关于印发辽宁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

各市医保局、卫生健康委，各市、沈抚示范区市场监督管理局、营口市营商环境建设局、沈抚示范区行政审批局：

为加强定点医药机构相关人员医保支付资格管理，规范医疗服务行为，确保医保基金合理使用，省医疗保障局、卫生健康委、药品监督管理局制定了《辽宁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，并提出以下要求，请一并贯彻执行。

一、高度重视，统筹推进

各市要高度重视定点医药机构相关人员医保支付资格管理工作，将其作为加强基金监管、提升医疗服务水平的重要措施，积极推动医保基金监管长效机制建设，强化部门协同，明确职责分工，制定时间表、路线图、任务书，责任落实到人。

二、整体规划，分步实施

结合本地实际，按照先定点医疗机构医保医师、护士和定点零售药店主要负责人，后其他医保相关人员的原则，分级分类逐步稳妥推进医保相关人员支付资格管理工作。省级经办机构制定出台全省统一的定点医药机构服务协议。

三、加强宣传，营造氛围

各市要做好医保相关人员支付资格管理政策解读，强化宣传和舆论引导，确保医保相关人员支付资格管理工作平稳有序落地实施。要积极动员行业协会等组织和医保基金社会监督员等力量参与监督工作，发挥各自优势，促进形成社会共治格局，确保基金安全。

辽宁省医疗保障局

辽宁省卫生健康委员会

辽宁省药品监督管理局

2025年2月25日

辽宁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）

第一章 总 则

第一条 为加强全省定点医药机构相关人员医保支付资格管理，规范医药服务行为，增强诚信服务意识，确保医保基金合理使用，保障参保人合法权益，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》（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）、《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）等法律法规规章，以及《国家医疗保障局 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）等政策文件要求，结合我省实际，制定本细则。

第二条 本细则适用于医疗保障行政部门、医疗保障经办机构（以下简称经办机构）对定点医药机构涉及医保基金使用相关人员（以下简称医保相关人员）开展医保支付资格（以下简称支付资格）管理工作。医保相关人员主要包括两类：

(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主要负责人（即药品经营许可证上的主要负责人）。

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）的医保相关人员即可按规定获得支付资格，为参保人提供医药服务，并纳入医保监管范围。

第三条 医疗保障行政部门负责统筹协调推进，规范开展医保相关人员支付资格管理工作，加强对经办机构落实支付资格管理工作的监督检查。

省级医疗保障行政部门指导推动全省医保相关人员支付资格管理工作，加强信息化建设，实现医保相关人员支付资格信息全省贯通，按要求将年度记分、暂停、终止情况向国家医保局备案。

市级医疗保障行政部门结合本地实际，分级分类稳妥推进医保相关人员支付资格管理工作，做好政策解读、宣传和舆论引导。

第四条 经办机构负责辖区内医保相关人员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“一医一档”、结算清算等信息化功能建设，建立信息报送制度，定期向医疗保障行政部门报送医保相关人员的记分与处理情况。

省级经办机构负责督促指导市级及以下经办机构落实经办

规程，开展医保相关人员支付资格管理工作。加强省直医保相关人员支付资格管理。

市级及以下经办机构负责医保相关人员支付资格记分具体实施工作，强化记分结果应用。

第五条 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医保相关人员的记分和处理情况进行后续处理。

第六条 各级药品监督管理部门落实属地监管责任，加强对定点零售药店药品、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、药学类等专业技术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。药品监管部门及时将查处的定点零售药店医保相关人员违法违规行为通报同级医疗保障行政部门。

第七条 定点医药机构负责建立健全内部管理制度，落实对医保相关人员的 management 要求，开展医疗保障法律法规和政策的培训，组织医保相关人员通过签署承诺书等形式作出服务承诺，确保知晓并遵守服务承诺，督促指导医保相关人员遵守法律法规和服务协议。

第二章 协议管理

第八条 经办机构将医保相关人员支付资格管理情况纳入定

点医药机构服务协议管理、年度考核范围及诚信管理体系，对一个自然年度内登记备案状态为暂停或终止的人次超过一定比例的定点医药机构，采取相应惩处措施。对未及时进行支付资格登记备案、动态维护的，以及未及时将行业主管部门暂停医保相关人员执业或注销、吊销执业证书、责令暂停执业活动等情况告知医疗保障部门的定点医药机构，实施扣减绩效考核分数、追回违规费用等惩处措施。

第九条 经办机构应完善定点医药机构服务协议，加强医保相关人员支付资格管理，做好记分管理、信息化建设、登记备案、审核结算等工作，督促定点医药机构及时组织医保相关人员签署服务承诺。健全完善定点医药机构绩效考核机制，将医保相关人员支付资格管理纳入考核范围，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。

第十条 定点医药机构按规定做好医保相关人员登记备案、服务承诺、状态维护、医保费用申报、信息系统对接等工作，鼓励将医保相关人员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。定点医药机构应向医保相关人员开放登记备案状态、记分等情况查询。

