附件1

青海省医疗保障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 为贯彻落实党的二十届三中全会精神，进一步规范定点医药机构相关人员的医保服务行为，加强相关人员医保支付资格管理，促进医疗保障基金合理使用，维护医疗保障基金安全，按照《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，根据《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》（国保发〔2024〕23号）精神，结合我省实际，制定本细则。

第二章 对象范围

第二条 本实施细则所称医保支付资格管理对象，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及该药店的执业药师）。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，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。

第三条 医保支付资格相关人员应具备下列条件：

（一）取得医师执业证书（包括助理医师）、乡村医生执业证书、中医（专长）医师执业证书、护士资格证书、执业药师资格、医疗技术人员资格，并按照规定进行注册。

（二）在定点医药机构负责医疗费用和医保结算审核岗位工作的相关工作人员。

（三）具有良好的职业道德和医药执业水平，没有发生过重大违法违规行为。

（四）愿意为参保人员提供基本医疗保险、生育保险等医药服务，能自觉遵守各项医疗保障制度和政策规定，自觉履行定点医药机构服务协议的各项规定。

（五）参加医保政策法规及相关知识培训。

第三章 部门职责

第四条 定点医药机构职责

（一）应当制定本单位医保支付资格相关人员管理制度，并负责本单位医保支付资格相关人员日常管理工作。

（二）负责本单位医保支付资格相关人员的数据维护工作，新增、注销、注册等变化情况做到全量维护，及时入库、同步更新、动态管理，确保医保支付资格相关人员信息档案库数据准确、有效。

（三）对本单位医务人员进行医保政策培训，每年原则上不少于2次。

（四）对医保支付资格相关人员的违法违规违约行为，应加强自我管理、自查自纠，并如实上报所在地医保经办机构，配合做好相关人员的责任认定和处理工作。

（五）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。

（六）其他应由定点医药机构负责的事项。

第五条 医保支付资格相关人员职责

（一）遵循因病施治原则，合理检查、合理治疗、合理用药、规范照护。

（二）优先选用医保目录内项目或集中采购药品耗材；严格执行国家、省级政策规定支付范围和支付标准；对目录外药品、耗材、诊疗服务项目和医疗服务设施，使用前应向参保人员或者其家属说明并经其同意（急诊、抢救等特殊情形除外）。

（三）核验参保人员身份信息，做到人证相符，防止冒名等。

（四）规范书写医疗文书，确保诊疗记录及时、真实、准确、完整。

（五）严格入、出院标准，不得推诿、拒收参保人员。

（六）其他按规定应当履行的职责。

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，依法对医疗保障行政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。

第七条 各级药品监督管理部门落实属地监管责任，加强本行政区域内定点零售药店药品销售行为的监督检查，依法对医疗保障行政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。

第八条 各级医疗保障经办机构负责定点医药机构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。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。对违法或违反服务协议约定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，由作出处理的部门认定相关责任人员的责任（即作出行政处罚后由行政部门认定相关责任人员的责任，作出协议处理后由经办机构认定相关责任人员的责任），确定相关责任人员应充分听取定点医药机构合理意见。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。

第四章 登记备案

第九条 各级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、医保结算等医保支付资格管理流程，加强基金审核结算全流程管理。

（一）申请医保支付资格的相关人员由定点医药机构负责将相关信息如实上传至国家医保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，进行登记备案，取得国家医保相关人员代码（通过“贯标”已完成）。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。

（二）由登记备案状态正常的相关人员为参保人提供医药服务，其执业（就业）的定点医药机构按规定申报医保费用；登记备案状态暂停或终止的相关人员为参保人提供的医药服务，医保费用不予结算。定点医药机构应对相关人员进行有效标识，在一定范围内公开，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。

（三）登记备案内容包括：国家医保相关人员代码、姓名、医药机构名称及代码、医保区划、执业类型、执业范围、专业技术职务、登记备案状态等。

（四）定点医药机构按以下要求对相关人员进行登记备案：

1.登记备案应做到信息全面、及时准确、动态更新；

2.定点医药机构应当通过动态维护窗口，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疗保障信息业务编码；

3.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；

4.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；

5.登记备案暂停状态期限已满，恢复登记备案；

6.终止后符合相关条件重新登记备案。

（五）登记备案状态包括：正常、暂停、终止。

相关人员经首次登记备案，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。

（六）定点医药机构为参保人提供医药服务后，按规定向医疗保障经办机构申报医保费用。

1.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，其执业（就业）的定点医药机构按规定向经办机构申报医保费用；

