

宣城市宣州区医疗保障局文件

宣区医保〔2022〕4号

关于印发《宣州区医药机构申请医疗保障定点评估细则（试行）》的通知

各定点医药机构：

现将《宣州区医药机构申请医疗保障定点评估细则（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。



宣州区医药机构申请医疗保障定点 评估细则（试行）

第一章 总 则

第一条 为进一步规范我区医药机构医疗保障定点评估工作,根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》(国家医保局 2 号令)、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》(国家医保局 3 号令)及《安徽省医疗保障局关于印发安徽省基本医疗保险定点医药机构服务协议范本(试行)的通知》(皖医保秘〔2021〕103 号)精神,制定本细则。

第二条 本办法所称定点医药机构,是申请医保定点的医疗机构和零售药店的统称。医疗保险定点医药机构服务协议(以下称“服务协议”)是指经办机构与定点医药机构依据国家和省、市有关法律法规签订的、用于规范双方责任、权利、义务及违约处理等办法的专门合约。

第三条 本细则所称的定点评估,是指医保经办机构对申请医保定点的医药机构是否具备定点的条件进行评估,并出具评估报告的专业行为。

第四条 本区行政区域符合条件的医药机构在平等、自愿基础上申请成为医疗保险定点医药机构,评估工作坚持公开、公平、公正原则,实行统一的评估内容、评估规则、评估流程。

第二章 申请原则及条件

第五条 确定定点医药机构的基本原则：

（一）因地制宜、布局合理。按照规划合理、因地制宜、保障基本医疗的方针，结合城乡分布特点、参保人群密度的差异及卫生服务体系规划设置，力求做到布局合理、服务有序、发展均衡。

（二）公开透明、自愿申请。经办机构要在合理布局的基础上，公开、公平、公正的选择定点医药机构。申请医保定点的医药机构自愿履行经办机构向社会公布的服务协议内容。

（三）引入竞争、择优定点。经办机构要综合考虑医药机构的服务范围、规模、质量、特色等方面因素，引入竞争机制，认真组织评估工作，选择综合条件比较好的医药机构（不含医疗美容机构）纳入医保定点协议管理。

（四）有进有退、动态管理。经办机构按照参保人医保服务需求、基金支付能力以及经办能力、信息系统建设等情况，与综合条件好的医药机构签订服务协议。对签订服务协议期间定点基本情况发生变化达不到定点标准要求的，以及存在违法违规经营等情形的，在区医保行政部门提出意见后，经办机构要按照服务协议约定及时解除（终止）服务协议。

第六条 申请基本医疗保险定点的医疗机构应具备的基本条件：

（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;

(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) 符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

第七条 申请基本医疗保险定点的零售药店应具备的基本条件:

(一) 在注册地址正式经营至少 3 个月;

(二) 至少有 1 名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师, 且注册地在该零售药店所在地, 药师须签订 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, 开展药品分类分区

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药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度；

（六）具备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，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医保编码；

（七）符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

第八条 医药机构有下列情形的不得申请基本医疗保险定点医药机构：

（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医保协议未满 1 年或已满 1 年但未完全履行违约责任的；

（七）法定代表人、企业负责人或实际控制人曾因严重

违法违规导致原定点零售药店被解除医保协议,未满 5 年的;

(八) 法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信人名单的;

(九) 法律法规规定的其他不予受理的情形。

第二章 评估机构

第九条 医保经办机构开展医保定点评估,可以自行组织,应组成评估小组,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。

第三章 受理评估

第十条 属于国家医疗保障局令第 2 号和第 3 号规定的申请范围,并具备基本条件的医药机构可向统筹地区医保经办机构提出医保定点申请,至少提供以下申请材料,申请材料同时作为评估材料。

(一) 定点医药机构申请表;

(二) 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;

(三) 药品经营许可证、营业执照和法定代表人主要负责人或实际控制人身份证复印件;

(四) 卫生专业技术人员资格证书、执业证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件;

(五) 医保专(兼)职管理人员的劳动合同复印件;

(六) 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本;

(七) 与医保有关的医疗机构信息系统相关材料;

(八) 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告;

