

关于转发《山东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

淄医保发〔2025〕5号

各区县医保分局、卫生健康局、市场监管局，高新区医保分局、卫生健康事业中心、市场监管局，经开区医保分局、卫生健康事业部、市场监管局：

现将省医保局、卫健委、市场监管局《关于印发山东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》转发给你们，请根据通知要求认真组织实施。

（此页无正文）

淄博市医疗保障局

淄博市卫生健康委员会

淄博市市场监督管理局

2025年3月27日

（此件主动公开）

**关于印发山东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**

鲁医保发〔2025〕5号

各市医保局、卫生健康委、市场监管局：

现将《山东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，并提出以下要求，请结合工作实际抓好贯彻落实。

一、明确任务分工，统筹推动落实。各级医保行政部门要统筹推动并规范本行政区域定点医药机构相关人员医保支付资格管理工作，加强对医疗保障经办机构落实支付资格管理工作的监督指导。按照国家医保信息平台统一建设要求，积极应用医保支付资格管理模块、完善登记备案状态联动功能、推动健全信息化工具。各级医保经办机构要建立健全协议管理、登记备案、服务承诺、记分管理、登记备案状态维护、医保结算等医保支付资格管理流程，加强基金审核结算、信息核查、绩效考核等全流程管理，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，在医保协议中明确应当要求定点医药机构支付违约金的具体情形和比例，确保相关人员医保支付资格管理制度落地实施。定点医药机构要压实对涉及医疗保障基金使用相关人员管理的主体责任，明确相关人员岗位职责和工作分工，加强监督管理和考核，按照要求登记备案和维护更新相关人员信息，形成“一医一档”，推进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。

二、健全完善机制，稳妥推进实施。各市医保局要加快建立健全医保支付资格相关制度机制，确保医保支付资格管理工作顺利实施。已开展医保支付资格管理相关工作的地区，要按照《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) 和本实施细则要求进一步完善政策, 2026 年底前过渡到医保发〔2024〕23 号文件和本实施细则的框架内。各市医保局于 2025 年 4 月 1 日前, 将本地区定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施方案报省医保局备案, 于每年 1 月 10 日前将本地区年度记分、暂停、终止情况报省医保局备案。

三、加强部门协同, 强化综合监管。各级卫生健康主管部门要履行行业主管责任, 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。各市县级药品监督管理部门要加强对本行政区域内定点零售药店药品质量安全的监督检查, 依法对医保部门移送的定点零售药店主要负责人记分与处理情况涉及药品质量安全的违法行为进行调查处理。各级卫生健康主管部门、各市县级药品监管部门依职责将依法查处的定点医疗机构违法行为、定点零售药店药品质量安全违法行为以及相关人员资格证书或者执业证书注册、变更、注销、吊销或者撤销等情况定期通报同级医疗保障行政部门, 由医疗保障经办机构依据规定规范定点医药机构医保支付资格管理。

四、加强宣传引导, 营造良好氛围。要加强政策宣传解读和舆论引导, 强化激励约束, 督促定点医药机构做好相关人员医保支付资格管理工作, 确保制度有序推进、稳妥实施。鼓励社会力量积极参与定点医药机构相关人员医保支付资格管理工作, 动员行业协会组织等力量广泛参与, 发挥各自优势, 群策群力, 促进形成社会共治格局。

山东省医疗保障局

山东省卫生健康委员会

山东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 为贯彻落实党中央、国务院决策部署和省委、省政府工作要求，建立定点医药机构相关人员医保支付资格管理制度，激励和约束定点医药机构相关人员维护公民医疗保障合法权益，安全规范、合理高效使用医保基金，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》《山东省医疗保障基金监督管理办法》和《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），制定本实施细则。

第二条 本实施细则适用于医疗保障部门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，包括责任认定、记分细则、管理措施、修复机制、异议申诉等工作。

第三条 相关人员包括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；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）。

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医疗保障服务协议，即获得医保支付资格（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。

第四条 医疗保障行政部门负责统筹推进相关人员医保支付资格管理工作，组织制定和规范完善相关制度机制，监督检查医疗保障经办机构落实医保支付资格管理工作。定期将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。

第五条 医疗保障经办机构负责相关人员医保支付资格管理具体实施工作，并将相关人员医保支付资格管理情况纳入服务协议管理。对违法或者违反服务协议、违背服务承诺的定点医药机构的相关人员，根据行为性质和负有责任程度等相关责任人员进行记分；当年度内记分累计达到一定分值后，暂停或者终止相关责任人员支付资格和医保费用结算，对负责医疗费用和医保结算审核的相关工作人员暂停或者终止其从事医疗费用和医保结算审核工作。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。

