

重庆市医疗保障局
重庆市卫生健康委员会 文件
重庆市药品监督管理局

渝医保发〔2025〕7号

**关于印发《重庆市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**

各区县（自治县）医疗保障局、卫生健康委、市场监管局，两江新区社会保障局、社会发展局、市场监管局，高新区政务服务和
社会事务中心、公共服务局、市场监管局，万盛经开区人力社保局、卫生健康局、市场监管局：

为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，进一步适应医疗保障基金监管新形势，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》(医保发〔2024〕23号)精神，结合我市实际，制定《重庆市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，请遵照执行。

重庆市医疗保障局

重庆市卫生健康委员会

重庆市药品监督管理局

2025年2月20日

(此件公开发布)

重庆市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》《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》《重庆市医疗保障基金监督管理办法》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），制定本细则。

第二条 本细则适用于医疗保障管理部门对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：职能职责、管理流程、服务承诺、登记备案、记分规则、记分标准、管理措施、修复恢复、审核结算等。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)。

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 职能职责

第四条 市级医保部门负责全市定点医药机构医保支付资格管理工作，指导各级医保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，完善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工具，实现对相关人员医保支付资格管理信息整合，并将年度记分、暂停、终止情况报国家医保局备案。

各级医保行政部门负责统筹推进本辖区相关人员医保支付资格管理工作，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，及时将相关人员医保支付资格管理情况移送同级卫生健康、药品监管主管部门，积极动员社会各界参与监督工作，发挥各自优势，促进形成社会共治格局，确保基金安全。

各级医保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。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，专岗专责；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。建立相关人员“一医一档”，全面记录相关人员记分情况并及时向医疗保障行政部门报送。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。根据违法违规性质和负有责任程度等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、医学专业技术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。

第六条 各级药品监督管理部门落实属地监管责任，加强对本辖区定点零售药店的质量监督管理，依法对医保部门移送的定点零售药店主要负责人的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。

第七条 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 management 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。定点医药机构要加强监督管理，进行内部管理和考核，加强信息化建设，按照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。同时，对行业主管部门暂停相关人员执业或注销、吊销执业证书、定期考核不合格等责令暂停执业活动情况，在5个工作日内书面向医保经办机构进行报备。

第三章 管理流程

第八条 医保经办机构与定点医药机构签订服务协议，在定点医药机构执业（就业）的相关人员与该协议定点机构签订服务承诺后即可获得医保支付资格，为参保人提供医药服务，并纳入医保监管范围。

第九条 各级医保经办机构应完善定点医疗机构服务协议管理，将相关人员医保支付资格管理中服务承诺、登记备案、记分管理、状态维护、审核结算、信息化建设等情况纳入协议管理范围，加强基金审核结算全流程管理。

第十条 定点医药机构在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，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。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；登记备案状态异常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并公开，既起到警示作用，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；因未标识公开或告知，导致参保人医疗费用不能纳入医保基金支付范围的，相关责任和后果由定点医药机构承担。

第十一条 医保部门对相关人员违反医保法律法规、服务协议、违背服务承诺的行为，按照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。

第十二条 医保部门、定点医药机构对当年度内记分累计达到一定分值的相关人员，按照服务协议约定，暂停或终止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与医保相关的医疗费用和医保结算审核工作；对已记分和暂停、终止医保支付资格的相关责任人员及时开展谈话、提醒，组织政策法规和医保知识学习，对积极改正、主动参与医保工作的相关人员可以采取减免记分、缩减暂停期限

等修复措施。

第四章 服务承诺

第十三条 各级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范本，督促定点医药机构及时组织相关人员作出服务承诺，未作出承诺的相关人员不得提供医保相关服务。

第十四条 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。

第五章 登记备案

第十五条 各级医保经办机构指导辖区内定点医药机构完整准确及时在全国医疗保障信息业务编码标准数据库动态维护做好相关人员登记备案工作。

第十六条 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。

第十七条 具备多点执业资格的医药卫生类专业技术人员或

多点就业的相关人员，其执业（就业）所在定点医药机构均应为其进行登记备案。执业（就业）机构发生变化的，要按规定程序重新进行登记备案。

第十八条 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，定点医药机构应及时在动态维护窗口进行信息更新。

第十九条 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，医保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、终止的相关责任人员暂停、终止期内提供医药服务发生的医保费用，医保经办机构不予结算，急诊、抢救等特殊情形除外。

第二十条 相关人员经首次登记备案，状态即为正常。根据累计记分结果，登记备案状态对应调整。在一家定点医药机构登记备案状态为暂停或终止医保支付资格的，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。

第二十一条 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药服务，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）。

第二十二条 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》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。

第二十三条 各级医保部门不得另设提高医保支付资格登记备案的条件。

第六章 记分规则

第二十四条 医保经办机构对相关人员进行记分处理时，应核对当年累计记分情况（含多点执业）。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、全国共享可查。

第二十五条 医保经办机构对相关人员进行发生的医保违规行为实行记分管理，记分以行政处罚、协议处理作出时为记分时点，在一个自然年度内累加计算，每年度末记分清零。一个记分周期内相关人员违规行为记分的累计，不因其执业（就业）机构的变更而发生变化。相关人员暂停期涉及跨年度的，待暂停期满后记分清零；记分累计达到12分及以上的，在内部离岗培训期满考核合格和终止医保费用结算支付期满后，记分清零。恢复其医保

