安康市医疗保障定点医药机构协议管理制度

第一章 总则

**第一条**  为进一步加强和规范安康市医疗保障（以下简称医保）定点医药机构协议管理，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《零售药店医疗保障定点暂行管理办法》（国家医疗保障局令第3号）和省市等有关规定，结合我市实际，制定本制度。

**第二条** 本制度所指的定点医药机构，是医疗保障定点医疗机构和医疗保障定点零售药店的统称。定点医疗机构是指与医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）签订医疗保障服务协议（以下简称医保协议），为医保参保人员提供医疗服务的医疗机构。定点零售药店是指与医疗保障经办机构签订医疗保障服务协议，为医保参保人员提供药品零售服务的药店。

**第三条** 医疗保障行政部门负责制定医药机构定点管理政策，制定协议范本并开展协议备案审查，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对经办机构、定点医药机构进行监督。经办机构负责确定定点医药机构，并与定点医药机构签订医保协议，提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。定点医药机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医疗服务和药品服务。

**第四条**  定点医药机构管理应遵循以下原则：

(一)合理布局、保障有力。按照保基本、可持续的原则，结合城镇分布特点、参保人群健康需求、医疗卫生服务体系规划设置、医保服务能力等，做到布局合理、服务规范、发展均衡、定点互认、管理有序。

(二)公平竞争、择优定点。本着“公平、公正、公开”原则，鼓励和引导各种所有制性质、级别和类别的医药机构公平参与竞争；鼓励医药机构在服务质量、价格、费用等方面进行竞争，选择服务质量好、价格合理、管理规范的医药机构，通过谈判签订医保协议。

(三)优胜劣汰、动态管理。建立事前、事中、事后全过程管理体系，通过医保协议明确经办机构和医药机构双方的权利义务，规范医药机构服务行为，完善退出机制，提高管理效率。

**第五条** 本市行政区域内医保定点医药机构的申请、评估、谈判、准入、退出、医保协议签订、考核、监督和管理等适用本制度。

第二章 申报条件

**第六条** 以下取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的医疗机构和经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构，在证件有效期内可向经办机构申请医保定点：

(一)综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医院、专科医院、康复医院;

(二)专科疾病防治院(所、站)、妇幼保健院;

(三)社区卫生服务中心(站)、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所(站)、村卫生室(所);

(四)独立设置的急救中心;

(五)安宁疗护中心、血液透析中心、护理院;

(六)养老机构内设的医疗机构。

医疗机构的分设机构（如独立法人和执业许可证）、协作（合作）医院应单独申请医保定点。互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议，其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，由经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

**第七条** 申请医保定点的医疗机构应同时具备以下条件：

(一)正式运营至少3个月；

(二)至少有1名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师；

(三)主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员。100张床位以上的医疗机构应设内部医保管理部门，安排专职工作人员；50张床位以上的医疗机构应设立医保结算窗口，实行一窗受理、一站式结算；

(四)具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等；

(五)具有符合医保协议管理要求的医院信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息，为参保人员提供直接联网结算。设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库，按规定使用国家统一的医保编码；

(六)符合法律法规和医疗保障行政部门规定的其他条件。

**第八条** 依法取得药品经营许可证和营业执照的零售药店，在证照有效期内可向经办机构申请医保定点。

药品零售连锁企业门店（以下简称连锁门店）应单独申请医保定点。

**第九条** 申请医保定点的零售药店应同时具备以下条件：

(一)在注册地址正式运营至少3个月；

(二)至少有1名取得执业药师资格证书或具有药学、临床医学、中药学专业资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师必须签订1年以上劳动合同且在合同期内；

(三)至少有2名熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专（兼)职医保管理人员负责管理医保费用，并签订1年以上劳动合同且在合同期内；

(四)按药品经营质量管理规范要求，开展药品分区管理，并对所售药品设立明确的医保用药标识；

(五)具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度、医保费用结算制度等；

(六)具有符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，按要求向医保信息系统传送全部购药人员相关信息，为参保人员提供直接联网结算，建立医保药品等基础数据库，按规定使用国家统一的医保编码；

(七)符合法律法规和医疗保障行政部门规定的其他条件。

**第十条** 医药机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

(一)以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围的；

(二)基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策的；

(三)未依法履行行政处罚责任的；

(四)以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年的;

