云南省基本医疗保险定点医药机构

医保支付资格管理实施细则

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为进一步加强定点医药机构管理，规范医药服务行为，切实维护参保人员基本医疗权益，维护医保基金安全，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》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《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）等法律法规、政策文件，结合云南省基本医疗保险具体实际，制定本实施细则。

第二条 本实施细则适用于医保部门对医疗保障定点医药机构相关人员的医保支付资格管理工作，主要包括管理对象、服务承诺、登记备案、记分规则、记分运用、修复恢复、异议申诉等。

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，提升管理效能；坚持公开透明，接受各方监督。

第二章 管理对象和职责

第四条 医保支付资格管理对象主要包括两类：

（一）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）定点零售药店为参保人提供使用基金结算的医药服务的负责人（即药品经营许可证上的法定代表人、主要负责人、质量负责人）及门店负责人。

第五条 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，为参保人提供医药服务，并纳入医保监管范围。相关人员被吊销执业证书、资格证书的，取消医保支付资格。

第六条 取得医保支付资格人员应履行以下职责：

（一）主动接受医保政策、业务培训，掌握医保药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围和支付标准，自觉履行医保服务协议；

（二）坚持因病施治的原则，合理收治、合理检查、合理治疗、合理用药、合规收费；

（三）规范书写医疗文书，确保医疗记录客观、真实、准确、及时、完整；

（四）执行就医、购药实名制管理制度，认真核验参保人员身份信息，做到人、证、卡、码相符；

（五）坚持首诊负责制和逐级转诊制，不推诿、拒收参保患者，不以任何借口让参保人员提前或延迟出院；

（六）使用目录外药品、诊疗项目和医疗服务设施时，事先向参保人员或其家属说明并经其书面同意，急诊、抢救等特殊情形除外；

（七）协助医疗保障行政部门对医疗、医药服务行为的规范性、合理性、真实性进行审核、核查，提供真实数据及凭证；

（八）其他按规定应当履行的职责。

第三章 服务承诺

第七条 获得医保支付资格的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。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。

## 第八条 医保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。

第九条 定点医药机构在签订医保服务协议后，5个工作日内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。定点医药机构及时将相关人员服务承诺情况报医保经办机构。

第四章 登记备案

第十条 在与医保经办机构签订服务协议后，定点医疗机构需登录国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台，分别进入“医保医师代码、医保护士代码、医保药师代码、医保医技人员代码”等数据库对相关人员信息进行维护，取得全国统一的医保信息业务编码。定点零售药店需登录国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台，在“定点零售药店代码”数据库内维护主要负责人（即药品经营许可证上的法定代表人、主要负责人、质量负责人）及门店负责人等相关人员的准确信息。

第十一条 定点医药机构应在相关人员信息及机构协议状态发生变更后及时登录国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台进行登记备案。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。

第十二条 定点医药机构按以下要求对相关人员进行登记备案：

（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；

（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，定点医药机构应在10个工作日内动态维护窗口进行信息更新；

（五）登记备案暂停状态期限已满，系统恢复登记备案；

（六）终止后符合相关条件重新登记备案。

第十三条 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。根据累计记分结果，登记备案状态对应调整。

第十四条 定点医药机构为参保人提供医药服务后，按规定向经办机构申报医保费用。

（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，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；

（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。

第十五条 医师多点执业的，在一家定点医药机构登记备案状态为暂停或终止，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。

第十六条 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）。

第十七条 登记备案状态暂停、终止期满后，经相关人员提出申请，并通过医保经办机构评估，由医药机构维护为正常状态。

第五章 记分规则

第十八条 医保支付资格实行医疗服务违规行为积分管理，每个自然年度初始分值为12分，根据涉及支付资格管理人员发生的违规行为进行相应的记分，记分在自然年度内累加计算，不跨年累计，下一自然年度自动清零。

第十九条 记分档次分四档，分别为1—3分、4—6分、7—9分、10—12分。

第二十条 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。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。记分以行政处罚、协议处理作出时为记分时点。

第二十一条 记分时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、性质较恶劣相关责任人员进行记分。

第二十二条 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：

（一）相关人员所在定点医药机构违反医保服务协议，按照医保协议约定需支付违约金，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；

（三）其他应记1—3分的情形。

第二十三条 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：

（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、第三十九条作出行政处罚的，该人员负有责任的；

（二）其他应记4—6分的情形。

第二十四条 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：

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；

（二）其他应记7—9分的情形。

第二十五条 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《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条作出行政处罚的，该人员负有责任的。

