

株洲市医疗保障局

株洲市卫生健康委员会

株洲市市场监督管理局

株医保函〔2025〕5号

株洲市医疗保障局 株洲市卫生健康委员会 株洲市市场监督管理局

关于转发《湖南省医疗保障定点医药机构相关 人员医保支付资格管理实施细则（试行）》的 通知

各县市区医疗保障局，卫生健康局，市场监督管理局：

现将《湖南省医疗保障定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）》转发给你们，并结合我市工作实际提出要求如下。

一、强化思想认识，提高政治站位

各县市区要深刻领会文件精神，强化医保支付资格管理制度理论学习，压实主体责任，确保责任到岗到人，把医保支付资格

管理制度作为加强医疗、医保、医药三医联动和协同治理的重要抓手，切实保障医保支付资格管理工作顺利开展。

二、加强组织宣传，营造浓厚氛围

各县市区要加大宣传培训力度，把政策讲清楚，把疑问解释透，全力打消医务人员的各种顾虑，争取广大医务人员的理解和支持，凝聚共识，汇聚共建、共治、共享合力，不断营造安全、高效、合理使用医保基金的良好环境。

三、严格信息报送，积极稳妥推进

各县市区在首次实施记分、暂停或者终止资格之前，务必要提前跟市局备案，发现苗头性问题第一时间研判处置，同步做好舆情引导，确保制度平稳落地。

株洲市医疗保障局

株洲市卫生健康委员会

株洲市市场监督管理局

2025 年 3 月 13 日

湖南省医疗保障局 湖南省卫生健康委员会 文件 湖南省药品监督管理局

湘医保发〔2025〕4号

湖南省医疗保障局 湖南省卫生健康委员会 湖南省药品监督管理局关于印发《湖南省医疗保障 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

各市州医疗保障局、卫生健康委、药品监督管理局，湖南省医疗保障生育保险服务中心：

现将《湖南省医疗保障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。



(信息公开形式：主动公开)

湖南省医疗保障定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）

第一条 为增强全省定点医药机构相关人员诚信服务意识，维护公民医疗保障合法权益、确保医保基金安全高效、合理使用，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令 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》（国家医疗保障局令 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》（国家医疗保障局令 第 3 号，以下简称“3 号令”）、《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《国家医疗保障局办公室关于印发〈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）〉的通知》（医保办发〔2024〕34 号）等精神，特制定本实施细则。

第二条 本实施细则适用于医疗保障行政部门、医疗保障经办机构（以下简称经办机构）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。

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（即药品经营许可证上的主要负责人）和相关人员（包括药师）。

相关人员按照其执业（就业）的定点医药机构与医疗保障经办机构签订的服务协议，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。相关人员应当按照医疗保障服务协议约定，作出并履行服务承诺。

第三条 省医疗保障行政部门负责统筹协调推进、监督指导全省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，完善医保支付资格管理模块，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。

市州医疗保障行政部门应根据《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》和本实施细则，结合本地实际，按照医疗类、护理类、其他相关人员，非公立医药机构、公立医药机构分类分步骤稳妥推进本行政区域内医保支付资格管理试点工作。负责督促指导经办机构做好相关人员医保支付资格管理工作；并按照协商共治原则将相关人员医保支付资格管理情况通报同级卫生健康、药品监管等行业管理行政部门。

省医疗生育保险服务中心负责督促指导全省经办机构全面贯彻落实《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）》，各级经办机构应做好与本机构签订定点医疗机构医疗保障服务协议的相关人员医保支付资格管理有关具体

工作，并负责做好政策宣传解读和舆论引导工作，积极推动医保支付资格管理制度落地实施。

第四条 各级医疗保障、卫生健康和药品监督等部门应当加强联系，依托“三医联动”信息共享平台，建立信息共建共享机制，合力推动医保支付资格管理和三医联动改革。

第五条 各级医疗保障部门应积极探索将相关人员医保支付资格管理纳入医疗保障信用管理体系；坚持正向引导，激励约束并重原则，建立健全医疗保障服务之星评选制度，发掘医疗保障领域优秀服务典型，树立优秀服务标杆，切实形成诚信践诺、履约办事、遵纪守法的医疗保障基金使用行业风尚。