第六条 定点医药机构负责落实本机构相关人员管理的主体责任，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。建立医疗保障基金使用内部管理制度，明确相关责任部门（科室）及相关人员的工作职责。对本机构相关人员进行登记备案及登记备案状态维护，申报由登记备案状态正常的相关人员为参保人提供医药服务所产生的医保费用。开展医疗保障相关法律法规和政策规定的学习培训，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，督促指导相关人员遵守法律法规和服务协议。

第二章 责任认定

第七条 对违法或者违反服务协议、违背服务承诺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（处理）或者协议处理的基础上，由作出行政处罚（处理）的医疗保障行政部门、作出协议处理的医疗保障经办机构认定相关责任人员责任。

第八条 医疗保障行政部门、医疗保障经办机构应当综合考虑违法违规行为性质、涉及医疗保障基金金额、涉及相关人员数量等因素，对性质较恶劣或者涉及金额较高的相关人员进行责任认定。

“性质较恶劣”是指定点医药机构及其相关人员违反《医疗保障基金使用监督管理条例》第二十条规定实施骗取医疗保障基金行为；定点医药机构违反《医疗保障基金使用监督管理条例》的规定或者违反医保协议约定被要求支付违约金、中止（解除）医保协议、中止（责令暂停）相关责任部门（科室）涉及医疗保障基金使用的医疗服务。

“涉及金额较高”是指定点医药机构违反《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条规定或者医保协议约定，违法违规使用医疗保障基金金额达到5万元以上，且相关人员涉及的违法违规医疗保障基金金额达到5000元以上。

第九条 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，不履行或者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，不履行或者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，不履行或者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。

第十条 定点医药机构在接受医疗保障行政部门的执法检查、医疗保障经办机构的审核稽核核查时，应当根据本机构医疗保障基金使用的内部管理制度和职责分工，提供本机构违法违规使用医疗保障基金行为的相关责任人员和责任程度的证据，提出违法违规行为的责任人员及其责任程度的建议，作为医疗保障行政部门或者医疗保障经办机构进行责任认定的参考。

第十一条 医疗保障行政部门、医疗保障经办机构对定点医药机构启动行政处罚（处理）、协议处理程序后，对违法违规使用医疗保障基金行为的调查取证应当具体到定点医药机构相关责任部门（科室）及相关人员，在告知拟作出的行政处罚（处理）、协议处理时，同步告知拟作出的对相关责任认定的事实、理由。

医疗保障行政部门、医疗保障经办机构应当充分听取定点医药机构及相关人员对拟作出的行政处罚（处理）、协议处理及相关责任认定的解释说明和陈述申辩，对定点医药机构及相关人员提出的事实、理由和证据进行复核；定点医药机构及相关人员提出的事实、理由或者证据成立的，医疗保障行政部门、医疗保障经办机构应当采纳。

第十二条 医疗保障行政部门在对定点医药机构作出行政处罚（处理）时，或者医疗保障经办机构在对定点医药机构作出协议处理时，原则上应当同步认定相关人员责任。

因案情复杂等特殊原因，不能在行政处罚（处理）或者协议处理规定的期限内同步认定相关人员责任的，经医疗保障行政部门或者医疗保障经办机构负责人

批准，可以在作出行政处罚（处理）或者协议处理决定后 60 日内认定相关人员责任。

医疗保障行政部门应当将行政处罚（处理）决定书及相关人员责任认定信息即时通报或者共享至与定点医药机构签订医保协议的医疗保障经办机构。

第三章 记分细则

第十三条 医疗保障经办机构根据行政处罚（处理）或者协议处理后即时通报或者共享的责任认定信息对相关人员进行记分。

第十四条 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者减轻一档记分。对强迫或者教唆他人违法违规、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者加重一档记分。

第十五条 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。因定点医药机构与不同统筹地区医疗保障经办机构分别签订医保协议，不同统筹地区医疗保障经办机构对同一定点医药机构的同一类型违法违规行为分别作出协议处理的，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的人员在各定点零售药店记分应累积计算。

第十六条 相关人员记分以行政处罚(处理)、协议处理作出时为记分时点。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。满分为12分,记分档次分为1—3分、4—6分、7—9分、10—12分。

