

海南省医疗保障局
海南省卫生健康委员会 文件
海南省药品监督管理局

琼医保规〔2025〕1号

海南省医疗保障局
海南省卫生健康委员会
海南省药品监督管理局
关于印发《海南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、县、自治县医保局、卫生健康委、市场监督管理局、综合行政执法局，省医保服务中心：

现将《海南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）》印发你们，请结合工作实际，认真贯彻执行。



海南省医疗保障局



海南省卫生健康委员会



海南省药品监督管理局

2025年3月21日

（此件主动公开）

海南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 为进一步做好定点医药机构相关人员医保支付资格管理工作，提升医疗保障基金监管精准性，促进医疗保障基金合理使用，维护医疗保障基金安全，根据《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”）、《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，以下简称《指导意见》）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，以下简称《经办规程（试行）》）等法律法规、政策文件，结合我省实际，制定本实施细则。

第二条 本实施细则适用于全省各级医疗保障行政部门和医疗保障经办机构对医疗保障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 本实施细则所称相关人员，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，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医保基金结算的药学类专业技术人员，以及定点零售药店的主要负责人（指药品经营许可证上的主要负责人，包括法定代表人、企业负责人、质量负责人）。

在定点医药机构执业（就业）的相关人员按规定进行登记备案、取得相关代码、作出服务承诺后，即可获得医保支付资格，为参保人提供医药服务，并纳入医保监管范围。为参保人员提供医药服务的医药卫生类专业技术人员，应符合行业主管部门执业注册相关规定，在注册的执业地点、执业类别、执业范围内从事相应的医疗卫生服务工作。

第四条 坚持规范统一，做到权责明晰；坚持正向引导，激励约束并重；坚持数智赋能，注重管理效能；坚持协同联动，加强部门合作；坚持公开透明，确保客观公正。

第二章 责任分工

第五条 省医疗保障行政部门负责统筹协调推进、监督指导全省相关人员医保支付资格管理工作，完善医保支付资格管理制度，细化记分依据、记分细则、暂停期限、修复恢复机制等。按照国家医保信息平台建设要求，完善医保支付资格管理模块，规范信息系统用户管理，配置智能审核和监控规则，实现相关人员医保支付资格信息省内共享共用。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。

市、县医疗保障行政部门负责统筹推进并规范本行政区域相

关人员医保支付资格管理工作，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加强监督检查，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、药品监督管理、综合行政执法等部门。建立完善行业协会等社会组织力量和医保基金社会监督员等社会人士参与监督的渠道和方式，推动形成社会共治格局。

省医疗保障经办机构负责组织实施并指导市、县医疗保障经办机构开展相关人员医保支付资格管理工作，制定全省相关人员医保支付资格管理经办规程，配合做好“两库”规则调整、“一医一档”、结算清算等信息化功能模块的开发建设和应用维护。

市、县医疗保障经办机构负责定点医药机构相关人员医保支付资格管理具体实施工作，做好政策宣传解读和舆论引导，推动医保支付资格管理制度在本行政区域落地实施。督促指导定点医药机构依托医保信息平台做好相关人员“一医一档”信息维护，全面记录相关人员记分及遵守医保相关法律法规情况，定期向上级医疗保障经办机构和同级医疗保障行政部门报送相关信息。

第六条 各级卫生健康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，依法对医疗保障部门移送的定点医疗机构相关人员记分和处理情况进行后续处理。

第七条 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、医疗器械经营质量监督管理。

实行综合行政执法改革和行政审批改革的市县，由综合行政执法部门对医疗保障部门移送的定点零售药店相关人员违反《中华人民共和国药品管理法》的行为进行调查处理，并将调查处理

结果通报同级行政审批部门，由行政审批部门对相关人员进行准入限制。

第八条 各定点医药机构履行自我管理主体责任，建立健全内部管理制度，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政策培训，督促指导相关人员认真遵守医保政策规定、规范实施医疗服务行为，并通过全国医疗保障信息业务编码数据库动态维护窗口对相关人员基础信息和登记备案状态进行动态维护，形成“一医一档”。鼓励建立相关人员医保支付资格管理与年度考核、工资待遇、内部通报等激励约束管理制度挂钩机制。

第九条 各级医疗保障、卫生健康、药品监督管理和综合行政执法等部门应当加强沟通联系，建立信息共建共享机制，推动形成医保支付资格管理工作合力。

第三章 管理流程

第十条 省医疗保障行政部门应当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和考核范围，相关工作落实情况和考核结果与协议续签、质量保证金、预付金等挂钩。

