

广东省医疗保障局 广东省卫生健康委员会 文件 广东省药品监督管理局

粤医保规〔2025〕2号

广东省医疗保障局 广东省卫生健康委员会 广东省药品监督管理局关于印发《广东省 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

各地级以上市医疗保障局、卫生健康局（委）、市场监管局：

为进一步加强定点医药机构相关人员医保支付资格管理，促进医疗保障基金规范合理使用，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）精神，结合

我省实际，制定了《广东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，请认真贯彻执行。



2025年4月21日

广东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）

第一条 为进一步加强定点医药机构相关人员医保支付资格管理，促进医疗保障基金规范合理使用，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》（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，以下简称《指导意见》），结合我省实际，制定本实施细则。

第二条 本实施细则适用于本省行政区域内医疗保障部门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。法律、法规、规章另有规定的，从其规定。

第三条 本实施细则所称相关人员，是指定点医药机构涉及医疗保障基金使用的相关人员，主要包括两类：

（一）定点医疗机构为参保人提供使用医疗保障基金结算的医疗类、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）。

第四条 本实施细则所称医保支付资格是指医保经办机构与定点医药机构签订医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”）后，在定点医药机构执业（就业）的相关人员即可按规定获得医保支付资格（不涉及行政许可准入和事前备案），为参保人提供医药服务，并纳入医保监管范围。

各级医疗保障部门不得另行设置其他提高医保支付资格登记备案的条件。

第五条 省医疗保障局负责全省定点医药机构医保支付资格管理工作，指导各地级以上市医保部门开展相关人员医保支付资格管理工作。基于国家医保信息平台建设完善相关人员医保支付资格管理模块，健全医保信息平台接口标准中相关人员信息采集规范，统筹推进信息化系统改造工作，实现相关人员资格状态与结算系统、智能监管子系统等信息系统联动。省医疗保障局按年度汇总各市定点医药机构相关人员的记分、暂停、终止情况，并报国家医保局备案。

省医疗保障事业管理中心负责起草我省操作规程，指导各市经办机构开展相关人员医保支付资格管理工作，进一步完善协议管理、登记备案、服务承诺、记分管理、登记备案状态维

护、医保结算等医保支付资格管理流程，配合做好全省“一医一档”、结算清算等信息化功能建设。

市、县（市、区）级医疗保障行政部门负责本行政区域内定点医药机构医保支付资格管理工作，规范指导医保经办机构实施相关人员医保支付资格管理工作。

市、县（市、区）级医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）负责本行政区域内定点医药机构相关人员医保支付资格具体实施工作，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。建立健全管理制度，负责记分并强化记分结果应用，并定期向本级医疗保障行政部门报送相关人员的记分与处理情况。

第六条 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。

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相关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、职务职称晋升、评优评先、内部通报等激励约束管理制度挂钩。

第八条 定点医药机构要加强信息化建设，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。

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，按规定对相关人员进行登记备案，并根据医保经办机构记分结果，对相关人员的登记备案状态进行动态维护，形成相关人员“一医一档”。

第九条 相关人员应当按照医保协议约定，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。

第十条 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，状态即为正常。

（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，医保基金按规定予以结算支付。

（二）登记备案状态为暂停或终止的相关责任人员，在暂停期或终止期内，除急诊、抢救等特殊情形外，提供医药服务发生的医保费用，医保统筹基金不予结算支付。

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。定点医药机构要依照本细则第二十三条做好公开和告知，保障参保人知情权，并妥善做好工作交接，不得影响参保人员正常就医和医保费用结算。

第十一条 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医师，在其他定点医药机构的登记备案状态自动调整为暂停或终止，未执业的其他定点医药机构均不得为其登记备案。

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）。

第十二条 医保经办机构对相关人员进行记分管理。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。一个自然年度内相关人员违法违规行为记分的累计，不因其执业或就业机构的变更而发生变化。

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。

多点执业的相关人员在各执业点记分应累积计算。

第十三条 记分以行政处罚、协议处理作出时为记分时点。

医疗保障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。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。

第十四条 医疗保障部门应综合考虑违法违规行为涉及医保基金金额、行为性质、负有责任程度、涉及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进行责任认定。

第十五条 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。

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。

第十六条 根据违法违规使用医疗保障基金行为的严重程度，一次记分的分值档次分为 1—3 分、4—6 分、7—9 分、10—12 分。

第十七条 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责任程度，每次记 1—3 分。其中，一般责任者记 1 分，重要责任者记 2 分，主要责任者记 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）款或《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第三十七条第（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）款或《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第三十三条第（三）款“要求定点零售药店按照医保协议约定支付违约金”，该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。

第十八条 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责任程度，每次记4—6分。其中，一般责任者记4分，重要责任者记5分，主要责任者记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，相关人员负有责任的。

（二）其他应记4—6分的情形。

第十九条 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责任程度，每次记7—9分。其中，一般责任者记7分，重要责任者记8分，主要责任者记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。

第二十条 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责任程度，每次记 10—12 分。其中，一般责任者记 10 分，重要责任者记 11 分，主要责任者记 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，相关人员负有责任的。

