

赣州市医疗保障局

赣市医保字〔2023〕26号

关于印发赣州市医药机构医疗保障定点 评估准入和退出实施细则的通知

市医疗保障局各分局，市医疗保障基金管理中心、市医疗保障监测中心，各有关定点医药机构：

现将《赣州市医药机构医疗保障定点评估准入和退出实施细则》印发给你们，请认真贯彻执行。



赣州市医疗保障局
2023年9月22日

（此件主动公开）

赣州市医药机构医疗保障定点评估 准入和退出实施细则

第一章 总 则

第一条 为规范医疗保障定点医疗机构和定点零售药店(以下简称:“定点医药机构”)的服务行为,鼓励和引导各类医药机构公平参与竞争,促进定点医药机构为参保患者提供良好服务,根据《江西省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《江西省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》文件精神,结合我市实际,特制定本实施细则。

第二条 本实施细则所称的定点医药机构是指在本市行政区域内依法设立的医药机构,符合新增定点医药机构基本条件,自愿为参保人员提供医疗保障服务,经申请评估合格后,与市医疗保障基金管理中心签订医疗保障服务协议(以下简称“医保协议”)的医疗机构和实体零售药店。

第三条 定点医药机构评估确定的原则是:坚持基本医疗保障需求导向,中西医并重,发挥基层医药机构的作用,进一步方便群众就医购药;引入竞争机制,注重各类医药卫生资源区域平衡、合理布局,促进优化配置,提高医药卫生资源的利用效率,合理控制医药服务成本和提高医药服务质量;公平、公正、公开,优化定点评估工作流程,重点加强事中事后监管。

第二章 定点评估准入

第四条 以下取得医疗机构执业许可证或诊所（中医诊所）备案证的医疗机构，以及经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构均可申请医保定点：

（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、（中、西医）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。

推行乡村医保定点管理一体化，公立村卫生室（所）不再作为独立的医疗机构进行医保定点申请，统一纳入乡镇卫生院管理。乡镇卫生院应将辖区内已纳入医保定点管理的村卫生室报所在地经办机构备案。

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，由市医疗保障基金管理中心与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

第五条 申请医保定点的医疗机构应当同时具备以下基本条件：

(一) 正式运营至少 3 个月 (区域医疗中心可适当压缩时间)；

(二) 有开展医疗服务必备的卫生技术人员及规定人数，其中至少有 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) 有开展医疗服务必备的固定场所，以及相应的服务设施和仪器设备；

(五) 有符合医保要求的医保管理制度、财务管理制度、统计信息管理制度以及医疗质量安全核查制度等，有规范的医疗服务流程，合理公开的收费标准；

(六) 具备完善的医院信息系统技术和接口标准，并可实现与医保信息系统有效对接，为参保人提供直接联网结算。建有医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种、医保医师等基础数据库，按规定使用国家统一的医保编码，有完整的财务账目。有药品、医用耗材“进、销、存”计算机管理系统，并建有“进、销、存”台账；

(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。

第六条 定点医疗机构申请签订“互联网+”医疗服务医保

补充协议，应当具备以下基本条件：

（一）经行业主管部门批准设置互联网医院或批准开展互联网诊疗活动；

（二）具备与医保信息系统数据交换的条件，实现医保移动支付，能够为患者提供电子票据、电子发票或及时邮寄纸质票据；

（三）信息系统应当能区分常规线下医疗服务业务和“互联网+”医疗服务业务；

（四）依托医保电子凭证进行实名认证，确保就诊参保人真实身份；

（五）能够完整保留参保人诊疗过程中的电子病历、电子处方、购药记录等信息，实现诊疗、处方、配药等全程可追溯。

第七条 取得药品经营许可证，并同时符合以下条件的零售药店均可申请医疗保障定点：

（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,有完整的财务账目。有药品“进、销、存”计算机管理系统,同时建有药品“进、销、存”台账,台账与系统信息同步;

(七)符合法律法规规章和医疗保障行政部门规定的其他条件。

第八条 市医疗保障基金管理中心应当向社会公布定点医药机构申请流程,主要包括申请条件、所需材料、受理时间、受理地点、受理时限、办理流程等基本内容,方便医药机构办理定点服务申请。

第九条 依法设立的各类医药机构可根据公布的医疗保障医药服务的所需条件,自愿向所在地经办机构提出定点服务申请,并如实提供申报材料。

第十条 所在地经办机构根据医疗保障定点医药机构设置规划要求,对定点医药机构定点准入申请进行初审,资料不齐全的应当自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医药机构予以补充,医药机构在规定时间内按要求备齐材料,属于一票否决的应现场退回并告知理由。所在地经办机构统一将初审合格的医药