第十一条 省医疗保障经办机构应当建立健全协议管理、登记备案、服务承诺、记分管理、登记备案状态维护、医保结算、异议申诉、修复恢复、信息平台应用维护等医保支付资格管理流

程，加强基金审核结算全流程管理。

第十二条 各级医疗保障经办机构对相关人员违反服务协议、违背服务承诺的行为，应参照记分标准对相关责任人员进行记分，及时将记分情况通报相关责任人员所在定点医药机构（含多点执业、就业的定点医药机构）。当年度内记分累计达到一定分值后，按照服务协议约定，暂停或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终止其从事医疗费用和医保结算审核工作，并按照医疗机构相关规定给予相应处理。

第十三条 各级医疗保障经办机构应当落实异议申诉、争议处理、修复恢复等工作要求，及时受理并答复定点医药机构和相关人员对记分结果、登记备案状态等异议申诉申请，保障相关人员合法权益。对争议问题的处理，由作出处理决定的医疗保障经办机构进行解释说明；仍有异议的，移交本级医疗保障行政部门或者上级医疗保障经办机构进行裁定。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。

第十四条 各级医疗保障经办机构应当会同信息部门完善相关人员登记备案状态联动功能，指导定点医药机构及时录入相关人员备案信息（包括但不限于：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、历次记分等）并进行动态维护，适时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。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，做好医保月度结算和年度清算审

核。

第十五条 定点医药机构应当按照“应纳尽纳”“应备尽备”原则，及时组织本机构相关人员在国家医疗保障信息业务编码标准数据库动态维护窗口进行登记备案，取得国家医保相关人员代码，并作出服务承诺。新增相关人员或登记备案信息发生变化的应当及时维护更新，形成“一医一档”，并向医务人员开放登记备案状态、记分等情况查询。对相关人员记分情况和登记备案状态进行有效标识，在一定范围内公开，通过微信公众号、挂号平台等渠道向参保人进行提示。相关人员为参保人提供医药服务后，定点医药机构按规定向医疗保障经办机构申报医保费用。

第十六条 定点医药机构应当及时对已记分和暂停、终止医保支付资格的相关责任人员开展谈话、提醒，组织政策法规和医保知识学习，审议相关责任人员的整改措施，对积极改正、主动参与本机构医保管理工作的人员可以向医疗保障经办机构申请减免记分、缩减暂停或终止期限等修复措施。对记分结果、登记备案状态等有异议的，可按规定向属地医疗保障经办机构提出书面陈述和申诉意见。

第四章 记分规则

第十七条 医疗保障行政部门对定点医药机构作出行政处罚时应当同步认定相关人员责任，医疗保障经办机构对定点医药机构作出协议处理时应当同步认定相关人员责任。对相关责任人员的责任作出认定时，应综合考虑行为产生原因、行为性质、涉

及医保基金金额以及相关人员数量、责任大小等因素，充分听取定点医药机构的合理意见和相关人员的客观陈述。

第十八条 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。

第十九条 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。对教唆或强迫他人违法违规，或者存在主观故意、拒不配合、拒不改正的相关责任人员，可在同一记分档次从重记分或加重一档记分。

第二十条 在同一次监督检查中，发现涉及医保基金使用的相关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检查主体、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计计算。

担任多家定点零售药店主要负责人的相关人员在各定点零售药店记分应累计计算。

第二十一条 记分档次分为 1-3 分、4-6 分、7-9 分、10-12 分，依据违法违规情形性质和认定的责任程度进行记分。具体标准如下：

（一）出现以下情形的相关责任人员，负有一般责任的记 1 分/次，负有重要责任的记 2 分/次，负有主要责任的记 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疗保障经办机构协议处理，协议处理方式包括：依据 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”；

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（中选药品耗材质量和供应等原因除外）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；

3. 其他应记 1-3 分的情形。

（二）出现以下情形的相关责任人员，负有一般责任的记 4 分/次，负有重要责任的记 5 分/次，负有主要责任的记 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的（不含中止或解除医保协议）；

2. 相关人员执业活动因违反《中华人民共和国医师法》《护士条例》《执业药师注册管理办法》等法律法规涉及医疗执业资格或

医药服务质量等有关规定，受到卫生健康、药品监督管理、综合行政执法等部门行政处罚的（不含注销注册、吊销或撤销卫生专业技术资格证书或执业证书）；

3. 其他应记 4-6 分的情形。

（三）出现以下情形的相关责任人员，负有一般责任的记 7 分/次，负有重要责任的记 8 分/次，负有主要责任的记 9 分/次：

1. 无正当理由（急诊、抢救等特殊情形除外）借用、冒用他人医保代码为参保患者提供医保费用结算的；

2. 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；

3. 相关人员所在定点医药机构或者科室涉及违反服务协议或者医疗保障相关法律法规，受到医疗保障部门依据《条例》、2 号令或者 3 号令作出行政处罚或者支付违约金处理，同时被“中止医保协议”，但不涉及欺诈骗保行为的；

