

河南省医疗保障局
河南省卫生健康委员会
河南省药品监督管理局

文件

豫医保〔2025〕1号

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

各省辖市医保局、卫生健康委、市场监管局，济源示范区医保局、卫生健康委、市场监管局，航空港区组织人事部、教体局、市场监管局，省药监局各监管分局：

现将《河南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)印发给你们,请遵照执行。



河南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 为进一步规范定点医药机构相关人员医保支付行为，加强医保支付资格管理，促进医疗保障基金依法依规使用，保障参保人员的合法权益，依据《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国医师法》（以下简称《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）、《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）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），结合我省实际，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、医疗保障经办机构（以下简称经办机构）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。

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主要负责人(即药品经营许可证上的主要负责人)和相关人员(包括药师)。

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 部门职责

第四条 省级医疗保障行政部门负责统筹推进并规范本行政区域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。

省级医疗保障行政部门将相关人员医保支付资格管理情况纳入河南省医疗保障基金综合监管重要内容，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、药品监管等行业管理行政部门。积极动员行业协会等组织力量和医保基金社会监督员等参与监督工作，发挥各自优势，促进形成社会共治格局，确保基金安全。

第五条 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管理工具，实现相关人员医保支付资格信息省级集中，并向国家医疗保障局备案。

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，专岗专权；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。

各级医保经办机构应完善定点医药机构服务协议，负责统筹区内相关人员医保支付资格管理具体实施工作，落实相关人员医保支付资格管理要求。

各级医保经办机构与定点医药机构签订服务协议后，向其提供相关人员履行服务承诺书文本，督促定点医药机构及时组织相关人员作出服务承诺，并纳入医保监管范围。在定点医药机构执业（就业）的相关人员按照其执业（就业）的定点医药机构与医保经办机构签订的服务协议，即获得医保支付资格，为参保人提供医药服务。

各级医保经办机构建立相关人员“一医一档”，全面记录相关人员记分情况及遵守医保相关法律法规情况，建立健全相关人员医保支付资格内部管控制度，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，做好记分管理、信息登记等工作。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、信息化建设以及登记备案状态为暂停或终止的人次占比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，并定期向医疗保障行政部门报送。

省级医保经办机构统一制作相关人员服务承诺书、记分处理

通知书等文书。

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，依法对医疗保障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。

第七条 各级药品监督管理部门（市场监督管理部门）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（药械）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 定点医药机构要加强内部管理、考核，承担本机构相关人员医保政策及知识培训等工作。

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并动态维护。建立绩效考核机制，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，并与年度考核、内部通报等激励约束管理制度挂钩。

定点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。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。

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记分。

第三章 登记备案

第九条 定点医药机构应完整准确及时为相关人员登记备案。医保经办机构指导统筹区内定点医药机构做好登记备案相关工作。

第十条 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。

第十一条 凡经备案在多机构执业的医师，其执业（就业）所在定点医药机构均应为其进行登记备案。

第十二条 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，并累计记分。

第十三条 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。

第十四条 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相关的医保费用，急诊、抢救等特殊情形除外。

第十五条 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。

第十六条 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。

第十七条 医药卫生类专业技术人员必须持续具备行业主管部门执业资格，否则终止医保支付资格，医保经办机构不予结算与其相关的医保费用。

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）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。

第十九条 各级医疗保障部门不得设置行政许可等规定，提高医保支付资格登记备案条件。

第四章 记分规则

第二十条 记分以行政处罚、协议处理作出时为记分时点。

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。记分载入相关人员“一医一档”数据库，实现跨机构（部门）跨区域联动、信息共享可查。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。

第二十一条 医疗保障部门在作出行政处罚或协议处理的基础上，应依照《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，作出处理的部门在充分听取定点医药机构合理意见的基础上确定一般责任者、重要责任者、主要责任者：

（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。

第二十二条 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，仅对同一自然年度的负面情形累计记分。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。

第二十三条 同一自然年度内，对一般责任者、重要责任者、主要责任者分别记1—3分的负面情形：

(一) 定点医药机构受到约谈、限期整改、暂停拨付医保费用、不予支付、追回违规费用、扣除质量保证金、要求支付违约金等协议处理的；

(二) 定点医药机构实施了《条例》第三十九条其中两项违规行为，及时改正的；

(三) 公立医疗机构执行药品耗材集中带量采购政策中，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；

(四) 其他应记1—3分的情形。

第二十四条 同一自然年度内，对一般责任者、重要责任者、主要责任者分别记4—6分的负面情形：

(一) 定点医药机构受到约谈、限期整改、暂停拨付医保费用、不予支付、追回违规费用、扣除质量保证金、要求支付违约金等协议处理累计2次以上的；

(二) 定点医药机构受到行政处罚，造成医保基金损失占检查处理周期医保基金支付额0.3%（含）—0.5%或责任金额累

计十万元以上三十万元以下，且未发现以骗取医保基金为目的；

（三）定点医药机构实施了《条例》第三十九条其中两项以上违规行为，由医保行政部门责令改正的；

（四）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，后被医保行政部门或经办机构检查发现的；

（五）其他应记4—6分的情形。

第二十五条 同一自然年度内，对一般责任者、重要责任者、主要责任者分别记7—9分的负面情形：

（一）定点医药机构受到约谈、限期整改、暂停拨付医保费用、不予支付、追回违规费用、扣除质量保证金、要求支付违约金等协议处理累计3次以上的；

（二）定点医药机构受到行政处罚，造成医保基金损失占检查处理周期医保基金支付额0.5%（含）—2.0%或责任金额累计三十万元以上五十万元以下，且未发现以骗取医保基金为目的；

