

江西省医疗保障局 江西省卫生健康委员会 江西省药品监督管理局

赣医保发〔2025〕1号

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

各设区市医疗保障局、卫生健康委、市场监管局：

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《江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。



江西省医疗保障局



江西省卫生健康委员会



江西省药品监督管理局

2025年2月6日

（此件主动公开）

江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）

第一条【目的依据】 为进一步加强定点医药机构相关人员医保支付资格管理，促进医疗保障基金规范合理使用，依据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国医师法》（以下简称《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”）《江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【对象范围】 本实施细则所称医保支付资格管理对象，是指定点医药机构涉及医疗保障基金使用的相关人员，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）。

第三条【部门职责】 省医疗保障局负责全省定点医药机构医保支付资格管理工作，指导统筹地区医保部门开展相关人员医保支付资格管理工作。省医疗保险基金管理中心负责定点医药机构医保支付资格管理具体实施工作，建立健全协议管理、登记备案、服务承诺、记分管理等医保支付资格管理流程，研究完善经办规程。省医疗保障监测中心按照国家医保信息平台统一建设要求，部署全省统一的医保支付资格管理模块，配置智能审核和监控规则。

各级医疗保障行政部门负责本行政区域内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检查，规范指导经办机构做好相关人员医保支付资格管理工作。

各级医疗保障经办机构负责本行政区域内定点医药机构医保支付资格具体实施工作，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。

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销售行为的监督检查，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违反《中华人民共和国药品管理法》的行为进行调查处理。

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，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。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，形成相关人员“一医一档”。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。

第四条【资格条件】 相关人员所执业（就业）的定点医药机构与医疗保障经办机构签订服务协议后，由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申请维护本机构相关人员医保信息业务编码，完成登记备案，获取医保支付资格，方可为参保人提供使用医保基金结算的医药服务，并纳

入医保监管范围。医保支付资格管理对象应按照医疗保障服务协议约定，作出并履行服务承诺。

第五条【记分管理】 医疗保障经办机构对医保支付资格管理对象实施记分管理。一个自然年度内，医保支付资格管理对象因违反服务协议、违背服务承诺发生的医保违法违规行为被记分的，记分结果累加计算，到下一个自然年度自动清零。一个自然年度内医保支付资格管理对象违法违规行为记分的累计，不因其执业或就业机构的变更而发生变化。

第六条【记分规则】 记分以行政处罚、协议处理作出时为记分时点。在同一次监督检查中，发现医保支付资格管理对象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。多点执业的医保支付资格管理对象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。

第七条【记分标准】 医保支付资格管理对象记分档次分为1—3分、4—6分、7—9分、10—12分。具体记分标准如下：

（一）医保支付资格管理对象出现以下负面情形，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：

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）款或《江西省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第三十七条第（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）款或《江西省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第三十四条第（三）款“要求定点零售药店按照医保协议约定支付违约金”，医保支付资格管理对象负有责任的；

2. 执行药品耗材集中带量采购政策中，公立医疗机构医保支付资格管理对象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. 其他应记 1—3 分的情形。

（二）医保支付资格管理对象出现以下负面情形，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：

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，医保支付资格管理对象负有责任的；

2. 相关人员违反《医师法》，未按照注册的执业地点、执业类别、执业范围执业的，被行业主管部门处理的（不包含吊销医师执业证书）；

3. 其他应记 4—6 分的情形。

（三）医保支付资格管理对象出现以下负面情形，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：

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

2. 同一自然年度内因第（一）条、第（二）条所列负面情形受到记分处理后，再次出现同一违法违规行为的；

3. 其他应记 7—9 分的情形。

（四）医保支付资格管理对象出现以下负面情形，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：

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，医保支付资格管理对象负有责任的；

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. 其他应记 10—12 分的情形。

第八条【责任认定】 对违法或违反服务协议定点医药机构的医保支付资格管理对象，在对定点医药机构作出行政处罚或协议处理的基础上，由作出处理的部门认定医保支付资格管理对象的责任（即作出行政处罚后由行政部门认定相关人员的责任，作出协议处理后由经办机构认定相关人员的责任），确定相关责