定点医药机构在签订服务协议后，5个工作日内组织医保相关人员通过签署服务承诺书等作出服务承诺，及时将服务承诺情况报送经办机构。定点医药机构在与新招聘医保相关人员签订劳动（劳务）合同时，同步签署服务承诺书。

第三章 登记备案

第十一条 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（以下简称，动态维护窗口），及时、准确维护本机构医保相关人员信息，完成登记备案，实施动态更新。经办机构应加强对定点医药机构登记备案等相关工作的指导。

第十二条 定点医药机构通过动态维护窗口，对已作出服务承诺的医保相关人员开展登记备案等工作，取得全国统一的医疗保障信息业务编码。登记备案内容包括：医保相关人员代码、姓名、身份证号、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。

第十三条 经相关行政部门许可多点执业（就业）的医药卫生类专业技术人员等医保相关人员，由其执业（就业）所在定点医药机构进行登记备案。执业（就业）机构发生变化的，按规定程序重新进行登记备案，并累计记分。

第十四条 登记备案状态包括：正常、暂停、终止。

医保相关人员经首次登记备案，登记备案状态为正常。定点医药机构应当根据经办机构记分结果，对医保相关人员的登记备案状态进行动态维护。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）就业医保相关人员，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。

第十五条 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医保相关人员，可以正常开展涉及医保基金使用的医药服务、计费服务等工作。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，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，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》等相关法律规定开展执业活动。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。

第十六条 医药卫生类专业技术人员等医保相关人员必须按规定持续具备行业主管部门执业资格，否则终止支付资格，其提供医药服务发生的医保费用经办机构不予结算。

第十七条 医保相关人员与所在定点医药机构因解除劳动合同、聘用合同、退休关系等，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 个工作日内在动态维护窗口进行信息更新。

第四章 记分规则

第十八条 医疗保障部门全面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，以及医保相关人员数量、责任大小等因素，对涉及医保基金金额较高、性质较恶劣的相关责任人员进行责任认定记分。医疗保障行政部门对定点医药机构作出行政处罚后，应对涉及医保相关人员的责任作出认定；经办机构对定点医药机构作出协议处理后，应对涉及医保相关人员的责任作出认定。

经办机构根据行政处罚或协议处理后的责任认定信息，对相关责任人员记分，记分以行政处罚、协议处理作出时为记分时点。

第十九条 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：

一般责任人，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。

重要责任人，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。

主要责任人，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负责人员。

对同一医保基金使用违法违规负面情形的一般责任人、重要责任人、主要责任人，对应记分档次从低到高记分。对主动交代

情况、如实说明问题、主动挽回损失、消除不利影响的医保相关人员，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。

第二十条 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、主要责任的程度，分别记 1-3 分：

（一）医保相关人员所在定点医药机构受到约谈、暂停拨付费用、不予支付以及协议约定支付违约金等违反服务协议情形，该医保相关人员负有责任的；

（二）执行药品耗材集中带量采购政策中，公立医疗机构医保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，该医保相关人员负有责任的；

（三）医保相关人员所在定点医药机构违反《条例》第三十八条、三十九条被医疗保障行政部门责令改正及约谈，该医保相关人员负有责任的；

（四）其他应记 1-3 分的情形。

第二十一条 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、主要责任的程度，分别记 4-6 分：

（一）医保相关人员所在定点医药机构受到约谈、暂停拨付费用、不予支付以及协议约定支付违约金等违反服务协议情形，

该医保相关人员负有责任累计2次，拒不改正的；

(二) 医保相关人员所在定点医药机构因违反协议约定，被经办机构中止医保服务协议，该医保相关人员负有责任的。

(三) 医保相关人员执业活动因违反《中华人民共和国医师法》《护士条例》《执业药师注册管理办法》等法律法规有关规定，受到卫生健康、药品监督管理等部门行政处罚的（不含注销注册、吊销或撤销卫生专业技术资格证书或执业证书）；

(四) 医保相关人员所在定点医药机构违反《条例》第三十八条、三十九条被医疗保障行政部门作出行政处罚，该医保相关人员负有责任的；

(五) 医保相关人员对医疗保障部门组织的自查自纠敷衍塞责、严重不到位，经医疗保障部门查实，该医保相关人员负有责任的；

(六) 其他应记4-6分的情形。

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，一个自然年度内，根据行为性质和负有一般责任、重要责任、主要责任的程度，分别记7-9分：

(一) 为非登记备案医保相关人员，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) 医保相关人员所在定点医药机构因违反协议约定被解除医保服务协议，但不涉及欺诈骗保行为，该医保相关人员负有责任的；

(三) 医保相关人员所在定点医药机构对医疗保障部门组织的自查自纠, 未按要求开展自查整改, 违法违规问题经医疗保障部门查实, 该医保相关人员负有责任的;

(四) 医保相关人员违反医疗、医保、医药法律法规被刑事处理的;

(五) 其他应记 7-9 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、主要责任的程度, 分别记 10-12 分:

(一) 医保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, 该医保相关人员负有责任的;

