

江苏省医疗保障局 江苏省卫生健康委员会 文件 江苏省药品监督管理局

苏医保发〔2025〕7号

关于印发《江苏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

各设区市医疗保障局、卫生健康委员会、市场监督管理局：

为进一步规范医保服务行为，加强医药机构内部管理，确保医保基金安全高效使用，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）要求，现将《江苏

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）》
印发你们，请结合工作实际，认真抓好贯彻落实。



（此件公开发布）

江苏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，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，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》《江苏省医疗保障条例》《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）和《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）》（医保办发〔2024〕34号）等法律法规规章、政策文件规定，结合我省实际，制定本实施细则。

第二条 坚持依法依规，确保客观公正、有序开展；坚持目标导向，确保责任到人、激励约束并重；坚持协同联动，加强部门合作、信息共享；坚持公开透明，接受各方监督。

第三条 本实施细则适用于本省行政区域内医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）对医疗保障定点医药机构相关

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：职责分工、协议管理、服务承诺、登记备案、记分规则、管理措施、修复恢复、异议申诉、审核结算等。

本实施细则的相关人员主要包括：

（一）定点医疗机构为参保人提供使用医保基金结算的医疗类、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）。

第二章 职责分工

第四条 省级医保行政部门负责全省定点医药机构医保支付资格管理工作，指导统筹地区医保部门开展相关人员医保支付资格管理工作。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，并向国家医疗保障局备案。

省级医保经办机构指导统筹地区经办机构做好定点医药机构医保支付资格管理具体实施工作，建立健全协议管理、登记备案、服务承诺、记分管理、修复恢复等医保支付资格管理流程，完善经办规程。

各地医保行政部门负责开展本行政区域内相关人员医保支付资格管理工作，加强对医保经办机构落实支付资格管理工作

的监督检查，规范指导经办机构做好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。

各地医保经办机构负责本行政区域内定点医药机构医保支付资格具体实施工作，全面记录记分情况，定期向医保行政部门报送。建立健全相关人员医保支付资格内部控制制度和医保信息系统用户管理制度，建立完善风险防控机制，防范基金风险，接受各方监督。

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，依法对医保部门移送的定点医疗机构相关工作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，加强对本行政区域内定点零售药店药品、医疗器械经营质量管理活动的监督检查，依法对医疗保障部门移送的涉及药品、医疗器械经营质量管理的违法违规行为进行调查处理。

第七条 各定点医药机构应当加强监督管理，进行内部管理和考核，承担自我管理主体责任，按照要求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。

鼓励定点医药机构将相关人员医保支付资格管理情况与年度考核、内部通报等激励约束管理制度挂钩。

第三章 协议管理

第八条 各级医保经办机构应当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、状态维护、医保结算、信息化建设等情况纳入协议管理范围。

第九条 各级医保经办机构按照规定与定点医药机构签订医疗保障服务协议，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、记分处理通知书等文书，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。

第十条 各级医保经办机构完善对定点医药机构绩效考核机制，将相关人员医保支付资格管理情况纳入考核范围，合理设置考核指标，将考核结果与服务质量保证金挂钩。

第十一条 各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医药机构诚信管理体系。

第四章 服务承诺

第十二条 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标准文本，督促定点医药机构及时组织相关人员作出服务承诺。服务承诺书标准

文本由医保经办机构与医保定点医药机构商定。

第十三条 定点医药机构在签订医保服务协议后,应当及时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。未作出服务承诺的相关人员不得开展涉及医保基金使用的医药服务。

第十四条 服务承诺应当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。

第十五条 相关人员出现违反服务协议、违背服务承诺的行为,医保经办机构可按照记分规则对相关人员进行记分。

第五章 登记备案

第十六条 定点医药机构应准确及时为相关人员登记备案。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 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进行批量登记备案,取得国家医保相关人员医疗保障信息业务编码。

第十八条 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。

第十九条 相关人员执业（就业）机构发生变化的，定点医药机构按照规定程序重新组织相关人员进行登记备案。

第二十条 登记备案内容包括：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终止后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。

第二十二条 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。

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》等相关法律法规规定开展执业活动。定点医药机构要妥善做好医药服务相关工作安排，不得影响参保人员正常就医、购药和医保基金费用结算。

第二十四条 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，定点医药机构应及时在动态维护窗口进行信息更新。

第六章 记分规则

第二十五条 记分以行政处罚、协议处理作出时为记分时点，记分档次分为 1-3 分、4-6 分、7-9 分、10-12 分。医保经办机构对相关人员进行记分处理时，应当核对当年累计记分情况。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、共享可查。相关人员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，多点执业的相关人员在各执业点记分累积计算。

第二十六条 医疗保障部门在作出行政处罚或协议处理的基础上，应当按照相关法律法规或医疗保障服务协议明确的具体违法违规行为，充分听取定点医药机构合理意见。按照责任程度分为一般责任者、重要责任者、主要责任者，在记分档次内依次予以记分。

第二十七条 对一般责任者、重要责任者、主要责任者的

认定：

一般责任者，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，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，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。

第二十八条 医保部门根据违法违规行为性质、涉及医保基金金额等因素，对涉及金额较高、性质较恶劣的相关责任人员进行责任认定。

同一负面情形，对一般责任者、重要责任者、主要责任者应在记分档次内从低到高同时记分，涉及不同负面情形的按最高分值记分。

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。

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人员，可视情不予记分或在同一记分档次内从轻

记分或减轻一档记分。

第二十九条 定点医药机构相关人员在—个自然年度内有以下情形的，记 1-3 分：

（一）相关人员所在定点医药机构违反服务协议，受到追回违规费用、要求支付违约金处理的，在一个自然年度首次发生并及时纠正的除外；

（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 定点医药机构相关人员在—个自然年度内有以下情形的，记 4-6 分：

