算的医疗类、药学类、护理类、技术类等卫生专业技术人员，以及定点医疗机构负责医疗费用和医保结算审核的相关工作人员；二是定点零售药店为参保人提供使用基金结算的医药服务的主要负责人。相关人员医保支付资格管理实行“一医一档”。

第十三条 定点医药机构与医保经办机构签订服务协议，相关人员即获得医保支付资格，为参保人提供医药服务，并纳入医保监管范围。

第十四条 相关人员应当按照医保经办机构提供的服务承诺书文本，作出并履行服务承诺。服务承诺应包括遵守法律法规和服务协议使用医保基金，承诺为参保人提供合理、必要的医药服务，安全、高效、合规使用医保基金，严守诚信原则，不参与欺诈骗保等内容。服务承诺书签订由相关人员所在定点医药机构组织实施。

第十五条 各级医保经办机构应当将定点医药机构相关人员医保支付资格管理情况纳入服务协议管理、年度考核范围及医药机构诚信管理体系，对一个自然年度内登记备案状态为暂停或终止的人次超过一定比例的定点医药机构，视情况采取相应惩处措施。及时向本级医疗保障行政部门报送定点医药机构相关人员的记分与处理情况。

第四章 登记备案

第十六条 定点医药机构应完整准确及时通过全国医疗保障信息业务编码标准数据库动态维护窗口，对已作出服务承诺的相关人员开展登记备案相关工作，并取得全国统一的医疗保障信息业务编码。

第十七条 经相关行政部门许可多点执业的医师应当分别由其执业所在定点医疗机构进行登记备案。医师执业机构发生变化的，新执业机构要重新进行登记备案。医师在年度内所有执业机构行为累计记分。

第十八条 登记备案状态包括：正常、暂停、终止。

（一）登记备案状态正常的相关人员可以正常开展涉及医保基金使用的医药服务、计费服务等，医保经办机构按规定与相关人员所在定点医药机构开展医保费用结算。

（二）登记备案状态为暂停的相关责任人员在暂停期内或未经所在医药机构登记备案的相关人员提供服务发生的医保费用，医保经办机构不予结算，急诊、抢救等特殊情形除外。

（三）登记备案状态为终止的相关责任人员，医保经办机构不予结算与其相关的医保费用，急诊、抢救等特殊情形除外。

第十九条 相关人员经首次登记备案，状态即为正常。根据累计记分结果，登记备案状态对应调整。

第二十条 登记备案状态暂停或终止的相关责任人员，不影响其按照《中华人民共和国医师法》《护士条例》《执业药师注册管理办法》等相关法律规定开展执业活动。定点医药机构要妥善做好

医疗等工作交接,不得影响参保人员正常就医和医保基金费用结算。

第二十一条 相关人员与所在定点医药机构因解除劳动合同或聘用合同、退休等未在定点医药机构执业(就业)的,定点医药机构应在10个工作日内在动态维护窗口进行信息更新。

第二十二条 多点执业(就业)相关人员,在一家定点医药机构登记备案状态为暂停或终止的,在其他执业(就业)的定点医药机构登记备案状态自动调整为暂停或终止。更换新的执业(就业)地的,暂停或终止期限内不予登记备案。

第二十三条 定点医药机构或部门(科室)被中止医保协议、中止(责令暂停)涉及医疗保障基金使用的医疗服务,应一并将相关责任人员登记备案状态调整为暂停;定点医药机构被解除服务协议,应一并将相关责任人员登记备案状态调整为终止。相关人员对违法违规行为不负有责任的,登记备案状态仍为正常,不影响其与其他定点医药机构的执业(就业)。

第五章 记分与管理

第二十四条 记分以行政处罚、协议处理作出时为记分时点。

第二十五条 医疗保障行政部门作出行政处罚、医保经办机构作出协议处理时,要同时综合考虑违法违规行为涉及医保基金金额、行为性质、涉及相关人员数量等因素,对涉及金额较高、性质较恶劣相关责任人员进行责任认定,医保经办机构依据责任认定对相关人员进行记分处理。

第二十六条 记分在一个自然年度内累加计算,下一个自然年

度自动清零。在同一次监督检查中，发现涉及医疗保障基金使用的相关责任人员有不同类型违法违规行为的，应分别记分，累加分值。同一违法违规行为涉及不同负面情形的，按最高分值记分，不分别记分。多点执业的医师在各执业点记分应累积计算。

第二十七条 涉及医疗保障基金使用的相关责任人员出现以下负面情形，对负有一般责任、重要责任、主要责任的分别记1—3分：

（一）相关人员所在定点医药机构违反服务协议受到医保经办机构协议处理，协议处理方式包括：以2号令第三十八条第（四）款“要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金”、3号令第三十五条第（三）款“要求定点零售药店按照医保协议约定支付违约金”，该人员负有责任的；

