

张掖市医疗保障局
张掖市卫生健康委员会文件
张掖市市场监督管理局

张医保发〔2025〕11号

关于转发《甘肃省定点医药机构相关人员医保支付资格管理工作实施细则》的通知

各县区医保局、卫生健康局、市场监管局，市医保事务中心：

现将省医保局、省卫健委、省药监局印发的《甘肃省定点医药机构相关人员医保支付资格管理工作实施细则》转发你们，请结合工作实际，认真抓好贯彻落实。

张掖市医疗保障局

张掖市卫生健康委员会

张掖市市场监督管理局

2025年3月13日

甘肃省医疗保障局 甘肃省卫生健康委员会 甘肃省药品监督管理局

文件

甘医保发〔2025〕21号

关于印发《甘肃省定点医药机构相关人员 医保支付资格管理工作实施细则》 的通知

各市（州）医疗保障局、卫生健康委、市场监督管理局，甘肃矿区医疗保障局、卫生健康委、市场监督管理局，兰州新区民政司法和社会保障局、教育和卫生健康委（疾病预防控制中心）、市场监督管理局，长庆油田社会保险管理中心，甘肃省医疗保障服务中心：

现将《甘肃省定点医药机构相关人员医保支付资格管理制

度实施细则》印发你们，请结合工作实际，认真抓好贯彻落实。
执行过程中的问题请及时反馈省医疗保障局。



(此件主动公开)

甘肃省定点医药机构相关人员 医保支付资格管理工作实施细则

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，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）《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），制定本实施细则。

第二条 本细则适用于医疗保障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，主要包括：责任分工、协议管理、服务承诺、登记备案、记分规则、异议申诉、管理措施、整改修复、审核结算等。

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，提升治理效能；坚持公开透明，接受各方监督。

第四条 本细则所涉及相关人员主要包括以下两类机构的相关人员：

1. 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；

2. 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）和相关专业技术人员（含执业药师）。

第二章 责任分工

第五条 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，指导统筹地区医疗保障经办机构开展相关人员医保支付资格管理。按照国家医保信息平台统一建设要求，健全完善医保支付资格管理模块，配置支付资格管理规则，推动健全工作标准和信息化工具，实现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将相关人员医保支付资格管理情况纳入部门联席会议制度重要内容，及时将相关人员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。建立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；对于系统权限设置专人管理，负责用户账号管理、用户角色权限分配和维护，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。将医疗保障经办机构落实支付资格管理工作纳入监督检查范围，规范指导医疗保障经办机构做好相关人员医保支付资格管理工作。积极动员行业协会等组织力量和医保基金社会监督员等参与监督工作，发挥各自优势，促进形成社会共治格局，确保基金安全。

各级医疗保障经办机构负责辖区内相关人员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。建立相关人员“一医一档”制度，全面记录相关人员记分情况及遵守医保相关法律法规情况，并定期向医疗保障行政部门报送。对药品监管部门查处并移送医疗保障行政部门的零售药店违法行为，依据规定采取有效措施规范相关定点零售药店医保支付资格管理。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。

第六条 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及医疗器械销售行为的监督检查，依法对医疗保障部门移送的定点零售药店主要负责人、执业药师等负责医保费用结算审核相关人员的记分与处理情况涉及违反《中华人民共和国药品管理法》《医疗器械监督管理条例》的行为进行调查处理。定期将查处的零售药店违法行为通报同级医疗保障行政部门。

第八条 定点医疗机构、定点零售药店要压实主体责任，建立相应内控管理制度，加强内部管理和考核，承担本机构相关人员医疗保障相关法律法规和政策知识培训等工作。要加强信息化建设，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。

第三章 协议管理

第九条 各级医疗保障经办机构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定点医药机构相关人员医保支付资格管理情况纳入协议管理、年度考核范围及医药机构诚信管理体系，相关工作落实情况与年度考核、内部通报、协议续签等激励约束管理制度挂钩。对发现定点医药机构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、扣减考核分数等管理措施。

第十条 各级医疗保障经办机构应当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、登记备案表、记分处理通知书、记分修复申请书、陈述申辩书、记分恢复申请书、记分情况抄告书等文书，分别做好记分管理、信息核查、记分修复等工作，加强医保基金审核结算管理。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。

第十一条 医疗保障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（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。

