

内蒙古自治区医疗保障局  
内蒙古自治区卫生健康委员会 文件  
内蒙古自治区药品监督管理局

内医保发〔2025〕7号

---

关于印发《内蒙古自治区医疗保障  
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

各盟市医疗保障局、卫生健康委、市场监督管理局，满洲里市、二连浩特市医疗保障局、卫生健康委、市场监督管理局：

现将《内蒙古自治区医疗保障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，请认真贯彻

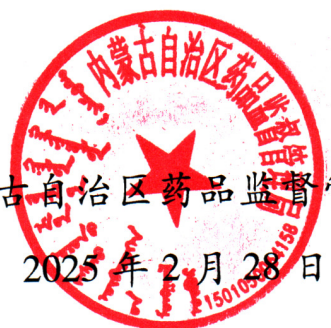
落实。



内蒙古自治区医疗保障局



内蒙古自治区卫生健康委员会



内蒙古自治区药品监督管理局

2025年2月28日

(此件公开发布)

# 内蒙古自治区医疗保障定点医药机构 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，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”）、《内蒙古自治区医疗保障基金使用监督管理办法》等法律法规规章，以及国家医保局、国家卫生健康委、国家药监局《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）、国家医疗保障局办公室《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）等规范性文件，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、医保经办机构（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。

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。

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。相关人员应当按照医疗保障服务协议约定，作出并履行服务承诺。

**第三条** 坚持以铸牢中华民族共同体意识为工作主线；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。

**第四条** 自治区医疗保障局负责统筹推进全区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，实现相关人员医保支付资格信息自治区级集中，并向国家医疗保障局备案。

各级医疗保障行政部门负责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，将医保经办机构落实支付资格

管理工作纳入监督检查范围。及时将定点医疗机构、定点零售药店涉及医疗保障基金使用的相关人员的记分与处理情况通报同级卫生健康、药品监管等行业主管部门。

各级医保经办机构负责辖区内相关人员医保支付资格管理具体实施工作，指导辖区内定点医药机构做好登记备案相关工作。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，并定期向医疗保障行政部门报送。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。完善内部控制制度，明确对定点医药机构相关人员记分管理、审核结算等岗位职责；建立完善风险防控机制，防范基金风险，接受各方监督。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等，对一个自然年度内登记备案状态为暂停或终止的人次超过一定比例的定点医药机构，视情况采取相应惩处措施。

**第五条** 各级卫生健康管理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** 定点医药机构应当压实主体责任，建立完善定点医

药机构医疗保障基金使用内部管理制度。落实对涉及医疗保障基金使用相关人员的 management 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做出服务承诺，确保相关人员知晓并遵守服务承诺。督促指导相关人员遵守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、内部通报等激励约束管理制度挂钩。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。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。

**第八条** 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。

**第九条** 登记备案状态包括：正常、暂停、终止。

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。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。

（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。

**第十一条** 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》等相关法律法规开展执业活动。定点医药机构要妥善做好工作交接，不得影响参保人员正常就医和医保基金费用结算。

**第十二条** 医药卫生类专业技术人员必须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。

**第十三条** 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，定点医药机构应当在 10 个工作日内在动态维护窗口进行信息更新。

**第十四条** 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。

**第十五条** 医疗保障部门在作出行政处罚或协议处理的基础上，应按照《社会保险法》、《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，分别确定一般责任人员、重要

责任人员、主要责任人员，确定相关责任人员应充分听取定点医药机构合理意见。

**第十六条** 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：

一般责任人员，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。

重要责任人员，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。

主要责任人员，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。

**第十七条** 在同一次监督检查中，发现涉及医保基金使用的相关责任人员有不同类型的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。

**第十八条** 医保经办机构对相关人员违反服务协议、违背服务承诺的行为记分，记分标准如下：

（一）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，对负有一般责任的记1分/次，对负有重要责任的记2分/次，对负有主要责任的记3分/次：

1. 相关人员所在的定点医药机构受到暂停拨付或要求支付

违约金等协议处理的，该人员负有责任的；

2. 相关人员所在的定点医药机构受到约谈、限期整改、拒付或追回违规费用等协议处理累计达到3次的，该人员负有责任的；

3. 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；

4. 相关人员所在定点医药机构或部门（科室）虽涉及违反《条例》第三十八条、第三十九条等医疗保障相关法律法规，但受到医疗保障行政部门作出免于行政处罚，该人员负有责任的；

5. 其他应记1-3分的情形。

（二）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，对负有一般责任的记4分/次，对负有重要责任的记5分/次，对负有主要责任的记6分/次：

1. 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，该人员负有责任的；

2. 相关人员所在定点医药机构的法定代表人、主要负责人或实际控制人被医保经办机构约谈后，负有责任的相关人员拒不改正的；

3. 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；

4. 其他应记 4-6 分的情形。

(三) 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，对负有一般责任的记 7 分/次，对负有重要责任的记 8 分/次，对负有主要责任的记 9 分/次：

1. 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；

2. 其他应记 7-9 分的情形。

(四) 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，对负有一般责任的记 10 分/次，对负有重要责任的记 11 分/次，对负有主要责任的记 12 分/次：

1. 相关人员所在定点医药机构或部门（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，该人员负有责任的；

2. 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；

3. 相关人员所在定点医药机构或部门（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、第三十九条作出责令改正，负有责任的相关人员拒不改正的；