任人员应充分听取定点医药机构合理意见，认定责任程度遵循以下原则：

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。

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。

第九条【记分结果】 医疗保障经办机构对医保支付资格管理对象作出记分处理时，应核对当年累计记分情况，根据当年累计记分情况，作出相应处理，并通报医保支付资格管理对象及其所在定点医药机构。

（一）医保支付资格管理对象一个自然年度内记分达到 6 分，医疗保障经办部门应对其开展约谈，在其所在的定点医药机构或者连锁公司内进行通报，并列为重点监管对象。

（二）医保支付资格管理对象一个自然年度内记分达到 9 分及以上，定点医药机构应当将其登记备案状态维护为暂停，期限为 1 个月以上 6 个月以下，暂停期内提供服务发生的医保费用不予结算（急救、抢救除外）。

1. 累计记分达到 9 分，暂停医保支付资格 1 个月；一次性记分 9 分的，暂停医保支付资格 2 个月；

2. 累计记分达到 10 分，暂停医保支付资格 3 个月；一次性记分 10 分的，暂停医保支付资格 4 个月；

3. 累计记分达到 11 分，暂停医保支付资格 5 个月；一次性记分 11 分的，暂停医保支付资格 6 个月。

（三）医保支付资格管理对象一个自然年度内记分达到 12 分，定点医药机构应当将其登记备案状态维护为终止。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。

（四）定点医药机构被中止（暂停）服务协议、中止（暂停）涉及医保基金使用的医疗服务，应一并暂停相关责任人员医保支付资格，暂停时间与定点医药机构被中止（暂停）时间一致。定点医药机构被解除服务协议的，应一并终止相关责任人员医保支

付资格，终止时间按累计 12 分的处理，终止之日起 1 年内不得再次登记备案。对违法违规违约行为不负有责任的相关人员，登记备案状态仍为正常，不影响其医保支付资格。

第十条【结果告知】 医疗保障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。医疗保障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。

第十一条【公开义务】 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。应对相关人员进行有效标识，在一定范围内公开，通过挂号平台等渠道进行提示，既起到警示其他医务人员的作用，又确保参保人及其家属在医疗服务过程中充分知晓，避免引发医患矛盾，影响正常医疗秩序。

第十二条【相关措施】 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，可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。

第十三条【审核结算】 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。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。

第十四条【结果申诉】 各级医疗保障部门应当建立异议申诉机制，受理定点医药机构及医保支付资格管理对象对记分结果、登记备案状态异议申诉申请，依法维护相关人员合法权益。

（一）申诉申请。定点医药机构或相关责任人员对医疗保障经办机构作出的记分或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，视为无异议。

（二）申诉处理。医疗保障经办机构受理异议申诉并对作出的记分结果进行解释说明，如仍然存在争议，由医疗保障经办机构移交作出处理决定的责任部门进行复核，对存在争议的专业问题，可组织第三方专业机构或专家组进行评估鉴定。

（三）处理结果。申诉情况确认后，医疗保障经办机构应当及时将结果告知相关定点医药机构和医保支付资格管理对象。确需修改处理结果的，医疗保障经办机构及时调整记分结果、登记备案状态；维持原状的，医疗保障经办机构应告知原因。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。

第十五条【修复措施】 医保支付资格管理对象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进行整改情况进行复核，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。

修复途径包括：线上线下学习培训，现场参与医保政策宣传活动、飞行检查、专项检查等。

（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。各级医疗保障经办机构可根据修复申请情况，围绕医保基金使用法律法规、规章制度等，组织线上或线下学习培训及考试。医保支付资格管理对象通过线上或线下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。其中，70-80 分减免 1 分，81-90 分减免 2 分，91-100 分减免 3 分。