第十二条 各级医疗保障经办机构应当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、预付金挂钩。

第十三条 各级医疗保障经办机构应当定期核查相关人员登记备案状态，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。

第四章 服务承诺

第十四条 医疗保障经办机构在与医药机构签订医疗保障服务协议时，应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。

第十五条 定点医药机构在签订医保服务协议后，应当及时组织相关人员通过签署服务承诺书等形式作出服务承诺；定点医药机构新增相关人员时，需同步签署服务承诺书，并及时将相关人员服务承诺情况报送所在地医疗保障经办机构。

第十六条 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。

第十七条 相关人员出现违反服务协议、违背服务承诺的行为，医疗保障经办机构可按照记分规则对相关人员进行记分，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）。

第五章 登记备案

第十八条 定点医药机构应完整准确及时为相关人员登记备案。各级医疗保障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。

第十九条 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医保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。

第二十条 经相关行政部门许可多点执业的相关人员，应当分别由其执业所在定点医药机构进行登记备案。相关人员执业机构发生变化的，要按照规定程序重新进行登记备案，并累计记分。

第二十一条 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，定点医药机构应当及时在动态维护窗口进行信息更

新（取消登记备案）。

第二十二条 定点医药机构对相关人员进行登记备案应做到信息全面、及时准确、动态更新；登记备案内容包括但不限于：相关人员代码、姓名、身份证号、定点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。

第二十三条 定点医药机构相关人员经首次登记备案，状态即为正常。定点医药机构应当根据医疗保障经办机构记分结果，对相关人员的登记备案状态进行动态维护。

第二十四条 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、记费服务等，各级医疗保障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，各级医疗保障经办机构不予结算，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，各级医疗保障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。

第二十五条 相关人员登记备案暂停状态期限已满，可恢复登记备案，状态终止后符合相关条件的，亦可重新登记备案。

第二十六条 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》等相关法律法规规定开展执业活动。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。

第二十七条 卫生类专业技术人员及执业药师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，各级医疗保障经办机构不予结算与其相关的医保费用。

第二十八条 各级医疗保障部门不得设置行政许可等规定，提高医保支付资格管理登记备案条件。

第六章 记分规则

第二十九条 定点医药机构相关人员医保支付资格管理实行记分制。每个自然年度初始总分为0分，由医疗保障经办机构根据涉及的支付资格管理相关人员发生的违规行为进行相应记分，最高记分12分。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。

第三十条 记分以行政处罚、协议处理作出时为记分时间点。各级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。记分载入相关人员“一医一档”数据库，

实现跨机构跨区域联动、全省共享可查。

第三十一条 医疗保障行政部门、医疗保障经办机构对违法或违反服务协议定点医药机构的相关责任人员，应当在对定点医药机构作出行政处罚或协议处理的基础上，按照《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规或医疗保障服务协议明确的具体违法违规行为，根据行为性质和负有责任程度等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。确定相关责任人员责任应当充分听取定点医药机构合理意见及当事人的陈述、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。

第三十二条 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。

第三十三条 在同一次监督检查中，发现涉及医保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。同一负面情形，对一般责任者、重要责任者、主要责任者应当在记分档次内从低到高同时记分，涉及不同负面情形的按最高分值记分；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。

第三十四条 对一般责任者、重要责任者、主要责任者分别记1-3分的负面情形：

（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）款“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）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；

（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，被医疗保障部门通报的；

（三）相关人员所在定点医药机构或科室违反《医疗保障基金使用监督管理条例》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予行政处罚，该人员负有责任的；

（四）其他应记1-3分的情形。

第三十五条 对一般责任者、重要责任者、主要责任者分别记4-6分的负面情形：

（一）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《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条和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。

第三十六条 对一般责任者、重要责任者、主要责任者分别记7-9分的负面情形：

（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。

第三十七条 对一般责任者、重要责任者、主要责任者分别记10-12分的负面情形：

（一）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《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）相关人员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 异议申诉

第三十八条 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动态维护结果存在异议的，应当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。

第三十九条 医疗保障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，医疗保障经办机构对作出的处理结果进行解释说明。仍有异议的，移交由本级医保行政部门处理。

第四十条 医保行政部门应当建立健全争议处理机制，对医疗保障经办机构移交的存在争议的专业问题，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。

第四十一条 确认申诉结果后，医疗保障部门应当及时将结果书面告知相关定点医药机构和相关人员。确需修改处理结

果的，医疗保障经办机构应当及时调整记分情况，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，医疗保障经办机构应当告知原因。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。

