

山西省医疗保障局
山西省卫生健康委员会文件
山西省药品监督管理局

晋医保发〔2025〕5号

山西省医疗保障局
山西省卫生健康委员会
山西省药品监督管理局
关于印发《山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

各市医疗保障局、卫生健康委、市场监管局,山西省医疗保险管理
服务中心:

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,依据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国医师法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《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)《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)等法律法规,省医保局、省卫生健康委、省药品监督管理局制定了《山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)》,现印发给你们,请认真贯彻执行。本细则自2025年3月1日起施行,有效期1年。



(此件主动公开)

山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《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国医师法》《医疗保障基金使用监督管理条例》(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,以下称“3号令”)《山西省医疗保障基金使用监督管理办法》等法律法规,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)和《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)》(医保办发〔2024〕34号),结合我省实际,制定本实施细则。

第二条 本实施细则适用于本省行政区域内医疗保障部门对医疗保障定点医药机构相关人员(以下简称“相关人员”)的医保支付资格管理工作。法律、法规、规章另有规定的,从其规定。

第三条 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

第四条 省医疗保障行政部门负责全省定点医药机构医保支付资格管理工作,指导统筹地区开展相关人员医保支付资格管理工作。按照国家医保信息平台统一建设要求,完善相关人员医保支付资格管理模块,配置智能审核和监控规则,推动健全工作标准和信息化工具,实现对相关人员医保支付资格信息省级集中,并向国家医疗保障局备案。

各级医疗保障行政部门负责本地医保支付资格管理工作,明确内部分工和流程,指导经办机构做好相关人员医保支付资格管理工作。加强信息互通,及时将医保支付资格管理情况抄送同级卫生健康、药品监管等行业管理行政部门。

各级医疗保障经办机构负责定点医药机构医保支付资格管理具体实施工作,加强医保基金审核结算管理。做好医保支付资格管理对象“一医一档”维护,全面记录医保支付资格管理对象记分情况。建立健全相关人员医保支付资格内部控制制度,明确对定点医药机构相关人员记分管理、审核结算等岗位责任,建立完善风险防控机制,防范基金风险,接受各方监督。

第五条 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、医学专业技术人员及医疗服务行为的监督指导,依法对医保部门移送的定点医疗机构相关人员的记分和处理情况进行后续处理。

第六条 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,依法对医保行政部门移送的定点零售药店主要负责人的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。

第七条 定点医药机构要压实主体责任,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,按照全国统一的接口规范实现与医保信息平台相关人员医保支付资格管理模块联通,及时做好本单位相关人员信息登记和动态维护。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,确保相关人员知晓并遵守服务承诺,并督促指导相关人员遵守法律法规和服务协议。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。

第三章 协议管理

第八条 省、市级医保行政部门应完善定点医药机构服务协议,将相关人员医保支付资格管理中登记备案、服务承诺、记分管

理、状态维护、医保结算、信息化建设以及登记备案状态为暂停或终止的人次占比等情况纳入协议管理范围,相关工作落实情况与协议续签等挂钩。

第九条 医保经办机构按规定与定点医药机构签订医疗保障服务协议,加强定点医药机构协议管理,落实相关人员医保支付资格管理要求,制定完善相关人员服务承诺书、记分处理通知书、记分修复申请书、陈述申辩书、恢复申请书等。定点医药机构按要求做好相关人员登记备案、服务承诺、状态维护、医保费用申报等工作,可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。医保经办机构做好记分管理、信息核查等工作,加强医保基金审核结算管理。

第十条 医保经办机构与定点医药机构签订服务协议后,在定点医药机构执业(就业)的相关人员即可获得医保支付资格,(不涉及行政许可准入和事前备案),为参保人提供医药服务,并纳入医保监管范围。

第十一条 医保经办机构健全完善定点医药机构绩效考核机制,将相关人员医保支付资格管理情况纳入考核范围,合理设置考核指标,考核结果与服务质量保证金挂钩。

第四章 服务承诺

第十二条 相关人员主要包括两类:

(一) **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,以及负责医疗费用和医保结算审核的相关工作人员。