2.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；

3.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；

4.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；

5.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；

6.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）；

7.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 记分管理

第十条 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，按记分标准对相关责任人员记分，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。

（一）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。记分档次分为1—3分、4—6分、7—9分、10—12分。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在各定点零售药店记分应累积计算。记分以行政处罚、协议处理作出时为记分时点。

（二）涉及医疗保障基金使用的相关责任人员应综合考虑违法违规行为涉及医保基金金额、行为性质、涉及相关人员数量等因素，对涉及金额较高、性质恶劣相关责任人员进行记分。

（三）记1—3分情形。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，在一个自然年度内，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“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”，该人员负主要责任的；

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；

3.其他应记1—3分的情形：

（1）分解住院、挂床住院的；

（2）违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要医药服务的；

（3）违反收费规定重复收费、超标准收费、分解项目收费的；

（4）串换药品、耗材、诊疗项目和服务设施的；

（5）经查实为推诿或拒诊参保人员，或者违反出院指征提前或延迟出院的；

（6）对个人自费药品、耗材、医疗服务项目等，未履行告知义务的（急诊、抢救等特殊情形除外）；

（7）未遵循医保服务协议相关规定及处方管理办法违规开药，或者违反医师开药权限，出院超规定带药、带检查或治疗项目的；

（8）门诊、住院病历和处方等医疗记录不清晰、不规范、不完整的行为。

（四）记4—6分情形。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，在一个自然年度内，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，该人员负主要责任的；

2.其他应记4—6分的情形：

（1）未严格执行支付方式政策要求，采用高套病种、诊断升级、增加诊断等手段造成医保基金损失的；

（2）未认真核实住院患者身份，造成冒名就医的；

（3）对因意外伤害就诊的参保人员，未如实记载受伤原因和受伤经过的行为。

（五）记7—9分情形。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，在一个自然年度内，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、 终止的相关责任人员冒名提供医保费用结算的；

2.其他应记7—9分的情形：

（1）拒绝、阻挠或者不配合医保部门开展必要监督检查的；

（2）被卫生健康、市场监管、药品监管、综合执法等相关行政部门给予行政处罚的；

（3）被媒体公开曝光负面新闻的；

（4）借用、套用或出借医保代码的行为。

（六）记10—12分情形。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，在一个自然年度内，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《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；

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：

（1）被卫生健康部门吊销执业证书，或者注销注册、收回执业证书的；

（2）其他严重违反医保政策规定，危害参保人员权益或者造成重大医保基金损失的行为。

（七）责任认定原则。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：

1.一般责任者，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；

2.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；

3.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；

4.对同一医保基金使用违法违规负面情形一般责任者、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。

第六章 监督管理

第十一条 定点医药机构应当根据经办机构作出的记分结果和暂停、终止处理措施，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）一个自然年度内累计达到6分的，定点医药机构将其纳入重点监管对象。及时开展提醒、谈话。

（二）一个自然年度内记分达到9分，定点医药机构对其进行约谈、警告。登记备案状态应当维护为暂停，期限为1个月以上6个月以下。

（三）一个自然年度内记分达到12分，定点医药机构内部进行通报、登记备案状态应当维护为终止。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。

第十二条 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％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 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及对医保支付资格相关人员的违规行为及处理结果，医保经办机构应书面通知其所在单位。

第十四条 对其处理结果有异议的，由所在单位向属地医保经办机构进行意见反馈，医保经办机构根据提供的佐证材料作出处理决定；对医保经办机构作出的处理决定仍有异议的，可在接到书面通知后10个工作日内由所在单位向属地医保行政部门提出书面异议，医保行政部门按规定作出处理。逾期未申诉的，视为放弃。对存在争议的专业问题，应交由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。

第十五条 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。

第十六条 各级医疗保障行政部门将相关人员医保支付资格纳入监管，对服务承诺、登记备案、记分管理、登记备案状态维护、异议申诉等进行监督管理，对医疗保障经办机构进行指导和监督。

第七章 修复恢复

第十七条 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）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。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的，年度内可获得一次修复。根据学习情况，减免1-3分。

（二）医保支付资格管理对象可通过积极参与国家、省、州、县级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、抽查复查等活动进行修复，每有效参与一次，减免1分，最多不超过3分。

（三）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。

第十八条 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，应当在指定日期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。其中，暂停资格恢复的，一个自然年度内记分累计计算；终止资格恢复的，需重新登记备案。

第八章 配套措施

第十九条 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。

第二十条 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。

第二十一条 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。

第二十二条 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。

第二十三条 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 附则

第二十四条  本细则自2025年\*月\*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。