

北京市医疗保障局关于印发 《北京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

京医保发〔2025〕8号

各区医疗保障局、北京经济技术开发区社会事业局,各有关定点医药机构:

为贯彻落实党的二十届三中全会精神,加强医疗保障基金使用精细化管理,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)等有关规定,制定《北京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)》,现印发你们,请认真贯彻执行。

北京市医疗保障局

2025年4月11日

北京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 为进一步做好医疗保障定点医药机构相关人员医保支付资格管理工作,促进医疗保障基金合理使用,维护基金安全,根据《中华人民共和国医师法》《社会保险经办条例》《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》《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)》《北京市定点医疗机构医疗保障服务协议》《北京市定点零售药店医疗保障服务协议》等法律法规、政策文件,制定本实施细则。

第二条 本实施细则适用于医疗保障部门对定点医药机构涉及医疗保障基金使用的相关人员(以下简称相关人员)的医保支付资格管理工作。

第三条 坚持规范统一,确保客观公正;坚持正向引导,激励约束并重;坚持数智赋能,促进管理精细化;坚持协商共治,提升治

理效能。

第四条 市医疗保障局负责本市相关人员医保支付资格管理工作的统筹推进,制定实施细则;指导各区做好辖区相关人员医保支付资格管理工作;按照市级职责认定相关人员责任,并进行记分处理。

各区医疗保障局负责辖区相关人员医保支付资格管理工作的具体实施,建立健全管理制度;按照区级职责认定相关人员责任,并进行记分处理;督促辖区定点医药机构落实记分结果应用。

各级医疗保障部门加强医疗保障基金审核结算管理;对违法或违反医保服务协议的相关人员,在对定点医药机构作出行政处罚或协议处理的基础上,由作出处理的部门认定相关人员的责任(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),根据行为性质和负有责任程度等对相关责任人员作出记分、暂停或终止医保支付资格的处理;配合做好本市“一医一档”、审核结算等信息化功能建设。

第五条 定点医药机构承担本机构相关人员医保政策及知识培训、信息动态维护等工作,加强对本机构相关人员的监督管理和考核,用好医保支付资格管理工具和记分结果。

第二章 协议管理

第六条 医保支付资格管理中的服务承诺、登记备案、记分管理、状态维护、医保结算、信息化建设等情况纳入定点医药机构协

议管理范围。

第七条 医疗保障经办机构与定点医药机构签订医保服务协议后,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,为参保人员提供医药服务,并纳入医保监管范围。

第八条 定点医药机构按要求做好本机构相关人员服务承诺、登记备案、状态维护、医保费用申报等工作,鼓励将相关人员的医保支付资格管理与年度考核、内部通报、个人绩效等激励约束管理制度挂钩。

第九条 医保支付资格管理的执行情况,本机构相关人员记分、暂停和终止的人次占比与定点医药机构协议续签、总额预算管理、“信用+风险”双评价挂钩。

第三章 服务承诺

第十条 相关人员主要包括两类:

(一)定点医疗机构:为参保人员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;负责医保费用审核的相关工作人员。

(二)定点零售药店:为参保人员提供使用医疗保障基金结算的工作人员,包括定点零售药店的主要负责人、医药服务人员。

第十一条 市医疗保障经办机构向定点医药机构提供相关人员履行服务承诺书文本,定点医药机构在本实施细则执行之日或

首次签订医保服务协议后组织本机构相关人员签署《相关人员服务承诺书》(附件 1);新招聘的相关人员,在签订劳动(劳务)合同时同步签署。

《相关人员服务承诺书》有效期和相关人员在定点医药机构的劳动(劳务)合同期限保持一致,无需重复签署,由相关人员执业(就业)的定点医药机构存档备查。有条件的定点医药机构可组织本机构相关人员签署电子《相关人员服务承诺书》。未做出承诺的相关人员不得开展涉及医疗保障基金使用的医药服务。

第十二条 相关人员应承诺遵守法律法规和医保服务协议;承诺为参保人员提供合理、必要的医药服务,安全、高效、合规使用医疗保障基金;严守诚信原则,不参与欺诈骗保;承诺自愿接受医疗保障部门依法依规开展的监督检查,接受医保支付资格记分管理。