（一）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，该人员负有责任的；

（二）其他应记 4-6 分的情形。

第三十一条 定点医药机构相关人员在—个自然年度内有以下情形的，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）相关人员对医保部门组织的自查自纠敷衍应付，对已提供清单的问题不主动自查整改的；

(三) 其他应记 7-9 分的情形。

第三十二条 定点医药机构相关人员在一個自然年度内有以下情形的，记 10-12 分：

(一) 定点医药机构涉及违反医疗保障相关法律法规，受到医保部门依据《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条作出行政处罚，负有责任的人员；

(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。

第三十三条 定点医药机构相关人员在一個自然年度内有本实施细则第三十二条第一款第(一)项情形，并且欺诈骗取医保基金问题情节严重，造成医保基金重大损失的，对一般责任者、重要责任者、主要责任者，一次记 12 分。

第七章 管理措施

第三十四条 定点医药机构或部门(科室)被中止(暂停)服务协议、中止(暂停)涉及医保基金使用的医疗服务，应一并暂停相关责任人员医保支付资格。定点医药机构被解除服务协议的，应一并终止相关责任人员医保支付资格。对违法违规违约行为不负有责任的相关人员，登记备案状态仍为正常，不影响其医保支付资格。

第三十五条 依据记分情况，应对相关人员采取以下措施：

（一）当年度记分累计达到 3 分（含一次性记分，下同），由定点医药机构进行谈话提醒，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，并记录；

（二）当年度记分累计达到 4-8 分，由医保经办机构进行谈话提醒，并组织医保政策法规和医保知识学习培训；

（三）当年度记分累计达到 9 分，暂停医保支付资格 2 个月；

（四）当年度记分累计达到 10 分，暂停医保支付资格 3 个月；

（五）当年度记分累计达到 11 分，暂停医保支付资格 4 个月；

（六）当年度记分累计达到 12 分，终止医保支付资格，终止之日起 1 年内不得再次登记备案；

（七）当年度单次记分为 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。

第三十六条 医保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文书后 5 个工作日内，根据相关人员记分情况出具处理通知书。

第三十七条 医保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。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 多点执业（就业）相关人员，在一家定点医药机构登记备案状态为暂停或终止的，在其他执业（就业）的定点医药机构登记备案状态自动调整为暂停或终止。更换新的执业（就业）地的，暂停或终止期限内不予医保支付资格的登记备案。

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自动调整为暂停或终止。

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 定点医药机构向相关人员开放登记备案状态、记分等情况查询，将相关人员支付资格暂停、终止情况在一定范围内公开，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。

第四十二条 医保经办机构在日常审核管理中，对医疗服务质量优良、基金使用效率高，且无医保基金违法违规行为的有关人员，可予以正向激励。

第八章 记分修复

第四十三条 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。

第四十四条 记分修复途径如下:

(一) 相关人员参加学习并通过考试的,年度内可获得一次修复。各级医保部门结合修复申请情况,围绕医保基金使用法律法规、规章、文件、协议等,组织相关人员开展学习培训及考试。试卷实行百分制,根据考试成绩可减免1-3分,其中:81-85分减免1分,86-90分减免2分,91-100分减免3分;

(二) 相关人员在协助医保部门开展医保基金使用检查、核查、宣传或调研等活动中,受到省级医保部门表扬的,减免2分/次;受到市级、县级医保部门表扬的,减免1分/次,最多不超过4分。

第四十五条 相关责任人员登记备案状态暂停、终止期满15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。

第四十六条 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。

第四十七条 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保行政部门提出申诉。

第九章 异议申诉

第四十八条 定点医药机构或相关责任人员对医保经办机构作出的记分或登记备案状态动态维护结果存在异议的，可在收到处理通知书后 10 个工作日内，向医保经办机构提出书面申诉，陈述申辩材料需经相关责任人员签字且定点医药机构盖章确认；逾期未申诉的，视为放弃。

第四十九条 医保经办机构根据医保行政部门对相关责任人员的责任认定，作出记分或登记备案状态维护处理，定点医药机构或相关责任人员有异议的，医保经办机构移交本级医保行政部门处理。

第五十条 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，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，交由医保行政部门处理。医保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。

第五十一条 申诉情况确认后，医保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，经办机构及时调整记分情况，涉及登记备案状态调整的，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。

第十章 审核结算

第五十二条 定点医药机构应加强相关人员管理，对暂停或终止医保支付资格的相关人员，及时维护调整支付资格。相关人员被暂停或终止医保支付资格后，医保不予结算费用。

第五十三条 医保经办机构定期核查相关人员登记备案状态，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。拒不整改的，按照协议处理，并扣减绩效考核分数。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。

第五十四条 医保经办机构做好定点医药机构申报费用审核。具备条件的地区充分运用医保信息平台，将相关人员暂停、终止资格状态与结算子系统、智能监管子系统等信息系统关联，做好医保月度预结算审核和年度清算审核。

第五十五条 医保经办机构通过智能审核、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

第五十六条 各级医保部门要分步实施、稳妥推进医保支付资格管理工作。已开展支付资格管理的地区，要在2年内过渡到本细则的框架内。

第五十七条 本细则自印发之日起实施，试行期两年。

抄送：国家医疗保障局

江苏省医疗保障局办公室

2025 年 3 月 28 日印发