第十七条 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,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,受到医疗保障经办机构协议处理,协议处理方式包括以《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第三十八条第四项“要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金”、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第三十五条第三项“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,被医保部门通报的;

(三) 市级医疗保障行政部门规定的其他应当记1—3分的情形。

第十八条 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,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,每次记4—6分:

(一) 相关人员所在定点医药机构或者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《医疗保障基金使用监督管理条例》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) 市级医疗保障行政部门规定的其他应当记4—6分的情形。

第十九条 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,每次记 7—9 分:

(一) 为非登记备案相关人员,或者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) 市级医疗保障行政部门规定的其他应记 7—9 分的情形。

第二十条 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,每次记 10—12 分:

(一) 相关人员所在定点医药机构或者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《医疗保障基金使用监督管理条例》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、吊销或者撤销卫生专业技术资格证书或者执业证书的;

(三) 市级医疗保障行政部门规定的其他应当记 10—12 分的情形。

第四章 管理措施

第二十一条 医疗保障经办机构在作出协议处理决定或者收到医疗保障行政部门行政处罚(处理)决定书和责任认定信息之日起 5 个工作日内,应当核对相关人员当年累计记分情况,根据相关人员记分情况作出处理通知书。

第二十二条 医疗保障经办机构应当在作出处理通知书后 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者终止的,其发生本次记分处理行为所在的定点医药机构在收到处理通知书之日起3个工作日内完成登记备案状态维护。

第二十三条 定点医药机构收到记分处理通知书后,及时通知相关责任人员,并对相关责任人员进行谈话、教育提醒并做好记录,根据医疗保障经办机构的记分结果,按照要求完整准确及时地对相关人员的登记备案状态进行动态维护,定期组织相关责任人员进行医保政策法规和业务知识学习。

第二十四条 医疗保障经办机构应当依据一个自然年度的记分情况,对相关责任人员采取以下措施:

(一) 记分累计未达到9分的,医疗保障经办机构向相关责任人员所在定点医药机构通报记分情况,并根据实际情况对相关责任人员进行谈话提醒,定期组织医保政策法规和业务知识学习。

(二) 记分累计达到9分,医疗保障经办机构暂停医保支付资格1个月;单次记分达到9分的,暂停医保支付资格2个月。

(三) 记分累计达到10分,医疗保障经办机构暂停医保支付资格3个月;单次记分达到10分的,暂停医保支付资格4个月。

(四) 记分累计达到11分,医疗保障经办机构暂停医保支付资格5个月;单次记分达到11分的,暂停医保支付资格6个月。

(五) 记分累计达到12分,医疗保障经办机构终止医保支付资格,终止之日起1年内不得再次登记备案。

(六) 单次记分为12分,医疗保障经办机构终止医保支付资格,终止之日起3年内不得再次登记备案。

第二十五条 在一家定点医药机构登记备案状态为暂停或者终止的多点执业医师，在其他定点医药机构登记备案状态自动调整为暂停或者终止，未执业的其他定点医药机构不得为其登记备案。

定点零售药店主要负责人登记备案状态为暂停或者终止的，相应责任人员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者终止。

第二十六条 定点医药机构或者其相关责任部门（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医保协议的，应当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，不影响其在其他定点医药机构或者其他部门（科室）的执业（就业）。

第二十七条 医疗保障行政部门依据《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条、第四十条规定，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的，应当对相关人员进行责任认定。医疗保障经办机构根据责任认定信息暂停相关责任人员的医保支付资格。对承担主要责任的相关人员，暂停医保支付资格的期限与暂停相关责任部门涉及医疗保障基金使用的医药服务的期限相同；对承担重要责任、一般责任的相关人员，在承担主要责任相关人员暂停医保支付资格期限的基础上依次减少 1 至 3 个月的暂停医保支付资格期限。

第二十八条 医疗保障经办机构依据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》的规定及医保协议约定，中止定点医疗机构所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务或者中止定点医药机构医保协

议的，应当对相关人员进行责任认定，并根据责任认定信息暂停相关责任人员的医保支付资格。对承担主要责任的相关人员，暂停医保支付资格的期限与中止涉及医疗保障基金使用的医疗服务或者中止医保协议的期限相同；对承担重要责任、一般责任的相关人员，在承担主要责任相关人员暂停医保支付资格期限的基础上依次减少 1 至 3 个月的暂停医保支付资格期限。

