

河南省社会保障局文件

豫社保〔2016〕11号

河南省社会保障局

关于印发《河南省基本医疗保险定点医药机构 协议管理办法（试行）》的通知

各省辖市、省直管县（市）社会保险经办机构：

根据《河南省城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》（豫政办〔2016〕194号）、《河南省人力资源和社会保障厅关于转发〈人力资源和社会保障部关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的指导意见〉的通知》（豫人社医疗〔2016〕3号）精神，结合我省实际，我局制定了《河南省基本医疗保险

定点医药机构协议管理办法（试行）》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

2016年12月16日

河南省基本医疗保险

定点医药机构协议管理办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为加强基本医疗保险定点医药机构管理，规范医疗服务行为，根据《中华人民共和国社会保险法》、《河南省城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》（豫政办〔2016〕194号）、《河南省人力资源和社会保障厅关于转发〈人力资源和社会保障部关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的指导意见〉的通知》（豫人社医疗〔2016〕3号）精神，结合我省实际，制定本办法。

第二条 本办法所称定点医药机构，是指与基本医疗保险经办机构（以下简称医保经办机构）签订服务协议，为我省参保人员提供医药服务的医疗机构和零售药店。

第三条 定点医药机构的规划、申请、评估、谈判、签订协议、考核、监督及管理，适用本办法。

第四条 定点医疗机构分为省、市、县、乡（镇）、村（社区卫生服务站）五级，各统筹地区医保经办机构分别确定、管理本统筹地区定点医疗机构。异地就医即时结算定点医疗机构由各

统筹地区推荐，省级医保经办机构统一确定，分级管理。

第五条 医保经办机构负责定点医药机构申请受理、组织评估、协商签约、协议管理、考核监管。

第六条 为加强定点医药机构管理，提高服务质量，引入竞争机制，逐步建立定点医药机构准入和退出机制，建立日常监管与年度考核相结合的监督管理机制。

第二章 基本条件

第七条 取得《医疗机构执业许可证》且具备下列条件的医疗机构，可根据自身服务能力，向医保经办机构提出定点医药服务申请：

（一）遵守国家有关医疗服务管理法律法规和标准，严格执行国家和省相关部门制定的医疗服务和药品价格政策，有健全和完善的医疗服务管理制度。

（二）建立规范的财务管理制度，药品及医用耗材进、销、存台账，公布医疗服务价格及药品相关信息；在营业场所显著位置公布投诉及举报电话。

（三）建立完善的信息系统，能够满足医疗保险管理要求。

（四）与本单位职工签订劳动合同，职工按规定参加各项社会保险。

（五）国家和省规定的其他条件。

第八条 医疗机构申请定点医药服务时，需提交书面申请，

同时提供以下材料：

（一）有效期内的《医疗机构执业许可证》副本原件及正、副本复印件，组织机构代码证原件及复印件。其中，营利性医疗机构另需提供《营业执照》副本原件及复印件，非营利性医疗机构提供《民办非企业单位登记证书》原件及复印件。

（二）县级及以上卫生计生行政部门确认的医疗机构等级证明、核定病床数、临床科室设置情况，执业医师（包括助理执业医师）、执业护士、执业药师等注册证明相关材料原件及复印件；经卫生计生行政部门批准购置的大型医疗仪器设备清单。

（三）医疗机构房产权证明或租赁合同、平面布局图等相关资料原件及复印件。

（四）证明药品、医用材料进货渠道的正规发票，以及药品进、销、存电子台账的打印件。

（五）已开展的医疗服务项目清单、药品清单，配备的药品及开展的医疗服务项目中医保目录内的占比达到统筹地区所规定比例的证明材料；前1—3年度业务收支情况及门诊、住院诊疗服务量（包括门诊诊疗人次、次均门诊诊疗费用、住院人数、住院人次、次均住院天数、次均住院费用、日均住院费用）。

（六）国家和省规定的其他材料。

定点医疗机构的分设机构、协作（合作）医疗机构首次申请定点医药服务的，应单独申请签订服务协议。

第九条 具备以下条件的零售药店可以向医保经办机构提出

定点医药服务申请：

（一）持有《药品经营许可证》、《药品经营质量管理规范认证证书》（GSP）和《营业执照》，且经药品监督和工商管理部门年检合格。

（二）遵守《中华人民共和国药品管理法》及有关规定，有健全完善的药品质量保证制度和规范的内部管理制度，能确保供药安全、有效和服务质量；配备必要的计算机信息设备；在营业场所显著位置公布投诉及举报电话。