第四章 登记备案

第十三条 定点医药机构应按《登记备案及登记备案状态维护》(附件 2)要求,通过国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台,完整准确及时为本机构已做出服务承诺的相关人员登记备案,取得国家医保相关人员代码。辖区医疗保障经办机构指导定点医药机构做好登记备案相关工作。

经相关行政部门许可的多点执业医师,其执业的定点医疗机

构均应为其进行登记备案及状态维护,实现状态联动。

相关人员执业(就业)的机构发生变化时,定点医药机构按规定程序重新组织相关人员进行登记备案。

相关人员与所在定点医药机构因解除劳动(劳务)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,定点医药机构应当及时在国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台进行信息更新(取消登记备案)。

第十四条 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。

第十五条 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。

登记备案状态为正常的相关人员,可以正常开展涉及医疗保障基金使用的医药服务、计费服务等,医疗保障经办机构按规定与其所在定点医药机构结算医保费用。

登记备案状态为暂停或终止的相关责任人员,在暂停或终止期内提供医药服务发生的医保费用,医疗保障基金不予结算支付,急诊、抢救等特殊情形除外。

登记备案状态为暂停或终止的相关责任人员,不影响其按照相关规定开展执业活动。定点医药机构应妥善做好工作交接,不得影响参保人员正常就医和医保费用结算。

第五章 记分管理

第十六条 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,或医疗保障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。

医疗保障部门应综合考虑违法违规行为涉及医疗保障基金的金额、行为性质、涉及相关人员数量等因素,对涉及金额较高、性质较恶劣的相关人员进行责任认定。确定相关责任人员时应充分听取定点医药机构的合理意见。

原则上,对相关人员的责任认定及记分处理应与所在定点医药机构的行政处罚或协议处理相对应。如相关人员违法违规行为性质恶劣、造成医疗保障基金损失较大或社会影响较大的,可酌情进行责任认定并单独给予记分处理。

第十七条 对同一医疗保障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。对教唆或强迫他人违法违规,或者存在主观故意、拒不配合、拒不改正的相关责任人员,可在同一记分档次从重记分或加重一档记分。

第十八条 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。多点执业医师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。

第十九条 相关人员的责任程度递进分为一般责任、重要责任、主要责任,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,对医疗保障基金使用违法违规负面情形发生起配合作用的相关人员。

(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,对医疗保障基金使用违法违规负面情形发生起主动作用的相关人员。

(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,对医疗保障基金使用违法违规负面情形发生起决定作用的相关人员。

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医保服务协议受到约谈、暂停拨付(结算)医保费用处理,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,被医疗保障部门通报的;

(三)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的责任程度,每次记 4—6 分:

(一)相关人员所在定点医药机构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《医疗保障基金使用监督管理条例》(以下简称《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疗机构违反医保服务协议被不予支付或追回已支付的医保费用,并给予违约通告或黄牌警示处理,该人员负有责任的;

(三)相关人员所在定点零售药店受到不予支付或追回已支付的医保费用处理,造成医疗保障基金损失较大或社会影响较大,该人员负有责任的;

(四)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)相关人员所在定点医药机构或科室(部门)违反医保服务协议受到中止医保协议或中止涉及医疗保障基金使用的医药服务

处理,该人员负有责任的;

(三)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的责任程度,每次记 10—12 分:

(一)相关人员所在定点医药机构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)因存在违法违规行为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,单次记 12 分;

(三)相关人员所在定点医药机构违反医保服务协议受到解除医保协议处理,该人员负有责任的;

(四)其他应记 10—12 分的情形。

第二十四条 医疗保障经办机构根据行政处罚或协议处理后即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进行记分。

责任认定部门应在对定点医药机构作出行政处罚或确定协议处理后即时向同级医疗保障经办机构负责记分部门推送《相关人员医保支付资格责任认定书》(附件 3)。负责记分部门根据《相关人员医保支付资格责任认定书》,核对相关责任人员当年累计记分情况后,出具《相关人员记分处理通知书》(附件 4)。各区医疗保障经办机构在作出记分处理之日起 5 个工作日内告知相关责任人

员所在的定点医药机构。

记分以作出行政处罚决定或协议处理生效时间为记分时点。

暂停或终止医保支付资格处理自记分异议申诉期结束之日起开始执行,由作出记分处理决定的医疗保障经办机构出具《相关人员暂停/终止医保支付资格处理通知书》(附件5)。辖区医疗保障经办机构督促定点医药机构完成相关责任人员的登记备案状态变更。