第二十九条 医疗保障经办机构依据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》的规定及医保协议约定，解除定点医药机构医保协议的，应当对相关人员进行责任认定，并根据责任认定信息终止相关责任人员的医保支付资格。对承担主要责任的相关人员，终止医保支付资格的期限与《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十二条和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第十一条规定的不予受理定点申请的期限相同；对承担重要责任、一般责任的相关人员，在承担主要责任相关人员终止医保支付资格期限的基础上依次减少 3 至 6 个月的终止医保支付资格期限。

第三十条 对一个自然年度内登记备案状态为暂停或者终止的人次超过一定比例的定点医药机构，医疗保障经办机构视情况采取相应惩处措施。

第三十一条 定点医药机构应当对相关人员的医保支付资格状况进行有效标识，向相关人员开放登记备案状态、记分等情况查询，并在一定范围内公开，警示其他医务人员，让参保人及其家属在医疗服务过程中充分知晓。

第五章 修复机制

第三十二条 相关责任人员在一个自然年度内未出现单次记分 10—12 分的负面情形，积极配合定点医药机构履行医疗保障行政部门作出的行政处罚（处

理) 决定或者医疗保障经办机构作出的协议处理决定, 全面改正涉及本人的违法违规违约行为, 主动参与医疗保障管理相关工作, 提出记分修复申请的, 经其所在定点医药机构审核同意后, 报属地医疗保障经办机构。

第三十三条 医疗保障经办机构收到申请后, 组织专家审议相关人员的整改措施, 对相关人员整改情况进行复核, 可以采取以下修复措施。

(一) 按照要求参加医疗保障行政部门、医疗保障经办机构组织的医疗保障基金监管集中宣传月、医疗保障政策法规宣传等公益活动的, 每次减免 1 分。

(二) 在医疗保障基金年度清算结束前, 主动检查本机构涉及本人的医疗保障基金使用情况, 全部退回涉及本人的违法违规医疗保障基金、彻底纠正违法违规行为, 减免 2 分。

各市医疗保障部门应当结合本地实际, 进一步细化相关人员参加医疗保障部门组织的学习培训、受到医疗保障部门表彰表扬、投诉举报医疗保障基金违法违规行为受到奖励等修复措施。

第三十四条 相关责任人员在一个自然年度的记分周期内, 最高可以累计减免 6 分。

第三十五条 相关人员登记备案状态为暂停的, 修复记分后, 每减免 1 分, 可以缩短 1 个月的暂停医保支付资格期限; 相关人员登记备案状态为终止的, 修复记分后, 每减免 1 分, 可以缩短 1 个月的再次申请登记备案时限。

第三十六条 相关人员登记备案状态暂停、终止期满前 15 个工作日, 由相关责任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, 报当地医疗保障经办机构。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，恢复相关人员医保支付资格，医疗保障经办机构通知相关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，因再次出现负面情形被记分应当暂停更长期限医保支付资格的，原暂停医保支付资格的期限累积计算，医疗保障经办机构应当追加暂停剩余期限的医保支付资格；因再次出现负面情形被记分应当终止医保支付资格的，原暂停医保支付资格的期限不累积计算。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，医疗保障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。

第六章 异议申诉

第三十七条 医疗保障行政部门、医疗保障经办机构、定点医药机构应当按照“谁作出、谁负责，谁认定、谁负责，谁调整、谁负责”的原则，按照职责分工分别做好定点医药机构相关人员医保支付资格的异议申诉工作。

第三十八条 医疗保障行政部门的行政处罚（处理）决定、医疗保障经办机构的协议处理决定被依法变更或者撤销的，对定点医药机构相关人员的责任认定信息及对应记分应当同步变更或者撤销。

第三十九条 定点医药机构或者相关责任人员对医疗保障经办机构作出的记分或者登记备案状态存在异议的，在收到处理通知书后 10 个工作日内，向医疗保障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，视为对医疗保障经办机构作出的记分处理或者登记备案状态无异议。

第四十条 医疗保障行政部门、医疗保障经办机构、定点医药机构应当建立健全相关人员医保支付资格争议处理机制，畅通异议申诉渠道，受理定点医药机构及其相关人员对责任认定、记分结果、登记备案状态动态维护异议提出的陈述、申辩。对存在争议的专业性问题，组织第三方专业机构或者专家组评估鉴定，确保责任认定、记分管理、状态维护等公平公正合理。