第六条 医疗保障行政部门对定点医药机构作出行政处罚时同步认定相关责任人员责任；医保经办机构对定点医药机构作出协议处理时同步认定相关责任人员责任。医保部门对相关责任人员的责任作出认定时应综合考虑违法违规行为产生的原因、行为性质、涉及医保基金金额多少以及相关人员数量、责任大小等因素，对涉及金额较高、性质较恶劣的相关责任人员进行责任认定。

第七条 医保部门在责任认定时应充分听取当事人的陈述、申辩。对存在争议的专业问题，应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。

第八条 记分管理严格按照《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）》的有关规定执行。记分标准如下：

(一)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，对负有一般责任的记1分/次，对负有重要责任记2分/次，对负有主要责任记3分/次：

1.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；

2.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；

3.相关人员所在定点医药机构或科室虽涉及违反《条例》第三十八条、第三十九条等医疗保障相关法律法规，但受到医疗保障行政部门作出免于行政处罚，该人员负有责任的；

4.其他应记1—3分的情形。

(二)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，对负有一般责任的记4分/次，对负有重要责任记5分/次，对负有主要责任记6分/次：

1.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；

2.相关人员所在定点医药机构的法定代表人、主要负责人或

实际控制人被医保经办机构约谈后，负有责任的相关人员拒不改正的；

3.其他应记4—6分的情形。

（三）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，对负有一般责任的记7分/次，对负有重要责任记8分/次，对负有主要责任记9分/次：

1.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；

2.相关人员对医保部门组织的自查自纠敷衍应付，对已提供清单的问题不主动自查整改的；

3.其他应记7—9分的情形。

（四）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，对负有一般责任的记10分/次，对负有重要责任记11分/次，对负有主要责任记12分/次：

1.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；

2.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；

3.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》第三十八条作出责令改正，负有责任的相关人员拒不改正的；

4.其他应记 10—12 分的情形。

第九条 医保经办机构依据记分情况，应对相关人员采取以下措施：

（一）一个自然年度内记分累计达到 1—3 分的，由相关责任人员所在部门负责人进行谈话提醒；一个自然年度内记分累计达到 4—6 分的，由相关责任人员所在定点医药机构医保部门负责人进行谈话提醒；一个自然年度内记分累计达到 7—8 分的，由相关责任人员所在定点医药机构分管领导进行谈话提醒。

（二）一个自然年度内记分累计达到 9 分的，次月暂停医保支付资格 1 个月；单次记分达到 9 分的，从次月起暂停医保支付资格 2 个月；一个自然年度内记分累计达到 10 分，从次月起暂停医保支付资格 3 个月；单次记分达到 10 分的，从次月起暂停医保支付资格 4 个月；一个自然年度内记分累计达到 11 分，从次月起暂停医保支付资格 5 个月；单次记分达到 11 分的，从次月起暂停医保支付资格 6 个月；同时，由医保经办机构在官方网站、微信公众号向社会公开记分与暂停医保支付资格情况。

（三）一个自然年度内记分累计达到 12 分，从次月起终止医保支付资格，终止之日起 1 年内不得再次登记备案；同时，由医保经办机构在官方网站、微信公众号向社会公开记分与终止医保支付资格情况。

（四）单次记分为 12 分，从次月起终止医保支付资格，终止之日起 3 年内不得再次登记备案；同时，由医保经办机构在官

方网站、微信公众号向社会公开记分与终止医保支付资格情况。

第十条 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，期满后经评估恢复定点的，相关责任人员被暂停医保支付资格时间仍未期满的，其登记备案状态仍为暂停，直至期满。

第十一条 定点医药机构应向相关人员开放登记备案状态、记分等情况查询。定点医药机构在收到相关人员支付资格被暂停、终止通知书后的第一个工作日内应将相关人员支付资格被暂停、终止情况通过大屏、公示栏、挂号平台等方式公开，确保患者及其家属在挂号、就医或购药前充分知晓。对仍坚持要求被暂停、终止医保支付资格医师看病的患者，需书面告知患者及其家属，该人员提供的医药服务只能自费，医保基金不予报销（急诊、抢救等特殊情形除外）。住院病人的主管医生被暂停、终止医保支付资格后，定点医药机构应及时做好妥善处理，确保住院病人的救治与医保费用结算不受影响。