（二）其他应记10—12分的情形。

第二十六条 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）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。

第二十七条 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 记分运用

第二十八条 医保经办机构负责对相关人员违反服务协议、违背服务承诺的行为记分，并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）。

第二十九条 定点医药机构应当根据医保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人员采取相应管理措施：

（一）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；

（二）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；

（三）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；

（四）记分达到12分，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。

第三十条 医保经办机构根据医保支付资格记分情况对涉及医疗保障基金使用的人员按以下情形处理：

（一）在一个自然年度内，累计记分在9分以下的，由所在统筹地区医保经办机构对其所在定点医疗机构进行提醒，并要求定点医药机构对相关人员开展政策法规和医保知识学习；

（二）在一个自然年度内，累计记分为9—11分的，由所在统筹地区医保经办机构对其进行约谈告诫，在一定范围内予以通报并组织政策法规和医保知识学习；

（三）一个自然年度内记分达到12分或一次性记满12分的，在统筹地区内予以通报，并将记分和处理情况移送卫生行政主管部门或药品监督管理部门处理。

## 第三十一条 一个自然年度内登记备案状态为暂停或终止的人员达到30%以上50%以下的定点医疗机构，给予暂停拨付医保费用处理；登记备案状态为暂停或终止的人员达到50%以上（含50%）的，给予中止医保协议处理。

第三十二条 涉及暂停、终止医保支付资格，须提前书面告知定点医药机构，定点医药机构要妥善做好医保患者治疗、服务交接工作，不得贻误治疗。

第七章 修复恢复

第三十三条 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，报所属地医保经办机构。医保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，符合规定的可以采取减免记分、缩短暂停期限等修复措施。

 第三十四条 相关人员可以通过下列修复途径减免记分，同时满足以下两个条件的可以减免记分1—2分。一个自然年度内记分达到12分及一次性计满12分的人员除外。

 （一）参加医保部门组织的医保政策制度宣传等活动。

 （二）认真学习《医疗保障基金使用监督管理条例》、医保政策和医保服务协议，并通过医保部门组织的考试的。

第三十五条 相关人员可以通过下列修复途径缩减暂停期限，同时满足以下两个条件的可以减免缩短时限1—3个月。一个自然年度内记分达到12分及一次性计满12分的人员除外。

 （一）参加医疗保障行政部门组织的基金监管飞行检查、专项检查等活动。

（二）认真学习《医疗保障基金使用监督管理条例》、医保政策、医保服务协议，并通过医疗保障行政部门组织的考试。

## 第三十六条 相关责任人员登记备案状态暂停、终止期满10个工作日前，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，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。

第三十七条 通过评估的，恢复相关人员医保支付资格，医保经办机构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，暂定资格恢复的，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。

## 第三十八条 未通过评估的，医保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疗保障行政部门提出申诉。

第八章 异议申诉

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

## 第四十条 医保支付资格记分情况，由医保经办机构出具书面处理通知书，于3个工作日内通知其执业（就业）的定点医药机构，由定点医药机构在3个工作日内告知本人。本人对记分情况有异议的，可在定点医药机构接到书面通知之日起7个工作日以内，由本人向医保经办机构申请复核。医保经办机构可自行或通过第三方机构邀请有关专家、定点医药机构有关人员等对相关情况进一步核实，并在20个工作日内将复核情况书面通知本人。

第四十一条 申诉情况确认后，医疗保障行政部门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，经办机构应及时通知定点医药机构维护登记备案状态；维持原状的，医保经办机构应告知原因。申诉核实工作在收到申诉材料后20个工作日内完成。

第九章 责任分工

第四十二条 各级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，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，规范指导经办机构进行支付资格管理工作，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。

第四十三条 各级医保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，加强医保基金审核结算工作。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，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），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。

第四十四条 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。

第四十五条 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及处理情况涉及《中华人民共和国药品管理法》的行为进行调查处理。

第四十六条 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管理要求，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。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。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。

##  第四十七条 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。

第十章 附 则

第四十八条 涉及医保支付资格管理的人员为生育保险参保人员提供医疗服务的，可参照本实施细则执行。

第四十九条 本实施细则由云南省医疗保障局负责解释。

第五十条 本实施细则自2025年X月X日起执行。