（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，记 12 分。

（三）其他应记 10—12 分的情形。

第二十一条 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，并根据当年累计记分情况作出以下相应处理，并通报相关人员及其所在定点医药机构。

（一）一个自然年度内记分累计达到 3—5 分，由定点医药机构对已记分的相关责任人员进行谈话提醒，组织相关人员进行医保政策法规的学习培训。

（二）一个自然年度内记分累计达到 6—8 分，由医保经办机构对已记分的相关责任人员进行谈话提醒；由定点医药机构组织相关人员进行医保政策法规的学习培训，并进行内部通报。

（三）一个自然年度内记分达到 9 分及以上，暂停相关人

员医保支付资格1个月以上6个月以下，由医保经办机构对已暂停医保支付资格的相关责任人员进行谈话提醒；由定点医药机构组织相关人员进行医保政策法规的学习培训，并进行内部通报。

1.累计记分达到9分的，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分的，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分的，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。

（四）一个自然年度内记分累计达到12分，终止相关人员医保支付资格。由医保经办机构对已终止医保支付资格的相关责任人员进行谈话提醒；由医疗保障部门组织相关人员进行医保政策法规的学习培训并进行考核；定点医药机构对相关人员进行内部通报。

1.累计记满12分的，终止之日起1年内不得再次登记备案；

2.一次性记满12分的，终止之日起3年内不得再次登记备案。

第二十二条 一个自然年度内，定点医疗机构登记备案状态为暂停或终止的人次超过相关人员总人数50%以上，医保经办机构要依法依规采取暂停拨付费用、中止医保协议、解除医

保协议等措施。

因欺诈骗保行为记分的相关人员所在定点医药机构，医保行政部门将其纳入重点监管对象，加大监管力度，提高检查频次。达到移送标准的，及时移送相关部门。

第二十三条 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。

定点医药机构应对相关人员进行有效标识，在一定范围内公开，通过挂号平台等渠道进行有效提示，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。其中，对于医保支付资格为暂停或终止的相关人员，标识中应注明该相关人员为参保人提供医药服务发生的医保费用，医保基金不予支付。

第二十四条 各级医疗保障部门应建立异议申诉机制，受理定点医药机构及其相关人员对记分结果、登记备案状态动态维护异议提出的陈述、申辩，明确答复、修正时限，依法维护相关责任人员合法权益。建立健全争议处理机制，对存在争议的专业问题，应交由第三方专业机构或专家组进行评估鉴定，确保公平公正合理。

第二十五条 各级医疗保障部门应当建立记分修复机制，相关责任人员因违法违规使用医疗保障基金行为受到记分处理后，符合以下情形之一的，可以申请记分修复：

（一）参加医疗保障部门组织的医保政策法规学习达到一定课时并考核通过的，每次减1分，最多不超过3分。

（二）参与医疗保障部门组织的医保政策宣传活动、医保公益活动的，每有效参与一次，减1分，最多不超过3分。

（三）实名主动举报其他医保基金使用违法违规行为，查实存在一般违规情形造成医保基金损失的，每次减1分；查实存在欺诈骗保情形的，每次减3分。

（四）其他积极改正的措施。

对于医保支付资格为暂停或终止的相关人员，其暂停或终止期限执行满一半期限后，方可提出修复申请。一次记满12分的，不予修复。

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相应缩短暂停或终止时限。

第二十六条 登记备案状态暂停、终止期满前15个工作日，经相关人员提出申请，并通过经办机构评估后，维护为正常状态。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。

第二十七条 各级医疗保障、卫生健康、药品监管部门应当建立信息互通制度。

各级医疗保障部门定期将定点医药机构相关人员记分和处理情况通报同级卫生健康、药品监管部门，卫生健康、药品监

管部门应将医保支付资格管理情况与医药机构信用评级挂钩，形成监管合力。

各级卫生健康部门、药品监管部门定期将发现定点医药机构存在涉嫌违反医保相关规定的行为，通报同级医疗保障部门，由医疗保障部门按规定采取有效措施规范相关定点医药机构医保支付资格管理。

第二十八条 鼓励支持社会力量参与相关人员医保支付资格管理工作，积极动员行业协会组织等力量广泛参与，群策群力，发挥各自优势，促进形成社会共治格局。

第二十九条 各级医保经办机构应当将定点医药机构医保支付资格对象管理情况纳入服务协议管理、年度考核范围及医疗保障信用管理体系，对不及时进行医保支付资格登记备案、动态维护的定点医药机构，以及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疗保障部门的定点医药机构，要依法依规采取追回相关违规费用、扣减考核分数等措施。各级医保经办机构要及时向本级医疗保障行政监管部门报送定点医药机构相关人员的记分与处理情况。

各级医疗保障行政部门应当将相关人员医保支付资格纳入监管，加强对医疗保障经办机构的监督管理，规范指导经办机构做好定点医药机构医保支付资格管理工作。

各级医疗保障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，加强宣传解读和政策培训，做好舆情监测和舆论引导。

第三十条 本细则自 2025 年 5 月 21 日起实施，有效期 3 年。

公开方式：主动公开