费用结算支付资格后，在同一自然年度内再次发生违规行为的，重新按照本细则记分及相应处理。

第二十六条 在同一次监督检查中，发现相关人员多次违反同一种记分情形的，应按发生一次违规行为予以记分；发现相关人员有两种以上违规行为的，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。

第二十七条 医保部门在作出行政处罚或协议处理的基础上，综合考虑违法违规行为涉及医保基金金额、行为性质、相关人员数量等因素，对涉及金额较高、性质较恶劣的相关责任人员，再按照《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，确定一般责任者、重要责任者、主要责任者分别进行计分，确定相关人员责任时应充分征求定点医药机构意见。

第二十八条 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。

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、对医保基金造成严重损失的相关责任人员，可在同一记分档次内从重记分或加重一档记分。

第七章 记分标准

第二十九条 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 1—3 分：

（一）相关人员在定点医药机构违反服务协议约定，受到医保经办机构协议处理，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。

第三十条 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《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。

(二) 相关人员所在定点医药机构违反服务协议约定，受到中止医保协议处理的，该人员负有责任的。

(三) 其他应记 4—6 分的情形。

第三十一条 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：

(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。

第三十二条 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《条例》第四十条

作出行政处罚，该人员负有责任的。

（二）相关人员所在定点医药机构违反服务协议约定，受到解除医保协议处理的，该人员负有责任的。

（三）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。

第八章 管理措施

第三十三条 医保经办机构依据记分情况，应对相关人员采取以下措施：

（一）记分累计达到 3 分，由定点医药机构分管领导进行谈话提醒，并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，并将谈话记录与学习记录交医保经办机构备案。

（二）记分累计达到 4—6 分，由定点医药机构主要负责人进行谈话提醒，并组织相关责任人员进行医保政策法规和医保知识学习培训，并将谈话记录与学习记录交医保经办机构备案。

（三）记分累计达到 7—8 分，由医保经办机构进行通报。

（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 2 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 3 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 年内不得登记备案。

（八）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。

第三十四条 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数达到 50%（不包含 50%）以上的，给予暂停（中止）服务协议处理。

第三十五条 作出定点医药机构相关人员医保支付资格记分处理决定前，应当向当事人送达《定点医药机构相关人员医保支付资格记分处理告知书》，告知当事人拟作出记分处理决定的事实、理由及依据，并告知当事人依法享有陈述权、申辩权。对拟处理结果有异议的可在 10 个工作日内向医保部门提起书面申诉，逾期未申述的，视为无异议，则进入正式处理程序。

第三十六条 医保经办机构决定给予记分处理的，应当填写《定点医药机构相关人员医保支付资格处理通知书》并于 5 个工作日内送达。

第三十七条 定点医药机构在收到《定点医药机构相关人员医保支付资格处理通知书》后 5 个工作日内，根据处理结果登记

记分情况；相关责任人员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。

第三十八条 医保经办机构会同信息部门完善登记备案状态联动功能。

第三十九条 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同步调整为暂停或终止。

第四十条 医保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。

第四十一条 定点医药机构应对相关人员在院内及网络挂号平台展示登记备案状态、记分等情况，同时向相关人员开放查询功能，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。

第九章 修复恢复

第四十二条 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，报医保经办机构。经办机构在收到申请后，根据本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、缩减暂停期限等修复措施。

第四十三条 修复途径包括：线上线下学习培训修复或现场参与医保政策宣传活动、跟岗学习等方式。

（一）市医保局建立完善支付资格记分修复管理信息平台，相关人员通过学习，年度内可进行修复，根据学习情况减免1—3分；登记备案状态为暂停的，可缩短时限1—3个月，但修复后最低暂停时限不得低于1个月。登记备案状态为终止的，不予修复。

（二）相关人员可通过参与医保政策现场宣传活动等修复，每有效参与一次，减免1分，最多不超过3分。

（三）相关人员可到医保部门参与医保跟岗学习，学习内容包括医保政策学习和业务工作学习，每次学习时间不得低于5个工作日，考核人员可根据相关人员学习情况进行考核，每学习一次减免3分，最多不超过3分。

第四十四条 相关责任人员登记备案状态暂停、终止期满前15个工作日内，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，报医保经办机构。经办机构在收到申请后10个工作日内进行审核，将审核结果告知相关人员及其所在定点医药机构，并在信息系统内进行状态调整。终止资格恢复的，需重新作出服务承诺后登记备案状态调整为正常。

第四十五条 各级医保部门建立信息报送制度，定期向上级

医保部门报送定点医药机构相关人员的记分与处理情况。

第四十六条 医保部门探索将定点医药机构相关人员医保支付资格管理情况纳入服务协议管理及医药机构诚信管理体系,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保部门的,要采取追回违规费用、扣减考核分数等惩处措施。

第十章 审核结算

第四十七条 定点医药机构应加强相关人员管理,对被医保部门暂停或终止医保支付资格的相关责任人员,及时暂停或中止其为参保人员提供医保医药服务。

第四十八条 医保经办机构定期核查相关责任人员登记备案状态,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。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。

第四十九条 医保经办机构做好定点医药机构申报费用两级审核。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。

第五十条 医保部门通过智能审核、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人员的医保费用，不予支付或追回相关费用（急诊、抢救等特殊情形除外）。

第十一章 附则

第五十一条 本细则自 2025 年 3 月 1 日起施行。

