

附件

四川省医药机构医疗保障定点评估细则

(征求意见稿)

第一章总则

第一条为进一步规范全省医药机构医疗保障定点评估工作，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令 第 735 号）、《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管理暂行办法》（国家医疗保障局令 第 3 号）等法律规范，制定本细则。

第二条本细则所指的医药机构，是申请医保定点的医疗机构和零售药店的统称。

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。

第四条医药机构医保定点评估工作坚持公开、公平、公正原则，实行统一的评估内容、评估规则、评估流程。

第二章评估机构

第五条医保经办机构开展医保定点评估，可以自行组织，也可以委托第三方机构。

第六条委托第三方机构开展评估的，医保经办机构应当与受

委托的第三方机构签订委托协议。

第七条 医保经办机构或受委托的第三方机构开展评估，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 申请材料受理

第八条 属于国家医疗保障局令第 2 号规定的申请范围并具备基本条件的医疗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）定点医疗机构申请表；

（二）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照复印件（扫描件）；

（三）与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

（四）与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

（五）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告。

第九条 属于国家医疗保障局令第 3 号规定的申请范围并具备基本条件的零售药店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）定点零售药店申请表；

（二）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（扫描件）；

（三）执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其有效劳动合同复印件（扫描件）；

(四) 医保专(兼)职管理人员的有效劳动合同复印件(扫描件);

(五) 与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本;

(六) 与医保有关的信息系统相关材料;

(七) 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告。

第十条 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

第十一条 医保经办机构自收到申请材料之日起,评估时间不超过60个工作日。医药机构补充材料时间不计入评估时限。

第十二条 评估采用书面、现场等形式开展。各统筹地区根据当地实际情况选择评估形式,申请开通住院费用医保结算业务的医疗机构必须开展现场评估。

第十三条 评估流程包括评估告知、实施评估、出具评估报告三个环节。

(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。委托第三方机构开展评估的,医保经办机构应当同时告知受委托的第三方机构。

(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报告。评估报告包括评估工作的基本情况、评估内容分析、评估结论等。医保经办机构组织评估的,评估报告应当由评估小组成员共同签名。第三方机构组织评估的,评估报告应当由第三方机构法定代表人(负责人)签名,并加盖机构公章。

第五章评估规则

第十四条 评估采取基本条件评定和综合指标评分方式(零售药店定点评估可只采取基本条件评定方式),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。

第十五条 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,直接评估为不合格。

第十六条 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。各统筹地区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。

第六章评估内容

第十七条 申请医保定点医疗机构的评估内容

(一) 基本条件评定

1. 基本情况核查

(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)；

(5) 核查卫生健康部门对医疗机构的评审结果。

2. 服务能力核查

(1) 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；

(2) 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；

(3) 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。

3. 信息系统建设情况核查

(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。

4. 不予受理情形核查

(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。

(二) 综合指标评分

1. 服务能力

(1) 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；

(2) 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；

(3) 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；

(4) 核查医疗机构医师、护士、药学等专业技术人员第一注册地在该医疗机构的比例；

(5) 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。

2. 信息系统

(1) 核查医疗机构信息安全内控制度的建设情况；

(2) 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；

(3) 核查医疗机构药品和医用耗材进销存管理信息系统建设及运行情况；

(4) 核查医疗机构向医保部门联网传输相关数据的条件。

3. 其他事项

(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。

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。

第十八条 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) 核查零售药店医保药品、医疗器械、医用耗材进销存信息系统建立及运行情况。

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. 核查零售药店是否具备按要求向医保部门联网传输相关数据的条件。

第七章评估结果公示及运用

第十九条 评估小组提出初步评估结论，经办机构集体研究确定评估结果并报同级医疗保障行政部门备案。评估不合格的，应告知其理由，提出整改建议。自评估结果告知送达之日起，整改3个月后可再次申请评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

第二十条 对于评估合格拟签订医保服务协议的医药机构名单，应在统筹地区医疗保障行政部门官网公示，公示时间不少于5个工作日。公示期间接到相关投诉举报并经查证属实不符合医保定点管理要求的，不得签订服务协议，并告知原因。

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商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保服务协议，并报同级医疗保障行政部门备案。具备条件的地区，可由市（州）级医保经办机构统一与医药机构签订医保服务协议。协议期限一般为1年。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同级医保部门年度部门预算。

第二十三条 各级医疗保障行政部门应当加强对评估工作的监

督和管理。医保经办机构或第三方机构及其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、受委托的第三方机构及其工作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 本细则由四川省医疗保障局负责解释。

第二十七条 本细则自 2021 年 月 日起施行。