第八章 管理措施

第四十二条 定点医药机构或部门（科室）被中止医保服务协议、中止（责令暂停）涉及医保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服务协议的，应一并将相关责任人员登记备案状态调整为终止。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，不影响其在其他定点医药机构执业（就业）的医保支付资格。

第四十三条 医疗保障经办机构依据一个自然年度的记分情况，应对相关人员采取以下措施：

（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，并留存记录。

（二）记分累计达到4-6分，由医疗保障经办机构进行谈话

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，由医疗保障经办机构向相关责任人所在定点医药机构进行通报。

（四）记分累计达到9分，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。

（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4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6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；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。

第四十四条 各级医疗保障经办机构应当建立信息报送制度，及时向本级医疗保障行政监管部门报送定点医药机构相关人员的记分与处理情况。

第四十五条 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%的，医疗保障经办机构应及时预警提醒，并责令整改；达到30%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（中止）服务协议处理。

第四十六条 医疗保障经办机构在作出协议处理决定或接

到医保行政部门作出的行政处罚文书之日起5个工作日内，根据相关人员记分情况出具处理通知书。

第四十七条 医疗保障经办机构出具协议处理通知书后，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。

第四十八条 医疗保障经办机构会同信息部门完善登记备案状态联动功能。

第四十九条 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。

第五十条 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。

第五十一条 医疗保障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。

第五十二条 定点医药机构应当向相关人员开放登记备案状态、记分等情况查询。在收到相关人员支付资格被暂停、终

止通知书后，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，既起到警示其他医务人员的作用，又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，避免引发医患矛盾，影响正常医疗秩序。

第五十三条 各级医疗保障行政部门应当建立对定点医药机构处理及其涉及人员处理的信息共享、反馈机制。及时将定点医疗机构、定点零售药店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、药品监管部门。

第五十四条 各级医疗保障部门应当加强政策宣传引导，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。

第九章 整改修复

第五十五条 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。医疗保障经办机构收到申请后，应当对相关人员整改情况进行复核，符合修复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。

第五十六条 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、调研督导、实名

举报违法违规使用医保基金行为、参与医疗保障经办机构核查活动等。

（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，一个年度内可获得一次修复，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。各级医疗保障经办机构可结合修复申请情况，围绕医保基金使用法律法规、规章制度等，定期组织开展线下学习培训及考试，修复标准与线上修复标准一致。原则上自2026年起，学习培训修复全部采用线上进行。

（二）相关人员可通过积极参与国家、省级医保行政部门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、调研督导等活动进行修复，每有效参与一次，减免1分，最多不超过3分。

（三）相关人员可通过实名举报违法违规使用医保基金行为进行修复，经医疗保障行政部门核实，获得举报奖励的得3分。最多不超过3分。

（四）相关人员可通过协助省、市级医疗保障经办机构开展医保基金使用核查等活动进行修复，每有效参与一次，减免1分，最多不超过2分。

修复记分后，涉及登记备案状态调整的，可缩短暂停或终

止时限1个月。

第五十七条 相关责任人员登记备案状态暂停、终止期满前15个工作日，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，报属地医疗保障经办机构。医疗保障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相关人员及其所在定点医药机构，确保相关人员登记备案状态暂停、终止期满后，对符合条件人员及时恢复医保支付资格。

第五十八条 通过评估的，及时恢复相关人员医保支付资格，由医疗保障经办机构应当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。

第五十九条 未通过评估的，由医疗保障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。对评估结果存在异议的，定点医药机构可向属地医保行政部门提出申诉。

第十章 审核结算

第六十条 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与医保基金使用相关的医药服务。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暂停或终止医保支付资格后发生的医保结算费用，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。

第六十一条 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。

第六十二条 各级医疗保障经办机构应当做好定点医药机构申报费用初审、复审两级审核。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。

第六十三条 各级医疗保障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结算费用，涉及被暂停或终止医保支付资格的相关人员的医保费用时，应当不予支付相关费用，急诊、抢救等特殊情形除外。已支付的，应当追回相关费用。

第十一章 附 则

第六十四条 本实施细则由甘肃省医疗保障局负责解释，自印发之日起实施，有效期为5年。

抄送：国家医疗保障局基金监管司。

甘肃省医疗保障局办公室

2025年3月7日印发