4. 其他应记 10-12 分的情形。

**第十九条** 医保经办机构依据记分情况，应当对相关人员进行以下措施：

(一) 一个自然年度内记分累计达到 3 分，医保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，由定点医药机构进行谈话提醒，定期组织医保政策法规和医保知识学习培训。

(二) 一个自然年度内记分累计达到 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；一个自然年度内记分累计达到 10 分，暂停医保支付资格 3 个月；单次记分达到 10 分的，暂停医保支付资格 4 个月；一个自然年度内记分累计达到 11 分，暂停医保支付资格 5 个月；单次记分达到 11 分的，暂停医保支付资格 6 个月。

(三) 一个自然年度内记分累计达到 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。

(四) 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。

**第二十条** 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，期满后经评估恢复定点的，相关责任人员被暂停医保支付资格时间仍未期满的，其登记备案状态仍为暂停，直至期满。

**第二十一条** 定点医药机构应当向相关人员开放登记备案状态、记分等情况查询。定点医药机构应当对相关人员进行有效标识，在一定范围内公开，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。住院病人的主管医生被暂停、终止医保

支付资格后，定点医药机构应及时做好妥善处理，确保住院病人的救治与医保费用结算不受影响。

**第二十二条** 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，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。

**第二十三条** 修复途径包括：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）各级医疗保障部门结合修复申请情况，围绕医保基金使用法律法规、规章政策等，定期组织学习培训及考试，相关人员可通过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，其中：60-75分减免1分，76-90分减免2分，91-100分减免3分；

（二）相关人员可通过积极参与国家、自治区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。

**第二十四条** 相关责任人员登记备案状态暂停、终止期满，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。

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。

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。

**第二十五条** 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。

**第二十六条** 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，医保经办机构移交本级医保行政部门处理。

**第二十七条** 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，交由医保行政部门处理。医保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。

**第二十八条** 申诉情况确认后，医保经办机构及时将结果书

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，经办机构应当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。

**第二十九条** 本细则自 2025 年 3 月 1 日起实施。

附件：内蒙古自治区违法违规使用医疗保障基金责任类型  
认定

附件

## 内蒙古自治区违法违规使用医疗保障基金责任类型认定

序号	违法违规类型	责任认定
1	违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务	医生出现某类违法违规行为，原则上由开具医嘱、处方医生承担一般责任；医疗组内有多人出现某类违法违规行为，则由医疗组长承担一般责任；病区内2个及以上医疗组的医生都出现某类违法违规行为，则由病区主任承担一般责任。
2	重复收费、超标准收费、分解项目收费	1. 根据医嘱收取的费用，造成医保基金损失的，原则上由开具医嘱、处方医生承担一般责任；医疗组内多人出现某类违法违规行为，则由医疗组长承担一般责任；病区内有2个及以上病区主任都出现某类违法违规行为，则由病区主任承担一般责任。
3	串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施	2. 违反医嘱或无医嘱收费，造成医保基金损失的，如果仅1名医务人员承担一般责任，则由该名医务人员承担一般责任；如果以上2名及以上护士承担一般责任的，则由护士长承担一般责任。
4	将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算	

序号	违法违规类型	责任认定
5	分解住院	由开具出院医嘱的医生承担一般责任。
6	挂床住院	由开具出院医嘱的医生承担一般责任。
7	参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利	根据开具医嘱、处方的医生对此违法违规行为的起主要作用大小，作出一般责任、重要责任认定。
8	造成医保基金损失的其他违法违规行为	根据开具医嘱、处方的医生对此违法违规行为的起主要作用大小，作出一般责任、重要责任认定。
9	诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据	
10	伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料	单位内仅1-2人出现某类欺诈骗保行为，则由相关人员承担主要责任；单位内3人及以上出现某类欺诈骗保行为，则由相关人员承担一般责任，部门负责人承担重要责任，单位法人代表承担主要责任。
11	虚构医药服务项目	
12	其他骗取医疗保障基金支出的行为	

序号	违法违规类型	责任认定
13	执行药品集中采购中无正当理由带量采购政策中，公立医疗机构非中选产品，被医保部门通报的	根据相关人员对此违规行为起的作用大小，分别作出一般责任、重要责任和主要责任认定。
14	为非登记备案相关人员，或登记备案状态为暂停、终止的，相关责任人员提供医保费用结算的	根据相关人员对此违规行为起的作用大小，分别作出一般责任、重要责任和主要责任认定。
15	相关人员对医保部门的自查自纠、敷衍应付，对已提供的清单问题不主动自查整改的	根据相关人员对此违规行为起的作用大小，分别作出一般责任、重要责任和主要责任认定。
16	相关人员所在定点医疗机构或病区涉及违反医疗保障法律法规、法规，受到医疗保障部门责令改正，拒不改正的	根据相关人员对此违规行为起的作用大小，分别作出一般责任、重要责任和主要责任认定。
17	相关人员所在定点医药机构涉及违反医疗保障法律法规、法规，受到医疗保障部门依据条例第三十九条作出行政处罚	根据相关人员对此违法行为起的作用大小，分别作出一般责任、重要责任和主要责任认定。

备注：定点零售药店违法违规使用医保基金责任类型认定参考执行。

---

内蒙古自治区医疗保障局办公室

2025年2月28日印发

---