第十二条 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审核。修复途径如下：

（一）省医疗保障局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。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、文件、协议等，定期组织相关人员线上开展学习培训及考试，根据考试成绩减免1—3分，其中：81—

85 分减免 1 分，86—90 分减免 2 分，91—100 分减免 3 分；

（二）相关人员可通过发表医保正能量文章修复，在市级报刊杂志、新媒体发表的减免 1 分，在省级报刊杂志、新媒体发表的减免 2 分，在国家级报刊杂志、新媒体发表的减免 3 分，最多不超过 6 分；

（三）相关人员在上一年度医疗保障信用评价中，被评为 B 等级的可减免 2 分，被评为 A 等级的可减免 5 分；

（四）相关人员可通过投诉举报修复，发现冒名顶替患者 1 例或获三级举报奖励的减免 3 分，获二级举报奖励的减免 4 分，获一级举报奖励的减免 5 分。

（五）相关人员在协助医保部门开展医保基金使用检查、核查、宣传或调研等活动中，受到省级医保部门表彰的，减免 2 分/次；受到市级、县级医保部门表彰的，减免 1 分/次，最多不超过 4 分。

第十三条 相关责任人员登记备案状态暂停、终止期满，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评估。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。

第十四条 相关人员提出医保支付资格恢复申请后，经办机构应综合考虑相关人员的记分修复情况和所在定点医药机构意见进行评估，修复后记分低于 9 分的，可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。

第十五条 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。

第十六条 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。被一次性记 10 分以上的，医疗保障行政部门应在 10 个工作日内向上级医疗保障行政部门以及同级纪检监察、卫生健康或药品监督等部门报送有关情况。

第十七条 除定点医疗机构医保医师医疗保障信用评价指引另行制定外，其他相关人员的记分情况直接用于其他个体类医疗保障信用主体的医疗保障信用评价。被终止医保支付资格的，医疗保障行政部门应在 20 个工作日内对其依法依规认定为医疗保障领域失信联合惩戒对象名单，并按有关规定实时推送至省社会信用信息共享交换平台和“信用中国（湖南）”网站，为各级各部门在行政管理和公共服务工作中开展分级分类监管、联合惩戒提供数据支撑。

第十八条 定点医药机构或相关责任人员对医保经办机构认定相关责任人员责任、作出的记分、记分修复或登记备案状态动态维护结果等存在异议的，应在收到有关通知书后 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。

医保经办机构收到定点医药机构或相关责任人员书面申诉后，应在 10 个工作日内进行解释说明。仍有异议的，交由医疗保障行政部门处理。

第十九条 定点医疗机构或相关责任人员对医疗保障行政部门的责任认定和失信认定等存在异议的，应在收到有关通知书后 10 个工作日内，向医疗保障行政部门提出书面申诉，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。

医疗保障行政部门收到定点医药机构或相关责任人员书面申诉后，应在 10 个工作日内进行解释说明。

第二十条 定点医药机构及其相关人员应及时主动落实好自我管理的主体责任，建立健全智能审核和监控事前提醒工作管理制度，借助高科技手段，不断探索“源头治理”机制，努力做到防患于未然，确保医保基金安全高效、合理使用；同时，将医疗保障信用评价结果、相关人员的记分处理情况与其绩效考核、职务职称晋升、评先评优等挂钩，多措并举助推健康中国战略的实施。

第二十一条 定点医药机构应加强信息化建设，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，并按规定完成相关人员登记备案及动态维护相关人员登记备案状态。

第二十二条 医疗保障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。

第二十三条 本实施细则自 2025 年 3 月 1 日起试行，有效期 2 年。

- 附件：1.湖南省定点医药机构相关人员责任认定通知书
- 2.湖南省定点医疗机构违法违规违约使用医疗保障基金
责任认定细则
- 3.湖南省医疗保障定点医药机构相关人员医保支付资格
处理情况告知书