（二）医保支付资格管理对象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，最多不超过 3 分。

（三）相关责任人员可通过实名投诉举报修复，查实存在一

般违规情形造成医保基金损失的，减免 1 分；查实存在欺诈骗保情形的，减免 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。修复措施不可跨年使用。

第十六条【资格恢复】 相关责任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。医疗保障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。

通过评估的，恢复相关责任人员医保支付资格，医疗保障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。

第十七条【配套措施】 各级医疗保障部门应当将定点医药机构医保支付资格对象管理情况纳入服务协议管理，年度考核范围及医疗保障信用管理体系。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。

各级医疗保障部门应当建立信息报送制度，定期将定点医药机构医保支付资格管理对象记分和处理情况通报同级卫生健康主管部门、药品监管部门。药品监管部门应将医保支付资格管理情况与药店信用分级挂钩，形成监管合力。

各级卫生健康部门、药品监管部门发现医保定点医药机构存在涉嫌违反医保相关规定的，或者对相关机构、相关人员的检查处理情况，应当定期通报同级医疗保障部门，医疗保障部门应当根据医保相关法律法规进行监督检查，医疗保障经办机构应当根据检查结果，按照本通知规定做好定点医药机构医保支付资格记分管理。

各级医疗保障部门应鼓励支持社会力量参与医保支付资格管理工作，积极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。

各级医疗保障部门要高度重视医保支付资格管理工作，加强组织领导，健全工作机制，确保政策落地落效。要加大政策宣传解读力度，强化舆情监测和舆论引导，合理引导社会预期，确保政策稳妥推进。

第十八条【附则】 本细则自印发之日起实施，各级医疗保障部门要根据本实施细则要求，将相关责任人员纳入记分管理，确保平稳落地。

江西省医疗保障局办公室

2025年1月23日印发

责任处室单位：基金监管处

校稿人：程 炫

江西省医疗保障局 江西省卫生健康委员会 江西省药品监督管理局

赣医保发〔2025〕1号

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

各设区市医疗保障局、卫生健康委、市场监管局：

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《江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。



江西省医疗保障局



江西省卫生健康委员会



江西省药品监督管理局

2025年2月6日

（此件主动公开）

江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）

第一条【目的依据】 为进一步加强定点医药机构相关人员医保支付资格管理，促进医疗保障基金规范合理使用，依据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国医师法》（以下简称《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”）《江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【对象范围】 本实施细则所称医保支付资格管理对象，是指定点医药机构涉及医疗保障基金使用的相关人员，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）。

第三条【部门职责】 省医疗保障局负责全省定点医药机构医保支付资格管理工作，指导统筹地区医保部门开展相关人员医保支付资格管理工作。省医疗保险基金管理中心负责定点医药机构医保支付资格管理具体实施工作，建立健全协议管理、登记备案、服务承诺、记分管理等医保支付资格管理流程，研究完善经办规程。省医疗保障监测中心按照国家医保信息平台统一建设要求，部署全省统一的医保支付资格管理模块，配置智能审核和监控规则。

各级医疗保障行政部门负责本行政区域内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检查，规范指导经办机构做好相关人员医保支付资格管理工作。

各级医疗保障经办机构负责本行政区域内定点医药机构医保支付资格具体实施工作，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。

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销售行为的监督检查，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违反《中华人民共和国药品管理法》的行为进行调查处理。

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，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。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，形成相关人员“一医一档”。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。

第四条【资格条件】 相关人员所执业（就业）的定点医药机构与医疗保障经办机构签订服务协议后，由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申请维护本机构相关人员医保信息业务编码，完成登记备案，获取医保支付资格，方可为参保人提供使用医保基金结算的医药服务，并纳