（三）零售药店应位于统筹地区范围内，原则上营业面积不低于80平方米（不含办公、仓库等）。

（四）具备及时供应基本医疗保险用药、24小时提供服务的能力。

（五）药品摆放规范，有价格标识。营业场所内不得摆放生活用品和食品等。药品进、销、存名称、数量、金额相符。

（六）营业时间内至少有1名药师在岗。

（七）与本单位职工签订劳动合同，职工按规定参加各项社会保险。

（八）国家和省规定的其他条件。

第十条 零售药店申请定点医药服务时，需提交书面申请，同时提供以下材料：

（一）有效期内的《药品经营许可证》和《营业执照》的副本原件及正、副本复印件，《药品经营质量管理规范认证证书》

(GSP) 原件及复印件。

(二) 药师及以上药学技术人员注册证 (或资格证) 及职称证明材料。

(三) 零售药店营业场所产权证明或租赁合同、平面布局图等相关资料原件及复印件; 营业场所使用权或租赁合同从递交申请资料之日起计算剩余有效期限在三年以上。

(四) 证明药品、医用材料进货渠道的正规发票, 以及药品进、销、存电子台账的打印件。

(五) 药品经营品种及价格清单 (连锁门店可由总部统一提供), 配备的药品中医保目录内的占比达到统筹地区规定比例的证明材料。

(六) 连锁门店应提供其总部统一申请签订服务协议的材料。

(七) 国家和省规定的其他材料。

第三章 评估规则

第十一条 医保经办机构建立由医疗保险、医药卫生领域专家、法律及财务专业人员等方面组成的评估专家库。评估时, 从专家库中按一定比例公开、随机抽取人员组成评估小组, 采取书面和实地评估相结合、量化赋分的方式开展评估, 评估结果向社会公布。

第十二条 评估应科学评价和准确定位医药机构的基础条

件、服务能力和管理水平等情况，具体内容如下：

- （一）遵守国家医药服务管理法律法规情况。
- （二）医药机构所在地的医疗资源配置情况。
- （三）医药服务内容与医疗保障内容适应情况。
- （四）管理制度建设情况。
- （五）医护人员配备和内设机构设置情况。
- （六）医药服务场所和医疗设备配置情况。
- （七）药品和耗材进、销、存管理情况。
- （八）信息系统建设情况。
- （九）医药服务价格情况。
- （十）其他需要评估的内容。

第十三条 医保经办机构根据管理与服务需要，制定当年定点医药机构规划，合理确定定点医药机构纳入协议管理的数量和分布，并向社会公布，原则上每年组织一次评估。

第四章 评估程序

第十四条 各类医药机构根据自身服务能力及基本医疗保险服务需要，自愿向医保经办机构提出书面申请，并按要求填报基本医疗保险协议管理医药机构申请表。医保经办机构工作人员应及时对医药机构申报的材料进行登记。对材料齐全或符合要求的，及时受理，并书面告知医药机构；对材料不齐全或不符合要求的，一次性告知需补充的内容。

第十五条 同一法人（负责人）主体的相关医药机构有下列情形之一的，医保经办机构不受理定点医药服务申请：

（一）受到卫生、工商、药监、物价等部门行政处罚未满 1 年的。

（二）经查实以弄虚作假等不正当手段报送定点医药机构申请材料未满 3 年的。

（三）因严重违规被医保经办机构解除服务协议未满 3 年的。

第十六条 医保经办机构收到申请单位的书面材料后，组织评估小组按照评估内容对申请单位进行实地考察和书面评估。汇总结果由评估小组专家签字确认。

第十七条 医保经办机构根据评估结果，与医药机构平等沟通、协商谈判，根据“公平、公正、公开”的原则，鼓励医药机构在质量、价格、费用等方面进行竞争，选择出服务质量好、价格合理、管理规范的医药机构作为拟签订服务协议的医药机构。