附件 1

湖南省定点医药机构相关人员 责任认定通知书

文号：

姓名		性别		身份证号码	
所属单位					
责 任 认 定	经立案调查，发现你存在_____				
	_____等问题，你所在单位已被_____医疗保障局 依据_____给予 ☐ 行政处罚 ☐ 免予行政 处罚，行政决定文书文号_____。根据你对此违 法违规行为所起的作用大小，我局对你作出 ☐ 一般责任 ☐ 重要责任 ☐ 主要责任的责任认定。				
		公章：			
		日期：			
相关人员签字			日期		

如有异议，可在收到此通知书后 7 个工作日内，向我局提出
书面申诉。

附件 2

湖南省定点医疗机构违法违规违约使用医疗保障基金责任认定细则

序号	违法违规违约类型	责任认定
1	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	医生出现某类违法违规违约行为，原则上由开具医嘱、处方的医生承担一般责任，医疗组内有多人出现某类违法违规违约行为，则由医疗组长承担一般责任；病区内 2 个以上医疗组的医生都出现某类违法违规违约行为，则由病区主任承担一般责任。
2	重复收费、超标准收费、分解项目收费	1.根据医嘱收的费，造成医保基金损失的，原则上由开具医嘱、处方的医生承担一般责任；医疗组内多人出现某类违法违规违约行为，则由医疗组长承担一般责任；病区内有 2 个以上医疗组的医生都出现某类违法违规违约行为，则由病区主任承担一般责任。 2.违反医嘱或无医嘱收的费，造成医保基金损失的，如果仅 1 名记费员出现某类违法违规违约行为，则由该记费人员承担一般责任；病区内如果有 2 名以上记费员出现某类违法违规违约行为，则由病区护士长承担一般责任。
3	串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施	
4	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	
5	分解住院	由开具出院医嘱的医生承担一般责任
6	挂床住院	由开具住院证的医生承担一般责任。
7	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	根据开具医嘱、处方的医生对此违法违规行为起的作用大小作出一般责任、重要责任或主要责任认定
8	造成医保基金损失的其他违法违规违约行为	根据相关人员对医保基金使用违法违规违约负面情形发生起的作用大小分别作出一般责任、重要责任和主要责任认定

序号	违法违规违约类型	责任认定
9	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	单位内仅 1—2 人出现某类欺诈骗保行为，则由相关人员承担主要责任；单位内有 3 人以上出现某类欺诈骗保行为，则由相关人员承担一般责任，部门负责人承担重要责任，单位法人代表承担主要责任。
10	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	
11	虚构医药服务项目	
12	其他骗取医疗保障基金支出的行为	
13	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	根据相关人员对此违规违约行为起的作用大小分别作出一般责任、重要责任和主要责任认定
14	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	根据相关人员对此违规违约行为起的作用大小分别作出一般责任、重要责任和主要责任认定
15	相关人员对医保部门组织的自查自纠敷衍应付，对已提供清单的问题不主动自查整改的	根据相关人员对此违规违约行为起的作用大小分别作出一般责任、重要责任和主要责任认定
16	相关人员所在定点医药机构或病区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》第三十八条作出责令改正，负有责任的相关人员拒不改正的	根据相关人员对此违规违约行为起的作用大小分别作出一般责任、重要责任和主要责任认定
17	相关人员所在定点医药机构或病区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》第三十九条作出行政处罚	根据相关人员对此违法行为起的作用大小分别作出一般责任、重要责任和主要责任认定

备注：湖南省定点零售药店违法违规违约使用医疗保障基金责任认定细则参照执行

附件 3

湖南省医疗保障定点医药机构相关人员 医保支付资格处理情况告知书

_____:

我单位_____在开展医疗保障定点医药机构
相关人员医保支付资格管理工作中,被发现存在_____

_____等问题,已被_____医疗保障局 ☐ 暂停 ☐ 终止
结算资格,其提供的医药服务,医疗保障基金不予报销。

(签章)

年 月 日

我已知晓_____已被_____医疗保障局
☐ 暂停 ☐ 终止结算资格,其提供的医药服务,医疗保障基金不
予报销。本人自愿要求自费找_____提供
医药服务。

患者本人或家属签名: _____