(五)因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；

(六)因严重违反医保协议约定而被解除协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的；

(七)法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医药机构被解除医保协议，未满5年的；

(八)法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人员名单的；

(九)法律法规规定的其他不予受理的情形。

第三章 办理规程

**第十一条** 符合申报条件并愿意承担医保服务的医药机构，可向当地经办机构提出医保定点申请，并提供以下书面材料：

(一)医疗机构应提供的材料

1.填报《安康市医疗保障定点医疗机构申请表》（附件1），一式三份；

2.医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照复印件。其中，营利性医疗机构另需提供营业执照的正、副本复印件各一份，非营利性民办医疗机构提供《民办非企业单位登记证》复印件；民办非企业单位三证合一的机构证书及复印件，或民办非企业法人证书和组织机构代码证书副本及复印件；

3.县级及以上卫生健康行政部门确认的医疗机构等级证明；

4.法定代表人身份证复印件一份；

5.与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

6.与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

7.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

8.按相关规定要求提供的其他材料。

(二)零售药店应提供的材料

1.填报《安康市医疗保障定点零售药店申请表》（附件2），一式三份；

2.药品经营许可证和营业执照的正本副本复印件，各一份；

3.法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件一份；

4.执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件；

5.医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；

6.与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

7.与医保有关的信息系统相关材料；

8.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

9.按相关规定要求提供的其他材料。

**第十二条** 医药机构提出定点申请，经办机构应即时受理。经办机构对提交的申请材料进行初审。材料内容齐全的，予以受理，申请材料内容不全的，经办机构自收到申请材料之日起5个工作日内一次性告知医药机构补充。

**第十三条** 经办机构应组织评估小组或委托符合规定的第三方机构，以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月，医药机构补充材料时间不计入评估期限。

**第十四条** 经办机构办理流程

(一)受理。经办机构受理申请后，对申请资料逐一进行核查，提请评估小组或委托符合规定政策的第三方机构进行评估。

(二)评估。评估小组或委托符合规定政策的第三方机构根据核查的资料情况，按照评估内容和相关要求进行评估。经办机构应将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估合格的，纳入拟签订医保协议的医药机构名单。对于评估不合格的应告知其理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改3个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

(三)公示。对于评估合格的，纳入拟签订医保协议的医药机构名单向社会公示，公示期为7天。

(四)协商谈判。评估结果为合格的医药机构，且公示期满后，经办机构与其就医保服务人群、服务范围、服务项目、服务质量、费用结算、违约处理、协议变更、解除、争议处理，以及支付方式、药品带量采购、高值耗材使用等内容进行协商谈判。

(五)签订协议。经办机构与评估合格的医药机构协商谈判达成一致的，双方自愿签订医保协议。经办机构与医药机构签订协议并向同级医疗保障行政部门备案。医保协议应明确双方的权利、义务和责任。签订医保协议的双方应当严格执行协议约定。

(六)公布。经办机构在门户网站或微信公众号等向社会公布签订医保协议的医药机构信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

**第十五条** 建立监督机制，医疗保障行政部门对评估工作进行监督，必要时对拟新增定点医药机构进行抽检复核。

**第十六条** 医药机构在公示期间或签订医保协议前被举报投诉且未依法完全履行行政处罚的，经办机构应认真进行调查核实，未经核实，不得与相应的医药机构签订医保协议。经核实后发现存在不宜签订医保协议的违法违规行为的，不予签订医保协议。

**第十七条** 对确定为医保定点的医药机构，在签定协议前应做好以下工作：

(一)建立与医保相适应的内部管理制度，配备必要的专（兼）职医保管理人员；

(二)参加医疗保障部门组织的医保政策和业务培训，相关人员应熟悉医保相关政策法规知识；

(三)按医保结算的医保政策和技术规范要求，建立医保结算、监管、服务、药品进销存等信息系统，并配备相关硬件设备，按规定要求做好与医保信息管理系统的实时联网和联调测试工作，并通过经办机构验收；