(二) **定点零售药店**。为参保人提供使用医保基金结算的主要负责人(即药品经营许可证上的主要负责人)。

第十三条 医保经办机构在与医药机构签订医疗保障服务协议时,向其提供相关人员履行服务承诺书文本,督促定点医药机构及时组织相关人员作出服务承诺。

第十四条 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。

第十五条 定点医药机构在签订医保服务协议后,5个工作日内组织相关人员通过签署服务承诺书等形式作出服务承诺;定点医药机构新招聘相关人员的,在与相关人员签订劳动(劳务)合同时,同步签署服务承诺书。定点医药机构及时将相关人员服务承诺情况报医保经办机构。

第十六条 相关人员出现违反服务协议、违背服务承诺的行为,医保经办机构可参照记分标准对相关人员进行记分。

第五章 登记备案

第十七条 定点医药机构应完整准确及时为相关人员登记

备案。医保经办机构指导辖区内定点医药机构做好登记备案相关工作。

第十八条 定点医药机构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保信息业务编码。

第十九条 具备多点执业资格的医药卫生类专业技术人员或多点就业的相关人员,其执业、就业所在定点医药机构均应为其进行登记备案。

第二十条 执业(就业)机构发生变化的,要按规定程序重新进行登记备案,并累计记分。

第二十一条 登记备案内容包括:医保相关人员代码、姓名、身份证号、医药机构名称及代码、医保区划、执业类型、执业类别、执业范围、专业技术职务、登记备案状态、服务承诺等。

第二十二条 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暂停期内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。

第二十三条 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。在一家定点医药机构登记备案状态为暂停或终止医保支付资格的,在其他定点医药机构的登记备案状态也同时为暂停或终止。

第二十四条 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。

第二十五条 医药卫生类专业技术人员必须持续具备行业主管部门执业资格,否则终止医保支付资格,医保经办机构不予结算与其相关的医保费用。

第二十六条 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)或未在岗工作的,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。

第二十七条 各级医保部门不得设置行政许可等规定,提高医保支付资格登记备案条件。

第六章 记分规则

第二十八条 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。记分档次分为 1—3 分、4—6 分、7—9 分、10—12 分。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。担任多家定点零售药店主要负责人在各定点零售药店记分应累积计算。记分以行政处罚、协议处理作出时为记分时点。应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记分。

第二十九条 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,由作出处理的部门(即作出行政处罚后由行政部门认定相关责任人员的责任,作出协议处理后由经办机构认定相关责任人员的责任)分别确定一般责任者、重要责任者、主要责任者,确定相关责任人员应充分听取定点医药机构意见。

第三十条 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。

第三十一条 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。

第三十二条 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,一个自然年度内,根据行为性质和负有一般责任、重要责任、主要责任的责任程度,每次分别记1分、2分、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”累计达3次的,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,被医保部门通报的;

(三) 其他应记1—3分的情形。

第三十三条 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,一个自然年度内,根据行为性质和负有一般责任、重要责任、主要责任的责任程度,每次分别记4分、5分、6分:

(一) 相关人员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。

第三十四条 涉及医疗保障基金使用的相关人员出现以下负面情形,一个自然年度内,根据行为性质和负有一般责任、重要责任、主要责任的责任程度,每次分别记7分、8分、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。

第三十五条 涉及医疗保障基金使用的相关人员出现以下负面情形,一个自然年度内,根据行为性质和负有一般责任、重要责任、主要责任的责任程度,每次分别记10分、11分、12分:

(一) 相关人员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。

第七章 管理措施

第三十六条 定点医药机构被暂停医保服务协议,应暂停该机构相关责任人员医保支付资格。定点医药机构被解除医保服务协议的,应一并终止相关责任人员医保支付资格。对违法违规违约行为不負責任的相关人员,登记备案状态仍为正常,可在其它定点医药机构开展涉及医保基金使用的医药服务行为。

第三十七条 定点医药机构应当根据医保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医务人员采取以下措施:

(一)记分累计达到 3 分,由定点医药机构进行谈话提醒,组织相关责任人员进行医保政策法规和业务知识学习培训,并记录。

(二)记分累计达到 4-6 分,由医保经办机构进行谈话提醒,定期组织医保政策法规和医保知识学习培训。

(三)记分累计达到 7-8 分,由医保经办机构进行通报,视情况在官方网站、微信平台向社会公开记分信息。

(四)记分累计达到 9 分,暂停医保支付资格 2 个月;单次记分达到 9 分的,暂停医保支付资格 4 个月。

(五)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 6 个月。

(六)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 10 个月。

(七)记分累计达到 12 分,终止医保支付资格,终止之日起 1 年内不得再次登记备案。

(八)单次记分为 12 分,终止医保支付资格,终止之日起 3 年内不得再次登记备案。

第三十八条 定点医药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,给予暂停服务协议处理。

第三十九条 医保经办机构在作出协议处理后 5 个工作日内,或接到医疗保障行政部门作出的行政处罚文书后 5 个工作日内,根据相关人员记分情况出具处理通知书。

第四十条 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所在定点医药机构。相关责任人员登记备案状态需维护为暂停或终止的,其所在定点医药机构根据处理通知书完成登记备案状态维护。