（二）执行药品耗材集中带量采购政策中，公立医疗机构相关人员无正当理由超过规定要求使用高价非中选产品，被医疗保障部门通报的；

（三）其他应记1—3分的情形。

第二十八条 涉及医疗保障基金使用的相关责任人员出现以下负面情形，对负有一般责任、重要责任、主要责任的分别记4—6分：

（一）相关人员所在定点医药机构或科室涉及违反医疗保障相关法律法规，受到医疗保障行政部门依据《条例》第三十八条、第三十九条作出行政处罚，该人员负有责任的；

（二）其他应记4—6分的情形。

第二十九条 涉及医疗保障基金使用的相关责任人员出现以下

负面情形，对负有一般责任、重要责任、主要责任的分别记 7—9 分：

（一）为非登记备案相关人员，或登记备案状态为暂停、终止的相关责任人员冒名提供医保费用结算的；

（二）其他应记 7—9 分的情形。

第三十条 涉及医疗保障基金使用的相关责任人员出现以下负面情形，对负有一般责任、重要责任、主要责任的分别记 10—12 分：

（一）相关人员所在定点医药机构或科室涉及违反医疗保障相关法律法规，受到医疗保障行政部门依据《条例》第四十条作出行政处罚，该人员负有责任的；

（二）被行业主管部门注销注册、吊销或撤销卫生专业技术资格证书或执业证书的；

（三）其他应记 10—12 分的情形。

第三十一条 对相关责任人员负有一般责任、重要责任、主要责任的责任程度认定遵循以下原则：

一般责任者，是指在其职责范围内，不履行或不正确履行自己的职责，对医保基金使用违法违规负面情形发生起配合作用的相关责任人员。

重要责任者，是指在其职责范围内，不履行或不正确履行自己的职责，对医保基金使用违法违规负面情形发生起主动作用的相关责任人员。

主要责任者，是指在其职责范围内，不履行或不正确履行自己的职责，对医保基金使用违法违规负面情形发生起决定作用的相关

责任人员。

第三十二条 对同一医保基金使用违法违规负面情形负一般责任者、重要责任者、主要责任者应按对应记分档次内从低到高记分。对主动交代情况、如实说明问题、主动挽回损失、消除不利影响的相关责任人员，可在同一记分档次内从轻记分或减轻一档记分。对强迫或教唆他人违法违规、拒不配合、存在主观故意、拒不改正的相关责任人员，可在同一记分档次内从重记分或加重一档记分。

第三十三条 定点医药机构应当根据经办机构作出的记分结果和暂停、终止处理措施，对涉及医疗保障基金使用的人员采取相应管理措施：

（一）一个自然年度内记分累计达到 9 分，暂停医保支付资格 1 个月；单次记分达到 9 分的，暂停医保支付资格 2 个月；一个自然年度内记分累计达到 10 分，暂停医保支付资格 3 个月；单次记分达到 10 分的，暂停医保支付资格 4 个月；一个自然年度内记分累计达到 11 分，暂停医保支付资格 5 个月；单次记分达到 11 分的，暂停医保支付资格 6 个月；

（二）一个自然年度内记分达到 12 分，登记备案状态应当维护为终止。累计记满 12 分的，终止之日起 1 年内不得再次登记备案；一次性记满 12 分的，终止之日起 3 年内不得再次登记备案；

（三）因其它原因登记备案状态被调整为暂停的，依据责任认定，暂停医保支付资格 6 至 8 个月；因其它原因登记备案状态被调整为终止的，依据责任认定，终止之日起 1 至 3 年内不得再次登记备案。

（四）被吊销或撤销卫生专业技术资格证书或执业证书的人

员，在吊销或撤销期间，不得再次登记备案。

第三十四条 定点医疗机构在一个自然年度内登记备案状态为暂停或终止人次达到 20% 以上 50% 以下的，视情况给予暂停结算（拨付）医保基金处理；达到 50% 以上的，给予暂停（中止）服务协议处理。

第三十五条 医保经办机构在作出协议处理决定或收到行政处罚决定书之日起 5 个工作日内，根据相关人员记分情况出具处理通知书。

第三十六条 医保经办机构出具处理通知书后，3 个工作日内送达相关责任人员发生本次记分处理行为所在的定点医药机构。相关责任人员登记备案状态需维护为暂停或终止的，其发生本次记分处理行为所在的定点医药机构根据处理通知书完成登记备案状态维护。

若定点医药机构未能及时更新并维护相关人员的登记备案状态，导致医疗保险基金遭受损失，由相关人员所在定点医药机构负责承担相应的医疗保险基金损失。

相关责任人员为多点执业人员且登记备案状态为暂停或终止的，医保经办机构应将相关信息告知所有执业机构。

第三十七条 定点零售药店主要负责人登记备案状态为暂停或终止的，在其名下其他定点零售药店登记备案状态自动调整为暂停或终止。

第三十八条 医保经办机构定期通过全国医疗保障信息业务编码标准数据库动态维护窗口下载相关人员登记备案状态数据，开展相关人员服务承诺、人员登记备案状态维护等情况核查。

