附件

贵州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）

（征求意见稿）

第一章 总 则

**第一条** 为进一步做好医疗保障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《中华人民共和国社会保险法》（主席令第35号）《中华人民共和国医师法》（主席令第94号）《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”）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，以下简称指导意见），结合我省实际，制定本实施细则。

**第二条** 本细则适用于医疗保障经办机构（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**  坚持依法依规、客观公正，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，提升管理效能；坚持公开透明，接受各方监督；坚持全面纳入，分层次推广。

**第四条** 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）和相关工作人员。

第二章 职责分工

**第五条** 省医疗保障部门统筹推进全省定点医药机构相关人员医保支付资格管理工作，指导统筹地区医疗保障部门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，开发相关人员医保支付资格管理模块，配置智能审核和监控规则，推动健全工作标准和信息化管理工具，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。

**第六条** 各级医疗保障部门应根据指导意见和实施细则，结合本地实际，分级分类分步骤稳妥推进本行政区域内相关人员医保支付资格管理试点工作，做好政策宣传解读和舆论引导工作，并负责督促指导经办机构做好相关人员医保支付资格管理经办落地实施工作，加强对经办机构落实支付资格管理工作的监督管理。此外，各级医疗保障部门需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、市场监督管理部门，其中省级向省卫生健康委和省药品监督管理局反馈。

**第七条** 各级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，形成记分载入相关人员“一医一档”数据库，并定期向同级医疗保障行政部门报送。对违法或违反服务协议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或协议处理的基础上，根据行为性质和负有责任程度等对相关责任人员进行记分，当记分达到一定分值，暂停或终止相关责任人员医保支付资格和费用结算。

**第八条** 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的记分和处理情况进行后续处理。

**第九条** 省药品监督管理局和市、县两级市场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（药械）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及相关工作人员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。定期将查处的零售药店违法行为通报同级医疗保障部门，经办机构依据规定采取有效措施规范相关零售药店医保支付资格管理。

**第十条** 各定点医药机构要压实主体责任，建立内部管理制度，健全相关人员医保支付资格内控制度，落实对涉及医疗保障基金使用的相关人员的管理要求，承担本机构医疗保障相关法律法规和政策的培训；按照国家、省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工作；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。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。

第三章 协议管理

**第十一条** 相关人员按照其执业（就业）的定点医药机构与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。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。

**第十二条**  经办机构应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范围，相关工作落实情况与协议续签等挂钩。

**第十三条**  经办机构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、记分处理通知书等文书，做好记分管理、信息核查等工作，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。

**第十四条**  经办机构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挂钩。

第四章 登记备案

**第十五条** 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，维护本机构相关人员信息，完成登记备案。登记备案内容包括：医保相关人员代码、姓名、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、登记备案状态等。

**第十六条** 经办机构指导辖区内定点医药机构按照要求做好登记备案相关工作。

（一）登记备案应做到信息全面、及时准确、动态更新。

（二）定点医药机构应当对已作出服务承诺的相关人员开展登记备案相关工作，并取得全国统一的医疗保障信息业务编码。

（三）经相关行政部门许可多点执业的医师应当分别由其执业所在定点医疗机构进行登记备案。医师执业机构发生变化的，要按规定程序重新进行登记备案。

（四）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。

**第十七条** 登记备案状态包括：正常、暂停、终止。

定点医药机构应当根据经办机构记分结果，对相关人员的登记备案状态进行动态维护。

（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、计费服务等，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）登记备案状态暂停的相关责任人员暂停期内提供服务发生的医保费用不予结算，急诊、抢救等特殊情形除外。

（三）登记备案状态终止的相关责任人员，终止其提供服务发生的医保费用结算。

（四）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》等相关规定开展执业活动。定点医药机构要妥善做好工作交接，不得影响参保人员正常就医和医保费用结算。

**第十八条** 在一家定点医药机构登记备案状态为暂停或终止的多点执业医师，在其他定点医药机构的登记备案状态也同时为暂停或终止。

**第十九条** 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，应一并将相关责任人员登记备案状态调整为暂停；定点医药机构或部门（科室）暂停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；定点医药机构被解除服务协议，应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的执业（就业）。

