市医保局关于公开征求《天津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）》意见的公告

2024年8月，国家医保局、国家卫生健康委、国家药监局联合印发《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），为贯彻落实国家文件精神，市医保局深入调查研究，结合本市实际工作，牵头起草了《天津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）》。为广泛听取社会意见，提高决策科学性、合理性，现将征求意见稿全文及起草说明向社会公布。社会公众可在2025年2月20日18:00前，通过以下方式查阅并提出修改意见。

一、官网查阅

天津市医疗保障局（ylbz.tj.gov.cn）-互动平台-征求意见栏目进行查阅。

二、反馈意见

通过电子邮件反馈意见请发至：sybjjjjgc@tj.gov.cn，或通过信函方式反馈意见，请邮寄至：天津市南开区咸阳路81号基金监管处，并在信封上注明“医保支付资格”字样。

感谢社会公众对医疗保障工作的关注和支持。

附件：《**天津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）**》及《起草说明》

2025年2月11日

（此件主动公开）

附件1：

天津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）

（征求意见稿）

第一章 总则

**第一条** 为深化定点医药机构相关人员医保支付资格精细化管理工作，规范定点医药机构相关人员医保服务行为，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》（国家医保局令第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》（国家医保局令第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）和《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），制定本实施细则。

**第二条** 本实施细则适用于医疗保障行政部门（包含医疗保障监督检查机构，以下简称医保行政部门）、医疗保障经办机构（包含医疗保障基金管理机构和医疗保障基金审核结算机构，以下简称医保经办机构）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。法律、法规、规章另有规定的，从其规定。

**第三条** 定点医药机构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主要负责人（即药品经营许可证上的主要负责人）以及其他责任人。

**第四条** 定点医药机构相关人员医保支付资格管理遵循合法合理、公开公正、诚实守信和规范有序原则。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，归口管理，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 责任分工

**第五条** 市级医保行政部门负责统筹推进并规范全市相关人员医保支付资格管理工作，与卫生健康、药品监督管理等部门实现相关人员信息互通共享，指导监督医保经办机构实施相关人员医保支付资格管理工作。

各级医保行政部门依职责负责将相关人员医保支付资格纳入监管，加强对医保经办机构的监督管理，规范指导医保经办机构做好定点医药机构医保支付资格管理工作。

各级医保经办机构负责按照《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》要求，依职责建立健全管理制度，加强医保基金审核结算与医保支付资格联动管理，做好定点医药机构医保支付资格管理具体实施工作。负责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，健全工作标准和信息化管理工具。

**第六条** 各级卫生健康主管部门负责履行行业主管责任，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负责落实属地监管责任，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，依法对医疗保障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** 定点医药机构负责履行自我管理主体责任，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。要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，可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，确保信息准确。

第三章 协议管理

**第九条** 市级医保经办机构应当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、年度考核范围及定点医药机构诚信管理体系。

**第十条** 市级医保经办机构应当依据本实施细则和经办规程，完善定点医药机构服务协议，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、登记备案状态维护、医保结算、信息化建设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。

**第十一条** 医保经办机构按规定与定点医药机构签订医保服务协议，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、登记备案表、记分处理通知书关于对《天津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）》面向社会

公开征求意见的请示等文书，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。

**第十二条** 各级医保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，根据作出行政处罚的医保行政部门或作出协议处理的医保经办机构认定相关责任人员的责任，结合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 服务承诺

**第十三条** 医保经办机构在与医药机构签订医保服务协议时，向其提供相关人员履行服务承诺书文本，督促其及时组织相关人员作出服务承诺。

**第十四条** 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，需按规定签署服务承诺书，作出服务承诺。定点医药机构定期将相关人员服务承诺情况报医保经办机构。

**第十五条** 服务承诺应包括遵守法律法规和服务协议，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

**第十六条** 定点医药机构应做好本机构相关人员登记备案及登记备案状态维护工作。各级医保经办机构指导辖区内定点医药机构做好登记备案相关工作。

**第十七条** 登记备案内容包括：医保相关人员代码、姓名、身份证号、定点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。

**第十八条** 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，对已作出服务承诺的相关人员登记备案，并取得全国统一的医保信息业务编码，登记备案应做到信息全面、及时准确、动态更新。

**第十九条** 经相关行政部门许可多点执业的医师应当分别由其执业（就业）所在定点医疗机构进行登记备案。医师执业（就业）机构发生变化的，要按规定程序重新进行登记备案。

**第二十条** 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）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。

**第二十一条** 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、计费服务等，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的相关责任人员暂停期内提供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。