4. 其他应记 7-9 分的情形。

（四）出现以下情形的相关责任人员，负有一般责任的记 10 分/次，负有重要责任的记 11 分/次，负有主要责任的记 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的；

2. 相关人员所在定点医药机构或者科室涉及违反服务协议或者医疗保障相关法律法规，受到医疗保障部门依据《条例》、2 号令或者 3 号令作出行政处罚或者支付违约金处理，同时被“解

除医保协议”的；

3. 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（不含到期换证或调离单位等正常注销情形）；

4. 其他应记 10-12 分的情形。

第五章 记分结果应用

第二十二条 定点医药机构相关人员医保支付资格采用累计记分制，在一个自然年度内累加计算，记分上限为 12 分，下一个自然年度自动清零。记分载入相关人员“一医一档”数据库，省内将实现跨机构跨区域联动、共享可查。

第二十三条 登记备案状态包括：正常、暂停、终止。

登记备案状态为正常（首次登记或者累计记分 8 分及以下）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，并纳入医保结算。

登记备案状态为暂停的相关人员，暂停期内提供医药服务发生的医保费用不予结算，急诊、抢救等特殊情形除外。

登记备案状态为终止的相关人员，终止期间内提供医药服务发生的医保费用不予结算。

登记备案状态为暂停或者终止的相关人员，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》等相关规定开展执业活动。

第二十四条 医疗保障经办机构对相关人员作出记分处理时，应核对当年累计记分情况，并及时通报定点医药机构进行系

统维护，采取相应管理措施：

（一）一个自然年度累计记 8 分（含）以下的，由所在定点医药机构组织相关责任人员学习医保政策法规和相关知识；

（二）一个自然年度累计记 9 分的，暂停相关责任人员医保支付资格 2 个月；

（三）一个自然年度累计记 10 分的，暂停相关责任人员医保支付资格 4 个月；

（四）一个自然年度累计记 11 分的，暂停相关责任人员医保支付资格 6 个月；

（五）一个自然年度累计记 12 分（含）以上的，终止相关责任人员医保支付资格，终止之日起 1 年内不得再次登记备案；

（六）一次性记满 12 分的，终止医保支付资格，终止之日起 3 年内不得再次登记备案。

当年度剩余时间少于应暂停医保支付资格时间的，暂停资格处理决定顺延到下一年度继续执行。

第二十五条 一个自然年度内，定点医疗机构登记备案状态为暂停的人次超过相关人员总人数 50% 的，经办机构可以中止该机构的医保协议，中止时间不超过 6 个月；登记备案状态为终止的人次超过相关人员总人数 50% 的，经办机构可以解除该机构的医保协议。

定点零售药店主要负责人登记备案状态为暂停的，经办机构可以中止该机构（不含相同主要负责人的其他机构）的医保协议；登记备案状态为终止的，经办机构可以解除该机构（不含相同主要负责人的其他机构）的医保协议。

第二十六条 医疗保障经办机构和定点医药机构在日常审核管理中，对医疗服务质量优良、基金使用效率高，且无医保基金违法违规行为的相关人员，可适当予以精神或物质奖励，鼓励定点医药机构将其与个人绩效考核挂钩。

第六章 修复恢复

第二十七条 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，报属地医疗保障经办机构按规定办理。医疗保障经办机构收到申请后，按以下途径进行修复。

第二十八条 修复途径包括但不限于以下途径：

（一）通过线上学习达到规定课时进行修复，每有效学习1次，减免1分，最多不超过3分。各级医疗保障部门应结合修复申请情况，围绕医保基金使用相关的法律法规规章制度等，组织线下学习培训及考核，修复标准与线上修复标准一致；

（二）通过参与现场医保政策宣传活动等进行修复，利用医疗保障部门统一组织的医疗保障政策制度宣传活动时机，现场参与政策宣传、政策解读等，每有效参与一次，减免1分，最多不超过3分；