第二十五条 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。

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、全市共享可查。

第二十六条 相关责任人员记分累计未达到9分的,辖区医疗保障经办机构向相关责任人员所在定点医药机构通报记分情况。

相关责任人员记分达到9分,未达12分的,医疗保障经办机构暂停其医保支付资格。其中,记满9分的,视情节严重程度暂停医保支付资格1—2个月;记满10分的,视情节严重程度暂停医保支付资格3—4个月;记满11分的,视情节严重程度暂停医保支付资格5—6个月。

相关责任人员记分达到12分的,医疗保障经办机构终止其医保支付资格。其中,累计满12分的,终止医保支付资格1年;一次性记满12分的,终止医保支付资格3年。

第二十七条 市医疗保障经办机构会同信息部门完善记分管理联动功能。

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应调整为暂停或终止,未执业的定点医药机构不得为其登记备案。

定点零售药店主要负责人登记备案状态为暂停或终止的,相应责任人在其名下其他定点零售药店登记备案状态应调整为暂停或终止。

定点医药机构或科室(部门)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,应一并将负有主要责任的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医保协议,应一并将负有主要责任的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执业(就业)。

第二十八条 定点医药机构收到《相关人员记分处理通知书》后,应及时通知相关责任人员,并对其进行谈话提醒,做好记录;定期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。

各区医疗保障经办机构根据辖区实际情况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。

第二十九条 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。对相关责任人员进行有效标识并在一定范围内公开。

第三十条 相关责任人员医保支付资格暂停、终止期满前 15 个工作日,可提出资格恢复申请,填写《相关人员医保支付资格恢复申请书》(附件 6),经所在定点医药机构审核同意后,报辖区医疗保障经办机构。如相关责任人员暂停、终止期满时无工作单位,可由相关责任人员按照处理相关性报辖区医疗保障经办机构,即触发暂停或终止处理记分相关的定点医药机构所属辖区医疗保障经办机构。

辖区医疗保障经办机构对相关人员的资格恢复申请进行初审,通过初审的,报送市医疗保障经办机构;市医疗保障经办机构复审通过后,取消相关责任人员的暂停或终止处理。不通过的,应告知相关责任人员及所在定点医药机构原因。原则上,资格恢复申请应在收到申请材料后 15 个工作日内完成,并将结果告知该相关人员。

相关人员医保支付资格恢复后,由定点医药机构将其登记备案状态维护为正常。其中,暂停资格恢复的,年度内记分累积计算;终止资格恢复的,需重新做出服务承诺和登记备案。

第三十一条 相关人员受到记分处理后可提出记分修复申请,填写《相关人员记分修复申请书》(附件 7),并提供相关佐证材料。经主执业地定点医药机构审核同意后,报辖区医疗保障经办机构。

辖区医疗保障经办机构收到申请后,根据本实施细则第三十二条相关条款对相关人员进行评估,符合修复条件,可予

以减分；不符合的，维持原记分分值。终止医保支付资格的相关人员，记分不予修复。已生效的相关人员暂停医保支付资格处理不受记分修复影响。

第三十二条 记分修复途径包括：医保政策和知识学习培训；现场参与医保政策宣传活动、飞行检查、专项检查等。

（一）参加各级医疗保障部门组织的医保政策和知识学习培训，每参加一次，减免1分，每年度不超过3分。

（二）现场参与国家级、市级、区级医疗保障部门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，按照活动级别每有效参与一次，减免1—3分，每年度不超过3分。

第三十三条 医疗保障经办机构建立信息报送制度，定期向同级医疗保障行政部门报送定点医药机构相关人员的记分与处理情况。

第六章 异议申诉

第三十四条 定点医药机构或相关责任人员对记分处理有异议的，可在收到《相关人员记分处理通知书》后5个工作日内，向辖区医疗保障经办机构提出书面申诉，填写《相关人员记分异议申诉书》（附件8），申诉材料需经相关责任人员签字及定点医药机构盖章确认。逾期未申诉的，视为无异议。