机构申请材料两份汇总报市医疗保障基金管理中心集中受理。

第十一条 医疗机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）以医疗美容、养生保健、辅助生殖、生活照护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；

（六）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；

（七）法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法
违规导致原定点医疗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
名单的；

（九）法律法规规定的其他不予受理的情形。

第十二条 零售药店有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）未依法履行行政处罚责任的；

(二)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;

(三)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;

(四)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;

(五)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;

(六)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;

(七)法律法规规定的其他不予受理的情形。

第十三条 市医疗保障基金管理中心应按要求组建赣州市
医疗保障定点医药机构评估专家库。由市医疗保障基金管理中心
或受委托的第三方机构从专家库中随机抽取评估小组成员,评估
小组由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员组
成。应坚持依法依规、公平公正、公开透明、节约政府公共资源、
集中高效的原则,以书面、现场等形式开展评估。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。

医疗机构评估内容包括:

(一)核查医疗机构执业许可证或诊所(中医诊所)备案证
或军队医疗机构为民服务许可证;

(二) 核查医师、护士、药学及医技等专业技术人员执业信息和医师第一注册地信息;

(三) 核查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;

(四) 核查与医保政策对应的内部管理制度和财务制度, 卫生健康部门医疗机构评审结果;

(五) 核查与医保有关的医疗机构信息系统是否具备开展直接联网结算的条件。

零售药店评估内容包括:

(一) 核查药品经营许可证、营业执照和法定代表人、企业负责人或实际控制人身份证;

(二) 核查执业药师资格证书或药学技术人员资格证书及劳动合同;

(三) 核查医保专(兼)职管理人员的劳动合同;

(四) 核查与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度;

(五) 核查与医保有关的信息系统是否具备开展直接联网结算的条件;

(六) 核查医保药品标识。

第十四条 为确保评估工作公平、公正, 参与评估专家人数每次不得少于 5 人, 其中医疗保障专家不得少于 2 名。

下列人员不得参与定点医药机构的评估:

(一) 所在地医疗保障部门在职人员。

(二) 与提交申请的医药机构存在亲属或利害关系的人员。

(三) 其他可能影响评估公平、公正的人员。

第十五条 医疗保障定点评估按照评估指标分值,对住院医疗机构、门诊医疗机构和零售药店分类进行综合评估,综合评估满分为100分,通过计算平均分的形式得出该医药机构的综合评估得分,评估结果包括合格和不合格,综合评估得分85分以上(含85分)为合格,85分以下(不含85分)为不合格。

第十六条 市医疗保障基金管理中心应将评估结果报市医疗保障局备案,对于评估合格的医药机构,及时向社会公示,公示期为7个工作日,公示期间未收到举报或收到举报但经核查不影响评估结果的,纳入拟签订医保协议医药机构名单。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。

第十七条 市医疗保障基金管理中心与评估合格拟签订协议的医药机构就双方的权利、义务和责任等内容进行协商谈判,达成一致的,双方自愿签订医保协议。签订医保协议的双方应当严格执行医保协议约定。医保协议期限一般为1年。

第十八条 全市统一以市医疗保障基金管理中心名义与定点医药机构签订医保协议,市医疗保障基金管理中心分中心不再单独与其签订医保协议。

第十九条 市医疗保障基金管理中心应向社会公布签订医保协议的定点医药机构信息，包括名称、地址、性质等，供参保人员选择。

第三章 定点动态管理和退出

第二十条 定点医疗机构的名称、法定代表人、主要负责人、实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构等级和类别等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起30个工作日内向所在地经办机构提出变更申请，其他一般信息变更应及时书面告知。法定代表人、主要负责人、实际控制人、注册地址、机构性质发生变更的，医保经办机构应按评估准入标准进行重新评估及现场核查，协议期内重新评估期间可暂不停止医保服务；未申请变更或经重新评估及现场核查不合格的，不得纳入医疗保障基金支付，中止其医保服务。

定点医疗机构有下列情形之一的，可不需要按重新评估程序准入：

（一）公立医疗机构法定代表人、主要负责人因主管部门职务任命导致变动发生变更的；

（二）因政府拆迁且新注册地址医疗机构在人员、营业面积、范围、规模等与原医疗机构一致或更好的；

（三）因街道、门牌号等变更但其实际地址未发生变动的；

（四）在原注册地址因经营面积发生增减而造成注册地址变

更的；

第二十一条 定点零售药店的名称、法定代表人、主要负责人、实际控制人、经营范围和规模等重要信息发生变更的，应自有关部门批准之日起30个工作日内向所在地经办机构提出变更申请，其他一般信息变更应及时书面告知。定点零售药店法定代表人或者注册地址发生变更的，应重新进行评估准入，协议期内重新评估期间可暂不停止医保服务。未申请变更或经评估不合格的，不得纳入医疗保障基金支付，中止其医保服务。