（三）通过投诉举报进行修复，提供违法违规使用医保基金问题线索，经查证属实获得举报奖励的减免2分；

（四）通过协助医疗保障部门开展医保基金使用检查、参与医保评审、调研等进行修复，每有效参与一次，减免1分，最多不超过3分；

(五) 通过发表医保正能量文章进行修复，在市、县级报刊杂志、新媒体每发表 1 篇减免 1 分，最多不超过 3 分；在省级以上报刊、新媒体每发表 1 篇减免 2 分，最多不超过 4 分；

(六) 通过参与本级医保部门牵头组织的医保管理工作进行修复，每有效参与一次，减免 1 分，最多不超过 3 分；

(七) 其他应予以修复的途径。

第二十九条 相关责任人员登记备案状态暂停、终止期满前，由相关人员提出资格恢复申请，经定点医药机构考核通过、审核同意后，报当地医疗保障经办机构评估复核。医疗保障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，并及时将评估结果通报相关人员及其所在定点医药机构。

第三十条 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所在定点医药机构，并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，医疗保障经办机构通知相关人员所在定点医药机构并告知原因，由定点医药机构通知相关人员。

第三十一条 医疗保障经办机构应建立信息报送制度，定期向同级医疗保障行政部门和上级医疗保障经办机构报送定点医药机构相关人员的记分与处理情况。省医疗保障经办机构应对全省相关人员在不同机构的记分与处理情况进行归集汇总，累计记分达到暂停或者终止医保支付资格的，要通报信息部门和所在市县医疗保障经办机构对该名相关人员的登记备案状态进行维护。

第七章 信息化建设

第三十二条 省医疗保障行政部门会同省医疗保障经办机构按照国家医保信息平台建设标准和要求，完善医保支付资格管理模块各项功能，督促指导市县医疗保障部门和定点医药机构进行接口改造和功能应用，优化配置智能审核和监控规则。建立健全医保信息系统用户管理制度，明确不同单位不同岗位的权限内容，专岗专权。积极探索与卫健、药监等行业管理部门相关信息互联互通、信息共享等工作。

第三十三条 市、县医疗保障经办机构应指导属地定点医药机构开展相关人员支付资格信息维护，配合医疗保障行政部门优化完善智能审核和监控规则，实现相关人员备案状态与医保支付结算系统联动。

第三十四条 市、县医疗保障部门应推动属地定点医药机构按要求实施医保支付资格管理模块接口改造并强化应用，落实医保信息系统用户管理制度，从用户权限申请、审批、配置、变更、注销等方面进行全过程管理。

第三十五条 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医保支付资格管理功能联通，对相关人员基础信息和登记备案状态进行动态维护，并通过挂号平台向参保患者公开相关人员的登记备案状态。

第三十六条 医疗保障经办机构和定点医药机构要依托“一医一档”信息平台，全面记录相关人员记分及遵守医保相关法律

法规的情况。

第八章 监督管理

第三十七条 各级医疗保障行政部门应当将相关人员医保支付资格管理工作纳入监管范畴，畅通问题线索征集、投诉举报渠道，鼓励社会力量参与相关人员医保支付资格管理工作，动员行业协会等组织力量广泛参与，群策群力，发挥各自优势，促进形成社会共治格局。定期梳理分析本行政区内相关人员医保支付资格管理情况，及时获取同级卫生健康、药品监督管理、综合行政执法等部门查处的定点医药机构和人员违法信息并通报同级医疗保障经办机构进行记分处理，定期将定点医药机构涉及医疗保障基金使用的相关人员的记分与处理情况通报同级卫生健康主管部门、药品监督管理、综合行政执法部门。

第三十八条 各级医疗保障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经办机构的，采取追回违规费用、扣减考核分数等惩处措施。

第三十九条 各级医疗保障经办机构应当通过智能审核、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责任人员开具的医保费用不予支付，已支付的应追回相关费用。

第四十条 各级医疗保障经办机构应当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，防范基金管理风险，接受各方监督，确保基金安全。

第四十一条 卫生健康、药品监督管理、综合行政执法部门应定期将查处的定点医药机构和相关人员违法违规行为通报同级医疗保障行政部门，并由其移送同级医疗保障经办机构依据规定采取有效措施规范相关人员医保支付资格管理。

第四十二条 定点医药机构应加强内部管理，定期组织评估考核，及时准确掌握本机构相关人员医保支付资格管理工作开展情况，充分发挥内部科室医保管理员作用。

第九章 附则

第四十三条 本细则由海南省医疗保障局负责解释。

第四十四条 本细则自 2025 年 4 月 1 日起施行，有效期 3 年。本细则实施后，《海南省医疗保障协议医师管理暂行办法》（琼医保〔2022〕226 号）同时废止。