（三）登记备案状态为终止的相关责任人员，医保经办机构不予结算与其提供服务发生的医保费用。

**第二十二条** 相关人员经首次登记备案，登记备案状态即为正常。定点医药机构根据医保经办机构记分结果，对登记备案状态进行动态维护，进行累计记分。登记备案暂停状态期限已满，恢复登记备案。终止后符合相关条件重新登记备案。

**第二十三条** 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》《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对相关人员有效标识的公开和工作交接等工作，不得影响参保人员正常就医和医保基金费用结算，避免引起医患矛盾，影响正常医疗秩序。

第六章 记分规则

**第二十四条** 医保行政部门对定点医药机构作出行政处罚时同步认定相关人员责任，或医保经办机构对定点医药机构作出协议处理时同步认定相关人员责任。医保经办机构根据行政处罚或协议处理后及时通报和共享的责任认定信息，按照本实施细则对相关人员记分。

**第二十五条**  记分以行政处罚、协议处理作出时为记分时点。在同一次监督检查中，发现医保支付资格管理对象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。多点执业的医保支付资格管理对象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。记分在一个自然年度内累计计算，下一个自然年度自动清零。

**第二十六条** 医保支付资格管理对象出现以下负面情形，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”，医保支付资格管理对象负有责任的；

（二）执行药品耗材集中带量采购政策中，公立医疗机构医保支付资格管理对象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。

**第二十七条** 医保支付资格管理对象出现以下负面情形，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，受到医保行政部门依据《条例》第三十八条、第三十九条作出行政处罚，医保支付资格管理对象负有责任的；

（二）相关人员违反《医师法》，未按照注册的执业地点、执业类别、执业范围执业的，被行业主管部门处理的（不包含吊销医师执业证书）；

（三）其他应记4-6分的情形。

**第二十八条** 医保支付资格管理对象出现以下负面情形，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）为非登记相关人员，或登记状态为暂停、终止的相关人员冒名提供医保费用结算的；

（二）同一自然年度内因第二十六条、第二十七条所列负面情形受到记分处理后，再次出现同一违法违规行为的；

（三）其他应记7-9分的情形。

**第二十九条** 医保支付资格管理对象出现以下负面情形，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，受到医保行政部门依据《条例》第四十条作出行政处罚，医保支付资格管理对象负有责任的；

（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）其他应记10-12分的情形。

**第三十条**  医疗保障部门对违法或违反服务协议的定点医药机构的医保支付资格管理对象，在对定点医药机构作出行政处罚或协议处理的基础上，按照《社会保险法》《条例》等法律法规或医保服务协议明确的具体违法违规行为，由作出处理的部门认定医保支付资格管理对象的责任（即作出行政处罚后由行政部门认定相关人员的责任，作出协议处理后由经办机构认定相关人员的责任），即一般责任、重要责任、主要责任。确定相关责任人员应充分听取定点医药机构合理意见，认定责任程度遵循以下原则：

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内从低到高记分。

**第三十一条**  医保经办机构对医保支付资格管理对象作出记分处理时，应核对当年累计记分情况并作出相应处理，并通报医保支付资格管理对象及其所在定点医药机构。

（一）医保支付资格管理对象一个自然年度内记分达到6分，医保经办部门应对其开展约谈，在其所在的定点医药机构或者连锁公司内进行通报，并列为重点监管对象。

（二）医保支付资格管理对象一个自然年度内记分达到9分及以上，定点医药机构应当将其登记备案状态维护为暂停，期限为1个月以上6个月以下，暂停期内提供服务发生的医保费用不予结算（急救、抢救除外）。

1.累计记分达到9分，暂停医保支付资格1个月；一次性记分9分的，暂停医保支付资格2个月；

2.累计记分达到10分，暂停医保支付资格3个月；一次性记分10分的，暂停医保支付资格4个月；

3.累计记分达到11分，暂停医保支付资格5个月；一次性记分11分的，暂停医保支付资格6个月。

医保支付资格管理对象一个自然年度内，暂停期间涉及跨年的，暂停期在下一个自然年度继续执行，直至期满。

（三）医保支付资格管理对象一个自然年度内记分达到12分，定点医药机构应当将其登记备案状态维护为终止。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。