（九）省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

第十一条 医保经办机构应及时受理医药机构提出的定点申请材料。对申请材料内容不全的，经办机构应在 5 个工作日内一次性告知医药机构补充。

第四章 评估时间、方式及流程

第十二条 医保经办机构自收到申请材料之日起，评估时间不超过 90 个工作日。医药机构补充材料时间不计入评估时限。

第十三条 评估采用书面和现场相结合的形式开展，并且评审小组评估时，需由医保行政部门的纪检工作人员参与监督，确保整个评估工作的公平、公正。

第十四条 评估流程包括评估告知、实施评估、出具评估结论三个环节。

（一）评估告知。医保经办机构受理医药机构提出的申请后，应当告知医药机构将开展评估。告知可采取出具书面评估通知或者通过电话、网络告知。

（二）实施评估。评估人员根据评估内容，采取座谈、查阅资料、实地查看、走访相关单位等方式对医药机构做出全面评估。

（三）评估结论。评估小组完成评估后出具评估结论书。评估结论书应当由评估小组成员共同签名。

第五章 评估规则

第十五条 评估采取基本条件评定和综合指标评分方

式，同时结合医药机构各方面情况，做出全面、客观、公正的评估结论。评估结论分为合格和不合格。对于评估合格的，向社会予以公示。对于评估不合格的，告知其理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改 3 个月后再次组织评估，评估仍不合格的，1 年内不得再次申请。

第十六条 基本条件评定主要用于必备项目评估。医药机构不具备国家医疗保障局令第 2 号、第 3 号规定的申请定点基本条件或者具有不予受理情形的，经办机构直接拒绝受理。

第十七条 综合指标评分主要用于可量化项目评估，对医药机构的服务能力等进行客观评分。根据评估内容设置评估指标的具体分值以及评估合格分数线，评估 60 分及以上为评估合格，60 分以下为评估不合格。

第六章 评估内容

第十八条 申请医保定点医疗机构的评估内容

（一）基本条件评估

1、核查医疗机构是否持有医疗机构执业许可证或诊所执业备案证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证；

2、核查正式运营时间是否达到 3 个月；

3、核查医疗机构主要负责人是否负责医保工作，是否配备专(兼)职医保管理人员；100 张床位以上的医疗机构是否设内部医保管理部门，安排专职工作人员；

4、核查医疗机构是否开设与基本医疗服务有关的诊疗

科室（项目）、是否有下列不予受理定点申请的情形：

（1）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；

（2）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；

（3）未依法履行行政处罚决定的；

（4）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；

（5）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决定的；

（6）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 年但未完全承担违约责任的；

（7）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疗机构被解除医保协议，未满 5 年的；

（8）法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

（9）法律法规规定的其他不予受理的情形。

5、核查医疗机构与医保政策对应的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等是否符合医保协议管理要求；

6、核查卫生健康部门对医疗机构的评审结果。

（二）服务能力评估

1、核查医疗机构医师、护士、药学及医技等专业技术

人员执业信息，是否至少有 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；

2、核查医疗机构开设与基本医疗服务有关的诊疗项目执业医师配置情况；

3、核查医疗机构护床比、卫技床位比、每床建筑面积等配置情况。

4、核查医疗机构是否具有与服务功能相适应的诊断、治疗、手术、住院、药品贮存及发放、检查检验放射等基础设施和仪器设备，以及设备操作人员是否具有符合要求的专业资质；

5、核查医疗机构医保药品种数、医疗业务用房面积、临床科室数量以及开设的病床数量。

（三）信息系统建设情况评估

1、核查医疗机构是否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，能实现与医保信息系统有效对接，并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；