入医保监管范围。医保支付资格管理对象应按照医疗保障服务协议约定，作出并履行服务承诺。

第五条【记分管理】 医疗保障经办机构对医保支付资格管理对象实施记分管理。一个自然年度内，医保支付资格管理对象因违反服务协议、违背服务承诺发生的医保违法违规行为被记分的，记分结果累加计算，到下一个自然年度自动清零。一个自然年度内医保支付资格管理对象违法违规行为记分的累计，不因其执业或就业机构的变更而发生变化。

第六条【记分规则】 记分以行政处罚、协议处理作出时为记分时点。在同一次监督检查中，发现医保支付资格管理对象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。多点执业的医保支付资格管理对象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。

第七条【记分标准】 医保支付资格管理对象记分档次分为1—3分、4—6分、7—9分、10—12分。具体记分标准如下：

（一）医保支付资格管理对象出现以下负面情形，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：

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）款或《江西省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第三十七条第（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）款或《江西省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第三十四条第（三）款“要求定点零售药店按照医保协议约定支付违约金”，医保支付资格管理对象负有责任的；

2. 执行药品耗材集中带量采购政策中，公立医疗机构医保支付资格管理对象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. 其他应记 1—3 分的情形。

（二）医保支付资格管理对象出现以下负面情形，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：

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，医保支付资格管理对象负有责任的；

2. 相关人员违反《医师法》，未按照注册的执业地点、执业类别、执业范围执业的，被行业主管部门处理的（不包含吊销医师执业证书）；

3. 其他应记 4—6 分的情形。

（三）医保支付资格管理对象出现以下负面情形，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：

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

2. 同一自然年度内因第（一）条、第（二）条所列负面情形受到记分处理后，再次出现同一违法违规行为的；

3. 其他应记 7—9 分的情形。

（四）医保支付资格管理对象出现以下负面情形，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：

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，医保支付资格管理对象负有责任的；

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. 其他应记 10—12 分的情形。

第八条【责任认定】 对违法或违反服务协议定点医药机构的医保支付资格管理对象，在对定点医药机构作出行政处罚或协议处理的基础上，由作出处理的部门认定医保支付资格管理对象的责任（即作出行政处罚后由行政部门认定相关人员的责任，作出协议处理后由经办机构认定相关人员的责任），确定相关责

任人员应充分听取定点医药机构合理意见，认定责任程度遵循以下原则：

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。

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。

第九条【记分结果】 医疗保障经办机构对医保支付资格管理对象作出记分处理时，应核对当年累计记分情况，根据当年累计记分情况，作出相应处理，并通报医保支付资格管理对象及其所在定点医药机构。

（一）医保支付资格管理对象一个自然年度内记分达到 6 分，医疗保障经办部门应对其开展约谈，在其所在的定点医药机构或者连锁公司内进行通报，并列为重点监管对象。

（二）医保支付资格管理对象一个自然年度内记分达到 9 分及以上，定点医药机构应当将其登记备案状态维护为暂停，期限为 1 个月以上 6 个月以下，暂停期内提供服务发生的医保费用不予结算（急救、抢救除外）。

1. 累计记分达到 9 分，暂停医保支付资格 1 个月；一次性记分 9 分的，暂停医保支付资格 2 个月；

2. 累计记分达到 10 分，暂停医保支付资格 3 个月；一次性记分 10 分的，暂停医保支付资格 4 个月；

3. 累计记分达到 11 分，暂停医保支付资格 5 个月；一次性记分 11 分的，暂停医保支付资格 6 个月。

（三）医保支付资格管理对象一个自然年度内记分达到 12 分，定点医药机构应当将其登记备案状态维护为终止。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。

（四）定点医药机构被中止（暂停）服务协议、中止（暂停）涉及医保基金使用的医疗服务，应一并暂停相关责任人员医保支付资格，暂停时间与定点医药机构被中止（暂停）时间一致。定点医药机构被解除服务协议的，应一并终止相关责任人员医保支