**第二十条** 登记备案状态暂停、终止期满后，经相关人员提出申请，并通过经办机构评估，由医药机构维护为正常状态。

第五章 服务承诺

**第二十一条** 经办机构在与医药机构签订医疗保障服务协议时，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。

**第二十二条** 定点医药机构在签订医保服务协议后，7个工作日组织相关人员通过签署服务承诺书等形式作出服务承诺。

**第二十三条** 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。

**第二十四条** 相关人员出现违反服务协议、违背服务承诺等行为，经办机构可根据规定，参照记分标准对相关人员记分。

第六章 记分管理

**第二十五条** 记分以行政处罚、协议处理作出时为记分时点。相关人员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。

**第二十六条** 经办机构对违法或违反服务协议的定点医药机构的相关责任人员，根据行为性质和负有责任程度等对相关责任人员进行记分。

（一）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。

（二）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。

（三）多点执业的医师在各执业点记分应累积计算。

**第二十七条** 根据国家相关政策规定，依据规则执行情况，在保持总体稳定的前提下对记分规则动态调整（记分规则详见附件）。

**第二十八条**  经办机构依据记分情况，对涉及医疗保障基金使用的医务人员采取相应管理措施：

（一）一个自然年度内记分累计达到3至8分，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，由定点医药机构进行谈话提醒，定期组织医保政策法规和医保知识学习培训。

（二）一个自然年度内记分累计达到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；一个自然年度内记分累计达到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；一个自然年度内记分累计达到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。

（三）一个自然年度内记分累计达到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。

（四）单次记分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。

**第二十九条** 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本机构登记备案人数的20％及以上50%（不含）以下的，给予暂停拨付医保基金处理；达到50％及以上的，给予中止服务协议处理，中止时间原则上不得超过180日。

**第三十条** 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，7个工作日将相关人员支付资格被暂停、终止情况进行有效标识，并通过大屏、公示栏、挂号平台等方式在一定范围公开，确保患者及其家属在挂号、就医或医疗服务过程前充分知晓，明确告知该人员提供的医药服务，医保基金不予支付。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，避免引发医患矛盾，影响正常医疗秩序。

**第三十一条**  记分原则。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）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。

（二）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。

（三）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。

第七章 结算清算

**第三十二条**  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其暂停或终止医保支付资格后发生的医保结算费用，其中被暂停的，急诊、抢救等特殊情形除外。

**第三十三条** 经办机构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。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。

**第三十四条** 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，不予支付相关费用。已支付的，应追回相关费用（第三十二条规定的特殊情形除外）。

第八章 修复恢复

**第三十五条** 医保经办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。

**第三十六条** 各级医疗保障部门应当畅通异议申诉渠道，受理定点医药机构及其相关人员对记分结果、登记备案状态动态维护异议提出的陈述、申辩，明确答复、修正时限，依法维护相关责任人员合法权益。对存在争议的专业问题，应组织第三方专业机构或专家组进行评估鉴定，确保公平公正合理。

**第三十七条** 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，报属地经办机构。经办机构收到申请后，根据实施细则对相关人员整改情况进行复核，对积极改正、主动参与本机构医保管理工作的可以采取减免记分、缩减暂停或终止期限等修复措施。

**第三十八条** 修复途径包括：线上线下学习培训和现场参与医保政策宣传活动、飞行检查、专项检查等。

（一）省级医保经办机构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，根据考试成绩减免1—3分。各级经办机构结合修复申请情况，围绕医保基金使用法律法规、规章政策等，定期组织线下开展学习培训及考试，修复标准与线上修复标准一致。

（二）相关人员可通过积极参与国家、省、市（州）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、参与医保调研等活动进行修复，每有效参与一次，减免1分，最多不超过3分。

第九章 监督激励

**第三十九条** 医疗保障部门依法对相关人员医疗服务行为以及遵守医疗保障法律法规的情况实施监管。

**第四十条** 经办机构要充分发挥社会监督作用，通过设立意见箱、公布监督投诉电话、开展网络调查、发放调查问卷等监督措施，及时掌握相关人员为参保人员服务的情况。定点医疗机构应当向社会公开监督方式，接受医疗保险参保人员和社会各界的监督。

第十章 附 则

**第四十一条** 本实施细则自2025年 月 日起试行。

附件：贵州省定点医药机构相关人员医保支付资格管理记分

规则

附件

贵州省定点医药机构相关人员

医保支付资格管理记分规则

（2025年版）

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，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。

（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。

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，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：

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。

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，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：

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。

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，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。

（二）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）相关人员对医保部门组织的自查自纠工作，未按照国家、省自查自纠清单开展自查的。

五、欺诈骗取医保基金，被医疗保障部门依据《条例》第四十条等法律法规条款进行处理的，对一般责任者、重要责任者、主要责任者，一次记12分。