第三十九条 定点医药机构向相关人员和所在执业机构开放登记备案状态、记分等情况查询。实时将相关人员支付资格暂停、终止情况在一定范围内公开，可通过挂号平台、公示栏、大屏等方式提示，确保参保人员及其家属在就医购药等医疗服务过程中充分知晓。

第六章 异议申诉

第四十条 定点医药机构或相关责任人员对医保经办机构作出的记分或登记备案状态处理存在异议的，在收到处理通知书后 10 个工作日内，向医保经办机构提出书面申诉，陈述申辩材料需经相关责任人员签字及定点医药机构盖章确认。逾期未申诉的，视为无异议。

第四十一条 医保经办机构根据行政处罚或协议处理作出记分或登记备案状态维护处理，定点医药机构或相关责任人员提出异议的，医保经办机构对作出的记分结果进行解释说明。仍有异议的，移交本级医疗保障行政部门处理。

第四十二条 医疗保障行政部门建立健全争议处理机制，对存在争议的专业问题，组织第三方专业机构或专家组评估鉴定，确保公平公正合理。

第四十三条 确认申诉结果后，医疗保障部门及时将结果告知相关定点医药机构和相关人员。确需修改处理结果的，经办机构及时调整记分情况，涉及登记备案状态调整的，经办机构应及时通知定点医药机构维护登记备案状态；维持原状的，医疗保障部门应告

知原因。原则上，申诉核实工作在收到申诉材料后 20 个工作日内完成，需第三方专业机构或专家组评估鉴定的除外。

第四十四条 定点医药机构或相关责任人员对记分和登记备案状态申诉期间，相关人员医保支付资格处理不停止执行。

第七章 修复恢复

第四十五条 相关人员提出记分修复申请的，经其所在定点医药机构审核同意后，报属地医保经办机构。医保经办机构收到申请后，根据实施细则对相关人员进行整改情况进行复核，符合规定的可以采取减免记分等修复措施。

第四十六条 修复途径包括：经学习培训后考试合格和现场参与医保政策宣传活动、飞行检查、专项检查等。

（一）相关人员可向属地医保经办机构提出申请，各级医保经办机构结合申请情况，围绕医保基金使用法律法规、规章制度等，定期组织开展学习培训及考试。经考试合格的人员，年度内可获得一次修复，根据考试成绩减免 1—3 分。

（二）相关人员可通过积极参与国家、省统一组织的医疗保障政策制度宣传活动、飞行检查、专项检查等活动进行修复，每有效参与一次，减免 1 分，一个自然年度最多可减免 3 分。

第四十七条 修复记分后，涉及登记备案状态调整的，可在之前记分处理决定的基础上相应缩短暂停或终止时限。对于医保支付资格为暂停或终止的相关人员，其暂停或终止期限执行满一半期限后，方可提出修复申请。一次记满 12 分的，不予修复。

第四十八条 相关人员登记备案状态暂停、终止期满前 15 个工作日，可由相关人员提出资格恢复申请，经定点医药机构审核同意后，报当地医保经办机构。医保经办机构收到申请后，原则上 10 个工作日内进行评估并将结果告知该定点医药机构。

通过评估的，恢复相关责任人员医保支付资格，医保经办机构通知相关责任人员发生记分处理行为所在的定点医药机构，将登记备案状态维护为正常。其中，暂停资格恢复的，年度内记分累计计算；终止资格恢复的，需重新作出承诺和登记备案。

未通过评估的，医保经办机构告知相关人员发生记分处理行为所在的定点医药机构，由定点医药机构通知相关人员。

第四十九条 医保经办机构建立信息报送制度，定期向本级医疗保障行政部门报送定点医药机构相关人员的记分与处理情况。

第八章 结算清算

第五十条 定点医药机构应加强相关人员管理，对暂停或终止医保支付资格的相关人员，及时暂停或终止其为参保人员提供医药服务。相关人员被暂停或终止医保支付资格后，定点医药机构不得申报与其相关的医保结算费用。

第五十一条 医保经办机构做好定点医药机构申报费用两级审核。医保信息系统智能监管子系统应当逐步实现与登记备案状态联动。医保信息系统要将相关人员暂停、终止资格状态与结算系统关联，做好医保月度预结算审核和年度清算审核。

第五十二条 医保经办机构通过智能审核、人工审核等方式核

查定点医药机构医保费用，涉及被暂停或终止医保支付资格的相关人员的医保费用，不予支付或追回相关费用，急诊、抢救等特殊情形除外。

第九章 附则

第五十三条 本细则自 2025 年 4 月 1 日起执行。

陕西省医疗保障局办公室

2025 年 3 月 31 日印发
