《西藏自治区定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）》政策解读

为贯彻落实党的二十届三中全会关于“加强医保基金监管”的决策部署，加强医保基金使用管理，维护医疗保障基金安全，保障参保人合法权益，结合我区工作实际，自治区医保局联合自治区卫生健康委、自治区药监局制定了《西藏自治区定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）》（以下简称《实施细则》），现将主要内容解读如下：

一、制定背景

（一）国家部署情况。2020年4月，中央深改委会议审议通过《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》，强化了医保基金监管的顶层设计，提出“完善医保对医疗服务行为的监控机制，将监管对象由医疗机构延伸至医务人员，将监管重点从医疗费用控制转向医疗费用和医疗服务绩效双控制”，将建立医保支付资格管理制度明确为一项深化改革任务；2023年，《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》（国办发〔2023〕17号）明确：“强化定点医药机构自我管理主体责任，对相关责任人员，可按照医保协议中止医保支付资格”内容，提出了对相关责任人员暂停医保支付资格的要求；2024年8月，国家医保局、国家卫生健康委、国家药监局联合印发《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），就定点医药机构相关人员医保支付资格管理工作提出指导性意见，要求各级医疗保障行政部门将相关人员医保支付资格纳入监管范围，加强对医保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。

（二）实际工作需求。**一是建立医保支付资格管理制度是解决医保基金监管现实难题的迫切需要。**近年来，在各级医保部门持续高压打击之下，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、面广量大。究其原因，根本在于传统监管模式只能处罚医药机构，无法“监管到人”“处罚到人”，少部分违法违规人员觉得无关痛痒，便有恃无恐、变本加厉。一方面，对大型医疗机构或其科室暂停、解除医保服务协议影响群众看病就医，医保部门在处罚时难免投鼠忌器。即便下决心对严重欺诈骗保的大型医疗机构或科室暂停、解除医保服务协议，也容易对未参与骗保的医务人员造成误伤。另一方面，对欺诈骗保的小型医疗机构、零售药店，暂停或解除医保服务协议虽然对群众看病就医影响较小，具有可操作性，但一些小型医疗机构改头换面成本低，加之人员流动性大，很容易变换执业或就业单位。因此，有必要创新监管方式，精准监管到人，坚持激励与约束并重，激发医务人员规范使用医保基金的内生动力，将医保支付资格管理制度作为应对严峻复杂基金监管形势、维护医保基金安全的治本之策。**二是建立医保支付资格管理制度是最大程度保护医务人员、“治未病”的溯源治理之策。**医务人员手握处方“一支笔”，处于医保基金使用链条的关键环节，是维护医保基金安全的重要力量。发挥好医务人员的主观能动性，能有效防止相当一部分违法违规问题的发生，对于做好医保基金监管工作十分重要。建立医保支付资格管理制度，通过“驾照式记分”对相关责任人员记分，既通过梯度记分达到警示教育目的，又避免记分范围宽泛，暂停或终止医保支付资格仅针对部分存在严重违法违规行为的医务人员，有效发挥震慑作用，主动约束手中“一支笔”。2025年3月，最高人民法院、最高人民检察院、公安部联合出台《关于办理医保骗保刑事案件若干问题的指导意见》，明确“定点医药机构（医疗机构、药品经营单位）以非法占有为目的，骗取医疗保障基金支出的，对组织、策划、实施人员，依照《刑法》第二百六十六条的规定，以诈骗罪定罪处罚”“定点医药机构的国家工作人员，利用职务便利，骗取医疗保障基金，依照刑法第三百八十二条、第三百八十三条的规定，以贪污罪定罪处罚”。因此，建立医保支付资格管理制度，引导医务人员从源头上加强自律管理，是“治已病”“除未病”的治本之策，能够有效防止犯罪行为发生，最大程度保护医务人员。

二、主要内容

《实施细则》共十一章四十八条。

**第一章总则**，主要规定了《实施细则》的法律依据，定点医药机构相关人员医保支付资格管理的适用范围、适用原则等总体要求。同时，补充细化定点零售药店相关人员范围，增加了药学相关专业技术人员（含执业药师）。

**第二章责任分工**，明确了医疗保障、卫生健康、药品监管行政部门，以及医保经办机构、定点医药机构各方责任。

**第三章协议管理与服务承诺**，包括完善定点医药机构服务协议，定点机构相关工作落实情况与协议续签等挂钩；医保经办机构做好记分管理、信息核查等工作；相关人员获得医保支付资格的方式途径、作出服务承诺的内容等。

**第四章登记备案**，明确了登记备案内容，登记备案状态（正常、暂停、终止）。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《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。

**第五章记分规则**，明确记分情形、责任认定等。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。相关人员记分建立在医保部门作出行政处罚或协议处理的基础上，并分别确定一般责任者、重要责任者、主要责任者，相关责任人员责任确定应充分听取定点医药机构合理意见。分1-3分、4-6分、7-9分、10-12四个档次，均结合轻重层次及涉及的责任金额进行记分，其中欺诈骗取医保基金，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条等法律法规条款进行处理，并对一般责任者、重要责任者、主要责任者，一次分别记10-12分。

**第六章记分管理**，明确了对不同记分数值情况的处理措施，其中记分1-8分的，给予相应整改学习、约谈、提醒处理；记分累计达到9-11分的，分别暂停2、4、6个月支付资格；记分累计达到12分的，终止1年支付资格；单次记分12分的，终止3年支付资格；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。定点医药机构提供查询服务，包括登记备案和记分情况。同时，通过挂号平台等实时公布相关人员支付资格的暂停或终止信息，确保参保人员及其家属在就医购药时了解相关情况。

**第七章异议申诉**，明确了相关人员对记分或资格状态存在异议时的解决途径。

**第八章修复恢复**，细化新增了修复途径，包括线上线下学习培训、现场参与医保政策宣传活动、飞行检查、专项检查等活动等进行修复，符合规定的可以减免记分或缩减暂停结算期限。同时明确了修复提出时间及医保经办办理时限。

**第九章结算清算**，明确了登记备案状态为正常的医保基金予以结算，暂停或终止的医保基金不予结算（急诊、抢救等特殊情形除外）。要求经办机构加强医保基金审核结算、督促定点医药机构及时维护相关人员医保支付资格状态，并通过智能审核、人工审核等方式核查定点医药机构医保费用。

**第十章监督管理**，明确了相关部门的监督责任。

**第十一章附则**，明确了执行日期

 来源：自治区医疗保障局