医疗保障经办机构按照“谁认定责任，谁处理申诉”的原则办

理异议申诉。由辖区医疗保障经办机构作出的记分处理,辖区医疗保障经办机构会同责任认定部门办理异议申诉,结果反馈定点医药机构及相关责任人员;由市医疗保障经办机构作出的记分处理,辖区医疗保障经办机构进行初审,不同意申诉意见的,告知原因,同意申诉意见的,报市医疗保障经办机构,市医疗保障经办机构会同责任认定部门办理异议申诉,结果反馈辖区医疗保障经办机构。

第三十五条 定点医药机构或相关责任人员对医疗保障经办机构的异议申诉办理结果仍有异议的,移交同级医疗保障行政部门处理。

第三十六条 医疗保障部门建立健全争议处理机制,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,确保公平公正合理。

第三十七条 确认申诉结果后,辖区医疗保障经办机构及时将结果告知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,影响登记备案状态的,通知定点医药机构变更登记备案状态;维持原状的,应告知原因。原则上,申诉核实工作应在收到申诉材料后 20 个工作日内完成,需第三方专业机构或专家组评估鉴定的,时间可适当延长。

第七章 监督管理

第三十八条 定点医药机构应加强相关人员管理,建立内部

管理和考核制度,压实主体责任,对被医疗保障部门暂停或终止医保支付资格的相关责任人员,及时暂停或终止其为参保人员提供与医疗保障基金使用相关的医药服务;定点医药机构不得申报其暂停或终止医保支付资格期间发生的医保费用,急诊、抢救等特殊情形除外。

第三十九条 医疗保障经办机构定期通过全国统一的医保信息平台,根据相关人员登记备案状态数据,开展相关人员服务承诺、登记备案状态维护等情况的核查。重点关注暂停或终止医保支付资格人员的登记状态维护。

发现定点医药机构未按要求维护的,责令其立即整改到位。拒不整改的,依据医保服务协议处理。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,造成的医疗保障基金损失由该机构承担。

第四十条 医疗保障经办机构做好定点医药机构申报费用审核。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系统、智能监管子系统等信息系统关联。暂停或终止医保支付资格的相关责任人员为参保人员提供医药服务发生的费用,医疗保障基金不予支付;已支付的,追回相关费用,急诊、抢救等特殊情形除外。

第四十一条 医疗保障经办机构应自觉接受医疗保障行政部门的监督,做好定点医药机构相关人员医保支付资格管理工作。

第四十二条 医疗保障经办机构应当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,确保基金安全。

第四十三条 医疗保障经办机构协助医疗保障行政部门建立对定点医药机构处理及其涉及人员处理的信息共享、反馈机制,及时获取同级卫生健康、药品监管等部门查处的定点医药机构和人员违法信息;及时将定点医药机构相关人员的记分与处理情况函告同级卫生健康主管部门、药品监管部门(附件9)。

第四十四条 鼓励社会力量参与相关人员医保支付资格管理工作,动员行业协会等组织力量广泛参与,群策群力,发挥各自优势,促进形成社会共治格局。

第八章 信息化建设

第四十五条 定点医药机构应加强信息化建设,按照全国统一的接口规范和本市技术要求实现与医保信息平台医保支付资格管理功能联通。

第四十六条 医疗保障经办机构要用好医保支付资格管理模块,优化完善智能审核和监控规则,健全工作标准和信息化工具,实现相关人员记分处理与结算系统联动。积极探索与卫生健康、药品监管等行业管理部门相关信息互联互通、信息共享等工作。

第四十七条 依托国家医疗保障信息业务编码标准数据库动态维护平台,记分载入相关人员“一医一档”数据库,全面记录相关人员记分情况及遵守医保相关法律法规的情况。

第九章 附则

第四十八条 本实施细则由北京市医疗保障局负责解释。

第四十九条 本实施细则未尽事宜,依照现行法律法规执行。

第五十条 本实施细则自 2025 年 4 月 15 日起执行。

附件:1. 相关人员服务承诺书(略)

2. 登记备案及登记备案状态维护(略)

3. 相关人员医保支付资格责任认定书(略)

4. 相关人员记分处理通知书(略)

5. 相关人员暂停/终止医保支付资格处理通知书(略)

6. 相关人员医保支付资格恢复申请书(略)

7. 相关人员记分修复申请书(略)

8. 相关人员记分异议申诉书(略)

9. 相关人员记分情况函告书(略)

(注:附件请登录北京市医疗保障局网站查询)