（三）定点医药机构实施了《条例》第三十九条其中三项以上违规行为或对同一项实施累计两次以上违规行为且拒不改正的；

（四）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；

（五）其他应记7—9分的情形。

第二十六条 同一自然年度内，对一般责任者、重要责任者、主要责任者分别记 10—12 分的负面情形：

（一）定点医药机构受到约谈、限期整改、暂停拨付医保费用、不予支付、追回违规费用、扣除质量保证金、要求支付违约金等协议处理 4 次以上的；

（二）定点医药机构受到行政处罚两次、造成医保基金损失占检查处理周期医保基金支付额 2.0%（含）以上或责任金额累计五十万元以上的，且未发现以骗取医保基金为目的；

（三）定点医药机构实施了《条例》第三十九条其中四项以上违规行为或对同一项实施累计三次以上违规行为且拒不改正的；

（四）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；

（五）其他应记 10—12 分的情形。

第二十七条 欺诈骗取医保基金，被医疗保障部门依据《条例》第四十条等法律法规条款进行处理的，对一般责任者、重要责任者、主要责任者，一次记 12 分。

第五章 异议申请

第二十八条 医保经办机构作出记分或登记备案状态动态维护结果前应告知定点医药机构拟作出的记分或登记备案状态动态维护结果内容及事实、理由、依据，并告知定点医药机构依法享

有的陈述、申辩等权利。定点医药机构或相关责任人员可在收到告知后5日内向医保经办机构口头提出或提供书面材料进行陈述和申辩。逾期未提出的，视为放弃陈述、申辩权利。医保经办机构必须充分听取定点医药机构或相关责任人员的意见，对其提出陈述和申辩的事实、理由和证据进行核实。

按照《河南省医疗保障重大行政执法决定法制审核办法》《河南省医疗保障重大行政执法决定集体讨论办法》的规定，医保经办机构对定点医药机构相关人员单次作出10分（含）以上的记分之前，应当进行法制审核；单次作出12分的记分之前，应当进行集体讨论。

定点医药机构或相关责任人员对经办机构处理结果存在异议的，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，申诉材料需经相关责任人员签字确认。逾期未提出的，视为放弃申诉权利。

第二十九条 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的，定点医药机构或相关责任人员有异议的，医保经办机构将移交本级医保行政部门处理。

第三十条 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的，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，交由医保行政部门协调处理。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。

第三十一条 申诉情况确认后，医疗保障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 10 个工作日内完成。

第六章 资格恢复

第三十二条 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。

第三十三条 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）各级医疗保障经办机构建立完善支付资格记分修复管理信息平台，相关人员通过线上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）相关人员可通过积极参与国家、省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。

第三十四条 相关责任人员登记备案状态暂停、终止期满10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。

第三十五条 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。

第三十六条 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。

第三十七条 医保经办机构建立信息报送制度，定期向本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。

第三十八条 各级医疗保障部门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疗保障部门的，要采取追回违规费用、扣减考核分数等惩处措施。

第七章 结果应用

第三十九条 定点医药机构被中止服务协议、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。

第四十条 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）记分累计达到 4—6 分，由医保经办机构进行谈话提醒，定期组织医保政策法规和医保知识学习培训；

（三）记分累计达到 7—8 分，由医保经办机构进行通报，视情况在官方网站、微信平台向社会公开记分信息；

（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 4 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 年内不得再次登记备案。

(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。

第四十一条 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次达到 20% 以上 50% 以下的，视情况给予暂停结算（拨付）医保基金处理。

第四十二条 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。

第四十三条 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。

第四十四条 医保经办机构会同信息部门完善登记备案状态联动功能。

第四十五条 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登记备案。

第四十六条 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。

第四十七条 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。

第四十八条 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。实时将相关人员支付资格暂停、终止情况通过大屏、公示栏、挂号平台等方式公开，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。

第四十九条 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，及时暂停或终止其为参保人员提供医药服务。相关人员被暂停或终止医保支付资格后，定点医药机构不得申报与其相关的医保结算费用。

第五十条 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。

第五十一条 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。

第五十二条 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。

第八章 附 则

第五十三条 本细则解释权由河南省医疗保障局负责。

第五十四条 本细则自2025年3月1日实施。