第四十一条 医保经办机构会同信息部门完善登记备案状态联动功能。

第四十二条 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。

第四十三条 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。

第四十四条 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。

第四十五条 定点医药机构向相关人员开放登记备案状态、记分等情况查询。实时将相关人员支付资格暂停、终止情况通过大屏、公示栏、挂号平台等方式公开,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。

第八章 修复恢复

第四十六条 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,会同相关责任部门,根据实施细则对相关人员整改情况进行复核,符合规定的可以采取减免记分、缩减暂停或终止期限等修复措施。

第四十七条 修复途径包括:线上线下学习培训修复和现场参与医保政策宣传、飞行检查、专项检查活动等修复。

(一) 省医疗保障行政部门建立完善支付资格记分修复管理信息平台,相关人员通过线上学习达到一定课时并通过考试的,

年度内可获得一次修复,根据考试成绩减免 1-3 分;登记备案状态为暂停的,可缩短时限 1 个月,但修复后最低暂停时限不低于 1 个月。一次记满 12 分的,不予修复。各级医保部门结合修复申请情况,围绕医保基金使用法律法规、规章制度等,定期组织线下开展学习培训及考试,修复标准与线上修复标准一致。

(二)相关人员可通过积极参与国家、省、市、县(区、市)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,最多不超过 3 分。

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缩短暂停或终止时限 1 个月。一次记满 12 分的,不予修复。

第四十八条 相关责任人员登记备案状态暂停、终止期满后,由相关人员提出资格恢复申请,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,10 个工作日内进行评估并将结果告知相关人员及其所在定点医药机构。

第四十九条 通过评估的,恢复相关人员医保支付资格,医保经办机构通知相关人员所在定点医药机构,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。

第五十条 未通过评估的,医保经办机构告知相关人员所在定点医药机构,由定点医药机构通知相关人员。

第五十一条 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。

第五十二条 各级医疗保障行政部门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,对发现不及时进行医保支付资格登记备案、动态维护,不及时将行业主管部门暂停执业或注销、吊销执业证书,定期考核不合格、责令暂停执业活动情况告知医疗保障部门的,要采取追回违规费用、扣减考核分数等惩处措施。

第九章 异议申诉

第五十三条 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动态维护结果存在异议的,可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且定点医药机构盖章确认。逾期未申诉的,视为放弃。

第五十四条 医保经办机构根据医疗保障行政部门对相关责任人员的责任认定,作出记分或登记备案状态维护处理的,定点医药机构或相关责任人员有异议的,医保经办机构移交本级医疗保障行政部门处理。

第五十五条 医保经办机构认定相关责任人员责任并作出记分或登记备案状态维护处理的,定点医药机构或相关责任人员有异议的,医保经办机构对作出的处理结果进行解释说明。仍有异议的,交由医疗保障行政部门处理。医疗保障行政部门对存在

争议的专业问题，可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。

第五十六条 申诉情况确认后，医保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，医保部门应告知原因。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。

第十章 审核结算

第五十七条 定点医药机构应加强相关人员管理，对被医保部门暂停或终止医保支付资格的相关责任人员，及时暂停或终止其为参保人员提供医药服务。相关责任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。

第五十八条 医保经办机构定期核查相关责任人员登记备案状态，发现定点医药机构未按要求维护的，责成该定点医药机构立即整改到位。拒不整改的，按照协议处理，并扣减绩效考核分数。由于定点医药机构未及时更新维护相关人员登记备案状态，造成医保基金损失的，由该定点医药机构承担相应医保基金损失。

第五十九条 医保经办机构做好定点医药机构申报费用两级审核。充分运用医保信息系统，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。

第六十条 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)。

第十一章 附 则

第六十一条 本实施细则《记分分值》根据国家医保局指导意见的《记分规则(2024年版)》制定。如有更新,按最新版本执行。