第十八条 拟定为定点医药机构的基本信息，应通过网络等形式进行公示，接受社会监督。

第十九条 医保经办机构组织对新增定点医药机构相关工作人员进行业务培训，指导新增定点医药机构完善与医疗保险服务相配套的医药管理制度和财务管理制度，按要求制作并完成统一的定点医药机构标识、标牌和公示监督电话等基础建设，符合医疗保险服务管理要求。

第二十条 医保经办机构与经公示公告无异议的医药机构签

订服务协议，同时将服务协议文本和已签订服务协议的医药机构名单汇总上报同级人力资源社会保障行政部门及上级医保经办机构备案。

第五章 协议管理

第二十一条 服务协议文本由各统筹地区医保经办机构制定，省内实行互认。

第二十二条 服务协议期限由医保经办机构和医药机构协商确定，原则上每年一签，期限为1年。在协议期限内考评合格的定点医药机构，可不再重新评估，直接续签协议。

第二十三条 服务协议应明确医保经办机构与定点医药机构双方的职责、权利和义务。具体内容除应包括服务人群、服务范围、服务内容、服务质量、费用结算、服务质量保证金、违约处理等基本内容外，要适应预算管理、付费方式改革、医药价格改革、医疗行为监管、异地就医结算等政策和管理要求，进一步细化总额控制指标、具体付费方式、付费标准、费用审核与控制、药品和诊疗项目以及医用材料管理、医保医师管理、异地就医管理等内容，并根据医疗保险政策和管理需要及时补充完善。

第二十四条 定点医药机构发生下列情形的，及时办理相关变更手续后，医保经办机构与其继续签订医药服务协议：

（一）因坐落地行政区域和管辖权变化等情形变更单位名称的。

(二) 因原址租期到期、拆迁或机构发展扩大营业面积等情形变更执(营)业地点,且新执(营)业地点、营业面积符合定点医药机构准入条件的。

(三) 因原法定代表人(负责人)死亡、完全丧失劳动能力、出国定居、办理退休手续以及公立或集团化经营定点医药机构人事变动等情形变更法定代表人(负责人)的。

(四) 其他非以转让、买卖服务协议签订资格而借机谋利的变更情形。

定点医药机构发生非上述情形变更的,由医保经办机构根据情况重新组织评估,并确定是否继续签订服务协议。

第六章 考核监督

第二十五条 医保经办机构依据服务协议,制定定点医药机构考核标准和办法,采取日常监管和年终考核相结合的方式,组织开展重点抽查、专项检查、病历审核、落实群众举报、定期或不定期检查,充分利用智能监控系统,强化重点信息监控,逐步建立以规范医药行为、保证服务质量为核心的监管体系。日常监管的内容和标准亦适用于年终考核。

第二十六条 医保经办机构和定点医药机构应严格遵循服务协议的约定,认真履行协议。对发生违约行为的定点医药机构,医保经办机构可根据服务协议采取拒付费用、约谈、限期整改、暂停拨付、扣减服务质量保证金、暂停协议、终止协议、暂停或

终止医保医师资格等措施，对该定点医药机构作出处罚。

第二十七条 医保经办机构应自觉接受人力资源社会保障行政部门监督。医保经办机构可通过参保人员满意度调查、聘请社会监督员等方式，切实拓宽监管途径，创新监管方式，加强对定点医药机构的管理和监督。发现有违法违规行为的，应及时提出整改意见，并依法作出相应处罚。涉及其他行政部门职责的，移交相关部门处理；涉嫌犯罪的，移送司法机关。

第七章 附 则

第二十八条 对本办法实施前已纳入原城镇基本医疗保险、新型农村合作医疗定点且 2016 年度考评合格的医药机构，本统筹地区医保经办机构与其签订补充协议后，该定点医药机构可继续提供医药服务。

第二十九条 各统筹地区定点医疗机构的分类等级，由本统筹地区医保经办机构参照 2016 年原城镇基本医疗保险、新型农村合作医疗定点医疗机构分类等级自行确定；异地就医即时结算定点医疗机构的分类等级由省级医保经办机构统一确定。

第三十条 本办法由河南省社会保障局负责解释。

第三十一条 本办法自 2017 年 1 月 1 日起施行。