定点零售药店有下列情形之一的，不受理其变更申请：

- （一）因违规违约处于中止协议处理期间的；
- （二）涉嫌违规违约处于调查处理期间的；
- （三）法律法规和政策规定不予变更的。

定点零售药店有下列情形之一的，可不需要按重新评估程序准入：

- （一）国有零售药店或连锁药店集团内零售药店法定代表人因主管部门职务任命导致变动发生变更的；
- （二）因政府拆迁且新注册地址药店在人员、营业面积、范围、规模等与原药店一致或更好的；
- （三）因街道、门牌号等变更但其实际地址未发生变动的；
- （四）在原注册地址因经营面积发生增减而造成注册地址变更的。

经办机构应对定点零售药店的变更内容进行资料审核确认，

办理信息变更备案。必要时可先暂停医疗保障服务并组织现场核查。

第二十二条 医保协议续签应由定点医药机构于医保协议期满前3个月向所在地经办机构提出申请或由经办机构统一组织。市医疗保障基金管理中心与定点医药机构就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据医保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，可续签医保协议；未达成一致的，医保协议到期后自动终止。

严禁违规拨付协议期满后参保人员在该医药机构发生的医疗费用的医保支付部分。对于绩效考核结果好的定点医药机构，可以采取固定医保协议和年度医保协议相结合的方式，固定医保协议相对不变，年度医保协议每年根据具体情况调整，简化签约手续。

对于绩效考核达标的定点零售药店，市医疗保障基金管理中心可以根据具体情况调整、简化医保协议签约手续。

第二十三条 医保协议中止是指经办机构与定点医药机构暂停履行医保协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过医保协议有效期的，医保协议可继续履行；超过医保协议有效期的，医保协议自动终止。

定点医药机构可提出中止医保协议申请，经所在地经办机构同意，可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过180日，定点医药机构在医保协议中止超过180日仍未提出继续履行医保

协议申请的，原则上医保协议自动终止。定点医药机构有下列情形之一的，立即中止医保协议：

（一）经办机构对定点医药机构进行日常检查、审核、稽核、绩效考核时，发现对医保基金安全和参保人权益可能造成重大风险的；

（二）经办机构根据协议约定和绩效考核结果决定应当中止协议的；

（三）未按规定向医疗保障行政部门或经办机构提供有关数据或提供数据不真实的；

（四）被医疗保障行政部门和其他相关部门责令整改，处于整改期内的；

（五）医疗保障行政部门在行政执法中发现问题，需要中止服务协议；

（六）根据医保协议约定应当中止医保协议的；

（七）法律法规和规章规定的其他应当中止的情形。

第二十四条 医保协议解除是指经办机构与定点医药机构之间的医保协议解除，协议关系不再存续，协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。定点医药机构有符合《江西省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《江西省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》规定应当解除情形的，市医疗保障基金管理中心应解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的医药机构名单。

第二十五条 定点医药机构存在以下情形之一的，市医疗保障基金管理中心应提请市医疗保障局按照《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》及医疗保障行政部门相关规定进行相应处理：

（一）有《医疗保障基金使用监督管理条例》三十八条、三十九条、四十条中情形之一的；

（二）涉嫌或构成骗取医疗保障基金支出的；

（三）违反基本医疗保障法律法规规章规定的。

第二十六条 定点医药机构提出中止、解除医保协议或不再续签的，应提前3个月向经办机构提出申请，公立医疗机构不得主动提出中止或解除医保协议。市医疗保障基金管理中心及市级以上经办机构与定点医药机构中止或解除医保协议，该医药机构异地就医医保协议也同时中止或解除。

第二十七条 定点医疗机构的部分人员或相关科室（部门）有违反服务协议管理要求的，可视情节和性质对该人员或科室（部门）中止或终止医保结算。中止或终止医保结算期间，该人员在本市辖区内其他定点医药机构内执业产生医药费用同样不予医保结算。

第四章 附 则

第二十八条 市医疗保障基金管理中心在此基础上，可根据实际情况细化调整我市定点评估准入标准和退出相关经办规程。

第二十九条 本实施细则前出台的文件规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。国家、省医疗保障局有新政策规定的，按新政策执行。

第三十条 本实施细则由赣州市医疗保障局负责解释，自2023年10月1日起施行。