付资格，终止时间按累计 12 分的处理，终止之日起 1 年内不得再次登记备案。对违法违规违约行为不负有责任的相关人员，登记备案状态仍为正常，不影响其医保支付资格。

第十条【结果告知】 医疗保障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。医疗保障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。

第十一条【公开义务】 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。应对相关人员进行有效标识，在一定范围内公开，通过挂号平台等渠道进行提示，既起到警示其他医务人员的作用，又确保参保人及其家属在医疗服务过程中充分知晓，避免引发医患矛盾，影响正常医疗秩序。

第十二条【相关措施】 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，可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。

第十三条【审核结算】 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。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。

第十四条【结果申诉】 各级医疗保障部门应当建立异议申诉机制，受理定点医药机构及医保支付资格管理对象对记分结果、登记备案状态异议申诉申请，依法维护相关人员合法权益。

（一）申诉申请。定点医药机构或相关责任人员对医疗保障经办机构作出的记分或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，视为无异议。

（二）申诉处理。医疗保障经办机构受理异议申诉并对作出的记分结果进行解释说明，如仍然存在争议，由医疗保障经办机构移交作出处理决定的责任部门进行复核，对存在争议的专业问题，可组织第三方专业机构或专家组进行评估鉴定。

（三）处理结果。申诉情况确认后，医疗保障经办机构应当及时将结果告知相关定点医药机构和医保支付资格管理对象。确需修改处理结果的，医疗保障经办机构及时调整记分结果、登记备案状态；维持原状的，医疗保障经办机构应告知原因。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。

第十五条【修复措施】 医保支付资格管理对象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。

修复途径包括：线上线下学习培训，现场参与医保政策宣传活动、飞行检查、专项检查等。

（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。各级医疗保障经办机构可根据修复申请情况，围绕医保基金使用法律法规、规章政策等，组织线上或线下学习培训及考试。医保支付资格管理对象通过线上或线下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。其中，70-80 分减免 1 分，81-90 分减免 2 分，91-100 分减免 3 分。

（二）医保支付资格管理对象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，最多不超过 3 分。

（三）相关责任人员可通过实名投诉举报修复，查实存在一

般违规情形造成医保基金损失的，减免 1 分；查实存在欺诈骗保情形的，减免 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。修复措施不可跨年使用。

第十六条【资格恢复】 相关责任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。医疗保障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。

通过评估的，恢复相关责任人员医保支付资格，医疗保障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。

第十七条【配套措施】 各级医疗保障部门应当将定点医药机构医保支付资格对象管理情况纳入服务协议管理，年度考核范围及医疗保障信用管理体系。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。

各级医疗保障部门应当建立信息报送制度，定期将定点医药机构医保支付资格管理对象记分和处理情况通报同级卫生健康主管部门、药品监管部门。药品监管部门应将医保支付资格管理情况与药店信用分级挂钩，形成监管合力。

各级卫生健康部门、药品监管部门发现医保定点医药机构存在涉嫌违反医保相关规定的，或者对相关机构、相关人员的检查处理情况，应当定期通报同级医疗保障部门，医疗保障部门应当根据医保相关法律法规进行监督检查，医疗保障经办机构应当根据检查结果，按照本通知规定做好定点医药机构医保支付资格记分管理。

各级医疗保障部门应鼓励支持社会力量参与医保支付资格管理工作，积极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。

各级医疗保障部门要高度重视医保支付资格管理工作，加强组织领导，健全工作机制，确保政策落地落效。要加大政策宣传解读力度，强化舆情监测和舆论引导，合理引导社会预期，确保政策稳妥推进。

第十八条【附则】 本细则自印发之日起实施，各级医疗保障部门要根据本实施细则要求，将相关责任人员纳入记分管理，确保平稳落地。

江西省医疗保障局办公室

2025 年 1 月 23 日印发

责任处室单位：基金监管处

校稿人：程 炫