医疗保障行政部门、医疗保障经办机构原则上应当在收到异议申诉材料后 20 个工作日内完成异议申诉核实，并确认异议申诉结果，自确认异议申诉结果之日起 3 个工作日内书面告知定点医药机构和相关人员，需要第三方专业机构或者专家组评估鉴定的时间除外。

第四十一条 确需修改处理结果的，医疗保障经办机构及时调整记分情况，涉及登记备案状态调整的，医疗保障经办机构应当及时通知定点医药机构维护登记备案状态；维持原状的，作出维持决定的医疗保障行政部门或者医疗保障经办机构应当向定点医药机构及相关责任人员告知原因、说明情况。

第七章 附 则

第四十二条 本实施细则由山东省医疗保障局负责解释。

第四十三条 本实施细则于 2025 年 4 月 1 日起施行，有效期至 2026 年 12 月 31 日。

政策解读

一、制定背景。《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）提出，将监管对象由医疗机构延伸至医务人员。《山东省人民政府办公厅关于印发山东省加强医疗保障基金使用常态化监管实施方案的通知》（鲁政办字〔2024〕20号）要求，建立医保医师药师医保信用管理制度，实施守信激励和失信惩戒。2024年8月，国家医保局、国家卫生健康委、国家药监局印发《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），要求各省级医疗保障部门根据

实际情况组织制定实施细则，进一步细化记分依据、记分细则、暂停期限、修复机制等，分步骤稳妥实施，三年内逐步将相关责任人员纳入记分管理，确保平稳落地。

二、制定过程。为落实党中央、国务院决策部署和省委、省政府工作要求，根据医保发〔2024〕23号文件要求，省医保局牵头起草了《关于印发山东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》（以下简称《实施细则》，经广泛调研论证、公开征求意见、合法性审核，2月21日局长办公会审议并原则通过，由省医保局、省卫生健康委、省药监局联合印发。

三、主要内容。《实施细则》包括总则、责任认定、记分细则、管理措施、修复机制、异议申诉、附则7章、43条。

（一）总则。主要明确了制定依据、相关人员范围，以及医保行政部门、医保经办机构和定点医药机构的工作职责分工。相关人员严格执行医保发〔2024〕23号文件规定。

（二）责任认定。坚持“谁处罚处理、谁认定责任”，医保行政部门、经办机构根据对违法违规负面情形发生起配合、主动、决定作用，分别认定一般、重要、主要责任。明确了《指导意见》规定的“性质较恶劣、涉及金额较高”的具体情形。要求定点医药机构根据内部制度和职责分工对责任人员、责任程度提供证据、提出意见。医保行政部门、经办机构充分听取医药机构及相关人员对责任认定的解释说明、陈述申辩，一般情况下在作出处罚处理时同步认定责任，特殊情况下经批准可在作出处罚处理后60日内认定责任。

（三）记分细则。相关人员记分以行政处罚（处理）、协议处理作出时为记分时点。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。满分为12

分，记分档次分为 1—3 分、4—6 分、7—9 分、10—12 分，分别明确了不同记分档次的负面情形，以及从轻、减轻、从重、加重、分别记分、累加分值等情形，并允许市级医保行政部门根据当地实际规定其他记分情形。医保经办机构根据不同责任程度，对相关人员按照对应记分档次从低到高记分。

（四）管理措施。医保经办机构根据相关人员本次记分及当年累计记分情况，作出记分处理通知书。定点医药机构根据记分处理通知书，对相关人员进行谈话提醒、组织学习培训，动态维护登记备案状态。医保经办机构根据记分情况，对达到 9 分以上的相关人员暂停或终止医保支付资格，并细化了达到 9-12 分时暂停或终止医保支付资格的期限。明确了定点医药机构被中止（解除）医保协议、中止（暂停）涉及医保基金的医疗服务时，对相关人员进行责任认定的主体和暂停（终止）医保支付资格的期限。

（五）修复机制。明确了 2 种具体修复记分的情形，以及进行修复记分后缩短医保支付资格的期限。同时要求各市医保部门结合实际进一步细化修复措施。

（六）异议申诉。医保行政部门、经办机构、定点医药机构按照“谁作出、谁负责，谁认定、谁负责，谁调整、谁负责”的原则，分别做好定点医药机构相关人员医保支付资格的异议申诉工作，规定了异议申诉的申请和处理的时限。

（七）附则。《实施细则》自 2025 年 4 月 1 日施行，有效期至 2026 年 12 月 31 日。