(四)在医保刷卡结算区域安装视频等远程监控系统；

(五)按照社会保险法为所雇聘员工参加基本医疗保险。

**第十八条** 对新增定点医药机构，医保经办机构要填写《安康市新增医疗保障定点医药机构验收单》《安康市医疗保障定点医药机构协议管理登记表》（见附件）。申请定点的医药机构因自身原因三个月内未能签订医保协议的，视作自动放弃定点资格。

**第十九条** 对符合条件，自愿申请纳入慢特病、门诊统筹管理的定点医药机构，医保经办机构应按照“应纳尽纳、稳步扩面、动态管理”的原则把好准入关，有序拓宽保障渠道，严格协议管理，加强医保基金监管。

第四章 协议管理

**第二十条** 医保服务协议根据医保政策、协议谈判情况，由医保经办机构依据统一范本进行细化制定，报医疗保障行政部门审查备案后方可签订。医保服务协议有效期原则上为一年。

**第二十一条**  定点医药机构的名称、法定代表人、主要企业负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级类别和药品经营范围等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起30个工作日内向经办机构提出变更申请（附件5）。其他一般信息变更应及时书面告知。

**第二十二条** 医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点医药机构的协议履行情况、医疗保险基金使用情况、医疗服务行为、购买涉及医疗保险基金使用的第三方服务等行为进行监督。开展监督检查工作时，可以记录、录音、录像、照相、复制等方式提取与监督检查工作事项有关的资料，定点医药机构及相关人员应予以配合，并如实提供相关材料。发现有违约行为的，应当及时按照医保协议处理。发现有违法行为的，及时提出整改意见，并依法作出相应的处理。

**第二十三条** 经办机构根据医保协议对定点医药机构定期采取实地稽核、书面稽核等方式开展监督检查。经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、社会监督等方式对定点医疗机构进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

**第二十四条** 经办机构定期组织对医疗机构医保工作负责人、零售药店负责人进行医保法规和政策的培训。定点医药机构每年应自行组织医护人员、业务员等开展医保法规政策培训，并做好相关考核工作。

第五章 监督考核

**第二十五条**  经办机构或其委托符合规定的第三方机构，对定点医药机构开展绩效考核。原则上包括日常考核、年终考核和满意度测评。

日常考核内容主要考核医保协议执行情况、医保工作任务落实情况等。采取明查暗访、医保资料抽审、智能审核、专项检查等方式对定点医药机构进行检查考核，对参保人投诉情况进行核查。

年终考核由考核工作组实施。采取听汇报、查资料、现场检查等方式对定点医药机构的组织机构和制度建设情况、医疗保险政策宣传及执行情况、医保协议执行情况、医保服务质量等进行考核。年终考核原则上安排在次年第一季度进行。

医保服务满意度测评围绕定点医药机构办事效率、收费规范、公开透明、服务态度、政策宣传、医保服务、药品管理等内容采取网上测评或问卷调查等方式进行。

**第二十六条** 考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。定点医药机构年度综合考核结果实行百分制，日常考核成绩占50%，年终考核成绩占40%，满意度测评占10%。年度考核90分及以上的，续签医保协议，全额结付服务质量保证金；年度考核90分以下的，要求定点医药机构整改，整改达标后续签医保协议，每降低1分扣减服务质量保证金的3%；年度考核60分以下的，除扣除全部服务质量保证金外，不再续签医保协议。

第六章 违规处理

**第二十七条** 凡申请参加我市医保定点管理的医药机构不得弄虚作假。凡有弄虚作假行为的，一经查实，记入医保诚信“黑名单”。已签订医保服务协议的，直接解除医保服务协议，正在评估的，取消其评估资格。

**第二十八条** 参与评估、考核的工作人员应严守工作纪律，执行评估、考核工作规定和程序，客观公正的反映评估、考核情况，弄虚作假、徇私舞弊、工作失职的，一经发现，直接取消评估、考核资格。造成不良后果的，依法依规追究个人责任。

**第二十九条** 各定点医药机构在显著位置悬挂统一样式的定点医药机构标识，实行定点资格互认。各级医保经办机构不得随意、变相扩大标识牌范围和内容，增加定点医药机构负担，一经发现，追究相关人员责任。

**第三十条** 医保服务协议中止期间发生的医保费用不予结算；中止期结束，未超过医保服务协议有效期的，医保服务协议可继续履行；超过医保服务协议有效期的，医保服务协议终止。

定点医药机构有下列情形的之一的，经办机构应中止医保服务协议：

(一)根据日常检查和绩效考核，发现医疗保险基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的；

(二)未按规定向经办机构医及疗保障行政部门提供有关数据或提供数据不真实的；

(三)根据医保服务协议约定应当中止协议的；

(四)法律法规和规章规定其他应当中止的情形。

**第三十一条** 定点医药机构在协议期内有下列情形之一的，解除医保服务协议。

(一)定点医疗机构

1.医保协议有效期内累计2次及以上被中止医保服务协议或中止医保服务协议期间未按要求整改或整改不到位的;