2、核查医疗机构是否按规定使用国家统一的医保信息业务编码；

3、核查医疗机构是否建立医保药品、医用耗材、医疗服务设施、诊疗项目、疾病诊断以及科室、医护人员基本信息等基础数据库及运行情况；

4、核查医疗机构信息安全内控制度的建设情况；

5、核查医疗机构医疗服务（就医、治疗、结算等）全流程信息化管理情况。

（四）综合能力指标评估

1、核查医疗机构药品及医用耗材进销存管理情况，抽查药品和医用耗材的进销存记录；

2、核查医疗机构药品、医用耗材、医疗服务价格公示情况；

3、核查医疗机构向患者提供医疗服务清单的情况；

4、核查医疗机构与职工签订劳动合同，并为其办理社会保险的情况；

5、核查医疗机构提供医保业务咨询的便捷度、投诉纠纷处理的管理措施及协调机制的建立情况。

各统筹地区对仅开展普通门诊医疗服务的医疗机构综合指标评分内容可适当简化。

（五）社会评价

1、定点申请前三年内被市场监管、卫健、人社等部门查处且情节严重的或查处两次以上的不得纳入医保定点。

2、医疗机构提交定点申请前三年内被市场监管、卫健、人社等相关部门表彰的情况。

第十九条 申请医保定点零售药店的评估内容

（一）基本条件评定

1、基本情况核查

（1）核查零售药店是否取得药品经营许可证、营业执照和法定代表人、企业负责人或实际控制人的身份证；

(2) 核查零售药店是否在注册地址正式经营至少 3 个月。

2、服务能力核查

(1) 核查零售药店与医保政策对应的医保药品管理制度、财务管理制度、统计信息制度、医保费用结算等制度是否符合医保协议管理要求；

(2) 核查零售药店执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及劳动合同，是否至少有 1 名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师是否签订 1 年以上劳动合同且在合同期内；

(3) 核查医保专（兼）职管理人员劳动合同，是否至少有 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；

(4) 核查零售药店是否按药品经营质量管理规范要求，开展药品分类分区管理，并对所售药品设立明确的医保药品标识。

3、信息系统核查

(1) 核查零售药店信息系统是否具有符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，能实现与医保信息系统有效对接，为参保人员提供直接联网结算；

(2) 核查零售药店是否按规定使用国家统一的医保信息业务编码；

(3) 核查零售药店是否建立医保药品等基础数据库；

4、不予受理情形核查

(1) 未依法履行行政处罚决定的；

(2) 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；

(3) 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决定的；

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

(5) 法定代表人、企业负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点零售药店被解除医保协议，未满 5 年的；

(6) 法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

(7) 法律法规规定的其他不予受理的情形。

(二) 综合指标评分

1、核查零售药店药品、医疗器械、医用耗材进销存记录的真实性等管理情况；

2、核查处方药外配服务管理情况；

3、核查工作人员依法签订劳动合同及参加社会保险情况。

(三) 社会评价

1、定点申请前三年内被市场监管、卫健、人社等部门查处且情节严重的或查处两次以上的不得纳入医保定点。

2、零售药店提交定点申请前三年内被市场监管、卫健、

人社等相关部门表彰的情况。

第七章 评估结果公示及运用

第二十条 结果公示。评估后，在政府或医疗保障行政部门网站等媒体将拟通过评估的定点医药机构名单进行公示，公示期为 5 个工作日。公示期间接到相关举报投诉的，经调查核实不符合定点医药机构要求的，取消纳入定点医药机构资格，不予签订服务协议。

第二十一条 医保经办机构与确定纳入协议管理的医药机构协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保服务协议，并报区医疗保障行政部门备案。协议期限一般为 1 年，年中新增的医药机构服务期限签至年末。新增定点医药机构未按时限签订医保服务协议的，视为自动放弃，原则上 1 年内不再受理其医保定点申请。

第八章 监督与管理

第二十二条 开展评估工作不得收取任何费用。评估工作所需经费应当列入单位部门预算。

第二十三条 区医疗保障行政部门应当加强对评估工作的监督和管理。医保经办机构工作人员在评估中存在弄虚作假、违规操作等行为的，依法依规严肃处理。

第二十四条 评估人员与医药机构法定代表人、实际控制人、主要负责人或其他可能影响公证评估情形的人员有亲属关系或利益冲突的，应当回避。

第九章 附 则

第二十五条 本细则根据国家医疗保障定点管理政策

变化而动态调整。

第二十六条 本细则由宣州区医疗保障局负责解释。

第二十七条 本细则自 2022 年 3 月 1 日起施行。