

“驾照式记分”守好医保“钱袋子”

医保支付资格管理制度发布 一个自然年度内记12分终止医保支付资格

医保基金监管关乎老百姓看病就医的“钱袋子”。国家医保局、国家卫生健康委、国家药监局27日联合公开发布《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》，对医保支付资格管理进行了明确要求。

什么是医保支付资格管理制度？将对当前医保基金监管起到什么作用？国家医保局召开新闻发布会，进行相关解读。

遏制医保基金滥用

当前，医保基金监管形势依然严峻复杂，基金使用环节欺诈骗保违法违规行仍时有发生。医务人员手握处方“一支笔”，是维护医保基金安全的重要力量。

国家医保局基金监管司司长顾荣表示，医保支付资格管理制度是在医保协议管理的框架下，从医保支付这一关键环节入手，对定点医药机构相关人员实行“驾照式记分”。

指导意见明确，对违法或违反服务协议定点医药机构的相关责任人员，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责任人员的责任，根据行为性质和负有责任程度等对相关责任人员进行记分。记分档次分为1至3分、4至6分、7至9分、10至12分。

顾荣介绍，一个自然年度内记分达到9分的，将暂停其医保支付资格1至6个月，暂停期内提供服务发生的医保费用不予结算（急救、抢救除外）。一个自然年度内记分达到12分的，将终止医保支付资格，终止期内所提供服务发生的医保费用将不予结算。其中，由于小的违规行为累计记满12分的，终止之日起1年内不得再次登记备案；一次性记满12分的，终止之日起3年内不得再次登记备案。

指导意见要求，各省级医疗保障部门三年内逐步将相关责任人员纳入记分管理，确保平稳落地。探索将相



今年国家医保局已查出涉嫌违规金额22.1亿元

国家医保局副局长颜清辉27日在《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》新闻发布会上表示，今年以来，国家医保局飞行检查已覆盖全国所有省份，检查定点医药机构数量达500家，查出涉嫌违规金额22.1亿元。

颜清辉介绍，其中通过大数据模型线索，以“四不两直”的方式开展专项检查的定点医疗机构数量达185家，查出涉嫌违规金额8.1亿元，查实欺诈骗保机构111家。此

外，今年1至8月，全国各级医保部门共追回医保资金达136.6亿元。

“今年以来我们采取了更加积极主动的举措，进一步加大了医保基金监管力度，不断拓展监管的广度和深度。”颜清辉说，一方面，持续加大飞行检查力度，通过年度例行飞检和“四不两直”专项飞检相结合的方式，充分发挥飞行检查“利剑”作用；另一方面，更加注重监管的系统性、整体性、协同性，积极创新监管方式，着力建立健全医保基金监管长效机制。

关人员医保支付资格管理纳入医疗保障信用管理体系。

“监管到人”提高精准性

今年以来，国家医保局加大飞行检查力度，通报多地多起涉嫌欺诈骗保案例。

国家医保局副局长颜清辉表示，近年来，医保基金监管力度不断加大，但定

点医药机构违法违规使用医保基金行为依然屡查屡犯、屡禁不止，传统监管模式只能处罚医疗机构，无法“监管到人”“处罚到人”是重要原因。

“通过建立医保支付资格管理制度，将监管触角延伸至具体责任人，对违规责任人进行记分管理，突出了监管的精准性，让违规者付出应有的代价，能有效遏制医保基金滥用现象。”颜清辉说。

顾荣介绍，相关措施将实现全国联

网联动。一旦在一家定点医药机构被暂停或终止医保支付资格，在其他定点医药机构也将被采取相应措施。在一个区域被记分处理的，信息会在全国共享，实现跨机构、跨区域联动。

此外，将建立“一人一档”。“从长远考虑，我们将为定点医药机构相关人员建立‘一人一档’医保诚信档案。每个人都将获得唯一身份代码，这个代码在全国医保系统就如同个人身份证一样，是终身唯一的，不随户籍地址、居住地址而变化。”顾荣说，每个人也将拥有自己的医保诚信档案，全面记录其记分情况以及其他遵守医保相关法律法规的情况，伴随其整个职业生涯。

“三医”协同形成监管合力

医保基金监管，离不开医保、医疗、医药“三医”协同。

顾荣表示，医保部门将把记分和暂停、终止人员有关情况通报卫健部门和药监部门，由其按照职责对相关人员进行进一步加强管理，共同形成监管合力。

国家卫生健康委医政司副司长邢若齐表示，国家卫生健康委把规范医疗机构行为、维护医保基金安全作为《2024年纠正医药购销领域和医疗服务中不正之风工作要点》的重要内容，着重加强监督检查。将组织开展高额异常住院费用病例核查工作，建立分级分层监控、追溯和穿透式监管、持续监管的长效机制，规范诊疗和收费等行为。将以依法依规使用医保基金为重点，组织开展大型医院巡查工作，督促医疗机构完善内部管理。

此外，在前期配合国家医保局共同制定了本年度飞检工作方案和典型问题清单的基础上，继续配合国家医保局组织做好违法违规使用医保基金典型案例通报和警示教育。

药品是医疗卫生服务的重要保障。国家药监局药品监管司副司长周乐表示，国家药监局完善法规制度，夯实药品监管的基础；强化生产环节的监管，深入开展药品安全巩固提升行动；强化药品经营环节监管，加大对药品网络销售的监测力度，坚持线上线下一体监管。

“国家医保局积极加强与国家卫生健康委、国家药监局等部门的协作，把建立医保支付资格管理制度作为完善医保基金监管制度体系的重要一环，全力推进实施。”颜清辉说。

本组文图均据新华社

早报9月27日讯 记者从青岛市人力资源和社会保障局获悉，青岛市2024年度社会保险（职工基本养老保险、工伤保险、失业保险）缴费基数调整差额补收工作将于10月份启动。

根据山东省人力资源和社会保障厅、山东省医疗保障局等4部门《关于公布2023年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资等有关问题的通知》，2023年度全省全口径城镇单位就业人员平均工资（以下简称“省全口径平均工资”）为88313元，全省2024年度社会保险个人月缴费基数上限为22078元，下限为4416元，自2024年1月1日起执行。

青岛市2024年度社会保险缴费基数调整差额补收工作将于10月份启动

在2023年度省全口径平均工资公布前，即今年1—7月份，我市社会保险费个人月缴费基数的上下限分别按照21207元和4242元暂行标准执行。8月份，按照新公布的2024年度社会保险个人月缴费基数上下限标准，我市已对参保单位申报的缴费基数进行保底封顶调整，并按新标准征收社保费。今年1—7月份因缴费基数调整所产生的社保费差额部分，税务部门将于10月份

进行补收。参保单位年初为职工申报的上年度月平均工资低于4416元或高于21207元的，职工个人应补缴的缴费基数调整差额由单位代扣代缴，上年度月平均工资在4416元和21207元之间的，不作调整。

基层快递网点优先参加工伤保险月缴费基数，按7359元执行，1—7月份缴费基数调整产生的差额部分，税务部门将于10月份一并补收。

今年1—7月份，全市灵活就业人员养老保险缴费基数低于4416元的，税务部门将同步开展缴费基数差额调整工作。采取银行扣费方式缴纳的，税务部门将在10月缴费期内对1—7月份差额部分进行统一扣费；采取自行申报方式缴纳的，请于10月底前，通过税务部门提供的缴费渠道自行补缴差额部分。

（观海新闻/青岛早报记者 杨健）