2.以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的;

3.经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的;

4.为非定点医疗机构或处于中止医保服务协议期间的医疗机构提供医保费用结算的;

5.拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核、监督检查等，情节恶劣的;

6.被发现重大信息发生变更但未在规定时限内办理重大信息变更的;

7.定点医疗机构停业或歇业后未按规定向经办机构报告的;

8.医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中，发现定点医疗机构存在重大违法违规行为且可能造成医疗保险基金重大损失的;

9.被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的;

10.法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行医保服务协议约定，或有违法失信行为的;

11.未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的;

12.定点医疗机构主动提出解除医保服务协议且经办机构同意的;

13.根据医保服务协议约定应当解除医保服务协议的;

14.法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

(二)定点零售药店

1.医保服务协议有效期内累计2次及以上被中止医保服务协议或中止医保服务协议期间未按要求整改或整改不到位的;

2.发生重大药品质量安全事件的;

3.以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的;

4.以伪造、变造医保药品“进、销、存”票据和账目、伪造处方或参保人员费用清单等方式，骗取医疗保险基金的;

5.将非医保药品或其他商品串换成医保药品，倒卖医保药品或套取医疗保险基金的;

6.为非定点零售药店、中止医保服务协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算的;

7.将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的;

8.拒绝、阻挠或不配合经办机构开展智能审核、绩效考核等，情节恶劣的;

9.被发现重大信息发生变更但未办理变更的;

10.医疗保障行政部门或有关执法机构在行政执法中，发现定点零售药店存在重大违法违规行为且可能造成医疗保险基金重大损失的;

11.被吊销、注销药品经营许可证或营业执照的;

12.未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的;

13.法定代表人、企业负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的;

14.因定点零售药店连锁经营企业总部法定代表人、企业负责人或实际控制人违法违规导致连锁零售药店其中一家分支零售药店被解除医保服务协议的，相同法定代表人、企业负责人或实际控制人的其他分支零售药店同时解除医保服务协议;

15.定点零售药店主动提出解除医保服务协议且经经办机构同意的;

16.根据医保服务协议约定应当解除协议的;

17.法律法规和规章规定的其他应当解除的情形。

**第三十二条** 对定点医药机构其他违规行为的处理，经办机构依据医保服务协议中的相关条款进行。在中止协议期间，定点医药机构按要求整改后，经办机构验收合格的，继续履行医保服务协议;未按时限完成整改或整改不到位的，经办机构可解除医保服务协议。

**第三十三条** 医保经办机构在对定点医药机构日常检查、稽核、考核中，发现有违法行为应受到行政处罚的，应及时上报医疗保障行政部门依法依规进行查处。对隐瞒不报或相互串通的，追究相关责任人的责任。

**第三十四条**  经办机构与定点医药机构中止履行医保服务协议约定，中止期间继续发生医保费用的，由该定点医药机构负责，医保基金不予支付。经办机构与定点医药机构之间的医保服务协议解除，协议关系不再存续，协议解除后产生的医药费用，医疗保险基金不再结算。

**第三十五条** 对解除、中止医保服务协议的定点医药机构，要在相关网站、媒体公示。

第七章 附则

**第三十六条** 经办机构与定点医药机构因履行协议发生争议的，可由双方协商解决，经协商不能解决的，可请求同级医疗保障行政部门协调处理，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

**第三十七条** 续签医保服务协议应由定点医药机构于医保服务协议期满前3个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织实施。经办机构与定点医药机构就医保服务协议续签事宜进行协商谈判，双方根据医保服务协议履行情况和绩效考核情况等决定是否续签。协商一致的，可续签医保服务协议;未达成一致的，医保服务协议到期后自动终止。

**第三十八条** 本制度与上级部门新出台规定及政策相冲突的，按最新规定执行。原《安康市医疗保障定点医药机构协议管理办法（试行）》即行废止。

本制度自发文之日起施行。