**第三十二条** 定点医药机构向相关人员开放登记备案状态、记分等情况查询，对相关人员支付资格暂停、终止情况进行有效标识，在一定范围内公开，确保参保人员及其家属在医疗服务过程中充分知晓。

**第三十三条**  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。

第七章 申诉修复

**第三十四条**  各级医保经办机构应当建立异议申诉机制，受理定点医药机构及医保支付资格管理对象对记分结果、登记备案状态异议申诉申请，依法维护相关人员合法权益。

（一）结果告知。医保经办机构在收到相关部门做出的处理决定后，出具记分处理通知书后，3个工作日内将医保支付资格管理对象记分结果、登记备案状态变更情况，通报至定点医药机构和当事人。

（二）异议申诉。定点医药机构或医保支付资格管理对象对记分结果、登记备案状态变更情况存在异议的，应当在指定日期内向医保经办机构提出申诉申请，申诉材料需经本人签字和定点医药机构盖章确认。

（三）申诉处理。医保经办机构受理异议申诉并对作出的记分结果进行解释说明，如仍然存在争议，由医保经办机构移交作出处理决定的责任部门进行复核，对存在争议的专业问题，可组织第三方专业机构或专家组进行评估鉴定。

（四）处理结果。申诉情况确认后，医保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，医保经办机构及时调整记分结果、登记备案状态；维持原状的，医保经办机构应告知原因。

**第三十五条**  各级医保经办机构应建立记分修复机制，受理提出定点医药机构及医保支付资格管理对象对记分结果、登记备案状态修复申请。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：线上线下学习培训和现场参与医保政策宣传活动、飞行检查、专项检查等。

（一）各级医保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及考试。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。

（二）医保支付资格管理对象可通过积极参与国家、市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。

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。

**第三十六条**   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，需重新作出承诺和登记备案。

**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、缩减暂停或终止期限等修复措施。

第八章 配套措施

**第三十八条** 各级医保部门对发现定点医药机构不及时进行医保支付资格登记备案、动态维护，定点医药机构或相关人员不及时将行业主管部门责令暂停执业活动，注销、吊销执业证书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。

**第三十九条** 市级医保行政部门负责将本市实施细则和年度记分、暂停、终止情况报国家医保局备案。各级医保行政部门按月将定点医药机构涉及医保基金使用的相关人员的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。各级药品监管部门按季度将查处的零售药店违法行为通报同级医保行政部门，医保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。

**第四十条** 各级医保部门要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，发挥各自优势，促进形成社会共治格局。

**第四十一条** 各级医保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。

**第四十二条** 本细则自2025年\*\*月\*\*日施行，有效期2年。如遇国家、本市相关政策调整，从其规定。

附件2

《天津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）》起草说明

现就《天津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）》（以下简称《实施细则》）起草情况说明如下：

一、背景情况

为贯彻落实党的二十届三中全会精神，2024年8月，国家医保局、国家卫生健康委、国家药监局联合印发《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》），就定点医药机构相关人员医保支付资格管理工作提出指导性意见，要求各级医保、卫生健康、药监等部门将相关人员医保支付资格纳入监管。

二、起草过程

市医保局按照国家医保局要求，组织精干力量，逐条对照梳理《指导意见》政策点，依据相关法律法规规章，结合我市实际，起草了《实施细则》。就定点医药机构相关人员医保支付资格管理对象、责任分工、协议管理、服务承诺、登记备案、记分规则、申诉修复、配套措施等八个方面提出工作措施，要求我市各级医保、卫生健康、药监等部门依职责对定点医药机构相关人员的医保支付资格开展监督管理。同时，《实施细则》广泛征求了市卫生健康委、市药监局、市医院医保管理质控中心、市医师协会、市药学会、区医保局、部分定点医药机构的意见建议，已全部达成一致，形成公开征求意见稿。

三、主要内容

《实施细则》共八章42条。第一章总则，主要为制定依据、适用范围及原则。第二章责任分工，明确了医疗保障、卫生健康、药品监管行政部门，以及医保经办机构、定点医药机构各方责任。第三章协议管理，包括完善定点医药机构服务协议、签订服务协议、协议处理等。第四章服务承诺，包括明确服务承诺内容，及签订服务承诺要求。第五章登记备案，包括登记备案职责、内容及要求。第六章记分规则，明确为记分管理规则、情形、责任认定、结果应用等。第七章申诉修复，包括结果申诉、修复措施、资格恢复和公开义务。第八章配套措施，对加强协议管理、健全信息沟通机制、社会监督、组织保障及附则等内容。