(二) 查实有欺诈骗保行为, 被经办机构解除医保服务协议, 该医保相关人员负有责任的;

(三) 医保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;

(四) 其他应记 10-12 分的情形。

第五章 记分结果应用

第二十四条 经办机构依据记分情况, 应对医保相关人员采取以下措施:

(一) 一个自然年度内记分累计达到 3-5 分的, 通知定点医

药机构对相关责任人员进行谈话提醒，组织开展医保政策法规和医保知识培训学习，并作记录；

（二）一个自然年度内记分累计达到 6-8 分的，对相关责任人员进行谈话提醒，定期组织医保政策法规和医保知识学习；

（三）一个自然年度内记分累计达到 9-11 分的，暂停支付资格 1-3 个月；一次性记满 9-11 分的，暂停支付资格 3-6 个月；

（四）一个自然年度内记分累计达到 12 分的，终止支付资格，终止之日起 1 年内不得再次登记备案；一次性记满 12 分的，终止支付资格，终止之日起 3 年内不得再次登记备案。

第二十五条 经办机构对医保相关人员作出记分处理时，应核对当年累计记分情况。记分在一个自然年度内累计计算，下一个自然年度自动清零。

在同一次监督检查中，发现负有责任的医保相关人员存在不同类型违法行为的，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。

第二十六条 经办机构在作出协议处理后 5 个工作日内，或接到医保行政部门作出的行政处罚决定书后 5 个工作日内，根据医保相关人员记分情况出具处理通知书。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所在定点医药机构。

第二十七条 定点医药机构收到处理通知书后，对于医保相关人员支付资格暂停、终止的，登记备案状态需维护为暂停或终止，不得申报与其相关的医保结算费用，并在 1 个工作日内将医

保相关人员支付资格暂停、终止情况通过挂号平台等方式公开，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，同时明确告知其相关责任人员提供的医药服务，医保基金不予结算。住院病人的主管医生被暂停、终止支付资格后，定点医药机构应及时妥善处理，确保住院病人的救治与医保费用结算不受影响。

第二十八条 定点医药机构或部门（科室）被中止（暂停）服务协议、中止（暂停）涉及医疗保障基金使用的医疗服务，经办机构应一并将相关责任人员登记备案调整为暂停。定点医药机构中止（暂停）期满后经评估恢复定点的，医保相关人员被暂停支付资格未期满的，其备案登记状态仍为暂停，直至期满后恢复。

定点医药机构被解除服务协议，经办机构应一并将相关责任人员登记备案状态调整为终止。医保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执业（就业）的支付资格。

第六章 修复机制

第二十九条 医保相关人员积极整改违法违规行为、消除不良社会影响后，符合规定条件的，可以按照规定程序向经办机构提出申请，开展记分修复。医保相关人员应提出记分修复申请及证明材料，经其所在定点医药机构审核同意后报送经办机构。

经办机构收到申请后，根据本细则对医保相关人员整改情况

进行复核，符合规定的可采取减免记分、缩减登记备案状态暂停或终止期限等修复措施。登记备案状态为暂停状态的，修复后最低暂停时限不低于1个月。一次性记满12分的，不予修复。

第三十条 修复途径包括线上线下学习培训、参与医保政策宣传活动以及参与医保基金使用监督检查等。

（一）参加医疗保障部门组织的医疗保障政策学习培训及考试，根据考试成绩修复1-3分；

（二）参与各级医疗保障部门组织的医疗保障政策宣传等活动，每有效参与一次修复1分，最多不超过3分。

（三）参与医疗保障部门开展医保基金使用检查、稽核、调研等工作，每有效参与一次修复1分，最多不超过3分。

第三十一条 登记备案状态暂停、终止的相关责任人员，可于期满前15个工作日提出资格恢复申请；经修复后记分低于9分的相关责任人员，可提出缩减期限申请。其所在定点医药机构应对资格恢复申请和缩减期限申请进行审核，同意后报送属地经办机构。

经办机构应综合考虑医保相关人员的记分修复情况和所在定点医药机构意见，在收到申请后10个工作日内完成评估，并将结果告知其所在定点医药机构。经办机构经评估同意恢复医保相关人员支付资格的，应通知其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。未通过评估的，

不予恢复，经办机构告知医保相关人员所在定点医药机构，由定点医药机构通知医保相关人员。

第七章 异议申诉

第三十二条 定点医药机构或相关责任人员对责任认定或作出的记分、登记备案状态等存在异议的，应在收到处理通知书后10个工作日内，向经办机构提出书面申诉及证明材料。陈述申辩材料需经相关责任人员签字及其所在的定点医药机构盖章确认。逾期未申诉的，视为无异议。

第三十三条 经办机构应对定点医药机构或相关责任人员书面申诉进行核实，对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。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评估鉴定的除外。仍有异议的，交由医疗保障行政部门依法依规处理。

第八章 附 则

第三十四条 本细则由省医疗保障局会同省卫生健康委、省药品监督管理局负责解释。

第三十五条 本细则自2025年3月1日实施，试行期2年。