天津市医药机构医疗保障新增定点经办意见

第一章 总则

第一条 为持续做好新增定点医药机构工作，进一步细化评估标准和尺度，确保新增定点医药机构达到医保管理规范的要求，按照《医药机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《天津市医药机构医疗保障定点管理办法》《天津市零售药店医疗保障定点管理办法》等文件规定，结合工作实际，制定本经办意见。

第二条 新增定点工作遵循公平公正、权责明晰、动态平衡的原则，严格按照规定程序，确保各项工作公开、公正、透明。

第三条 市医保中心按照两定管理办法要求，对新增定点医药机构申请条件、评估规则和流程等进一步细化明确，指导各分中心开展新增定点具体工作，对拟签订协议机构名单进行公示，对签订协议机构名单进行公告等。

各分中心接收医药机构申报材料，指导医药机构安装设施设备，组织开展对新增定点医药机构评估、协商谈判、签订协议等工作，按要求向市中心报送材料，做好案卷归档保存。

第二章 医疗机构申请范围及条件

第四条 本市依法登记注册，取得医疗机构执业许可证或诊所备案证的医疗机构，以及经军队主管部门批准具有为民服务资质的军队医疗机构可申请医疗机构医保定点。具体包括：

（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、诊所、卫生所（站）、医务室、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）养老机构内设的医药机构。

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；

（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药机构的医师；

（三）主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员；100张床位以上的医药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、医药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就诊人员相关信息，为参保人员（含异地就医参保人员）提供直接联网结算；设立医保药品、诊疗项目、医药服务设施、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）能够接入市医药采购中心医药采购应用平台的信息系统；

（七）能够按规定安装视频监控、生物识别、药品追溯系统等监管设施设备；

（八）村卫生室（所）应符合本市村卫生室标准化建设条件，且与卫生院（乡镇医院，社区卫生服务中心）实行“五统一”管理（统一人员管理、统一业务管理、统一财务收支管理、统一药品及医药器械购销管理，统一绩效考核和薪酬分配管理）；

（九）按规定应当具备的其他条件。

第六条 医疗机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

1、以医药美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医药服务为主要执业范围的；

2、基本医药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责任的；

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法律责任的；

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年但未完全履行违约责任的；

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药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。

第三章 零售药店申请范围及条件

第七条 本市依法登记注册，取得药品经营许可证的零售药店，可申请医疗保障定点。

第八条 申请医保定点的零售药店应当同时具备以下基本条件：

（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，并对所售药品在指定区域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）能够接入市医药采购中心医药采购应用平台的信息系统；

（八）能够按规定安装视频监控、生物识别、药品追溯系统等监管设施设备；

（九）按规定应当具备的其他条件。

第九条 零售药店有下列情形之一的，不予受理定点申请。

1、未依法履行行政处罚责任的；

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法律责任的；

4、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；

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。

第四章 工作流程

第十条 医药机构可在工作日向属地医保分中心申请新增定点，申请时应当提交《定点医疗机构/零售药店申请表》和医疗机构/零售药店医疗保障定点申报材料，申报材料内容须完备齐全，并按照要求采用国际标准A4纸型，书式装订成册，确保装订牢固，不掉页；需编制总目录及各章目录，页码应当连续编排，中间不得丢页、少页。申报材料需同时提交PDF格式电子版。

非法定代表人或非经营者申请办理业务的，需提供法定代表人或经营者授权委托书、法定代表人或经营者身份证复印件和代办人身份证复印件。

第十一条 医保分中心接收医药机构提交的各项申报材料后，出具《新增定点医疗机构/零售药店申请材料接收回执单》，在5个工作日内告知医药机构是否受理本次申请，并出具《医疗机构/零售药店医疗保障定点申请受理结果告知书》。对申请材料内容不全的，一次性告知医药机构补充材料，医药机构应于5个工作日内提交需补充的材料，逾期不提交的，视为放弃本次申请。

第十二条 医药机构提交申报新增定点材料齐全后，各分中心及时将申请新增定点的医药机构名单向市中心报送，由市中心按照机构提交材料齐全时间先后顺序，结合回避原则等制定评估计划，下发到相关分中心。承担公共卫生职能的医疗机构，由属地分中心进行评估；其他医药机构的新增定点评估工作，原则上属地分中心不参与。

确定评估日期后，属地分中心应提前3个工作日通知被评估机构，指导其按照评估要求准备材料；并告知机构评估开始前备齐全部材料。被评估机构未按要求或时限提供材料的，视为不配合评估工作，评估结果为不通过。此3个工作日不计入政务服务事项规定的工作时限内。

第十三条 各分中心收到待评估机构名单后，联系医药机构属地分中心取得申报材料电子版，自市医保局新增定点专家库中抽取3至7名专家，成立评估工作组，开展书面及现场评估。专家人数应当为单数，应涵盖医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等领域。

第十四条 评估工作组以书面、现场等方式开展评估，两部分均合格视为评估通过。

一级、二级、三级医院和社区卫生服务中心（乡镇卫生院）可采取视频或实地方式开展现场评估，具体由评估工作组根据实际情况确定；其余医药机构原则上采取视频方式开展现场评估。现场评估由属地分中心指导被评估医药机构配合评估工作组展示相关材料。

新增定点工作不设任何机构或个人作为中介机构。

第十五条 新增定点医药机构评估为合格制，所有评估项目全部合格为评估通过。无论评估结果是否合格，评估工作组均应对书面和现场评估的全部项目出具评估意见。

具体评估项目合格标准以本经办意见附件《天津市医药机构医疗保障新增定点机构合格标准》为准。如评估专家认为机构疑似未达到相关行政审批部门设置医药机构的标准，或因出现特殊情况，需先由相关行政部门出具审批或鉴定意见的，可暂缓评估。暂缓评估也应对书面和现场评估的全部项目出具评估意见。

第十六条 评估工作完成后，由评估专家对评估结论予以签字确认；评估工作组出具评估报告，并加盖分中心公章。

评估工作组应当场作出评估结论并告知机构。如评估结论为不通过或暂缓评估，须向被评估机构宣读不通过或暂缓评估的原因，留存影像资料，并由属地分中心指导机构现场签字确认；机构拒绝签字的，以向机构宣读为准，并在评估结论中注明“已向机构宣读不通过/暂缓评估原因，机构拒绝签字”。

开展评估工作的分中心应于2个工作日内将评估报告发回医药机构属地分中心，并将评估结论汇总表报送市中心。评估结论为合格的医药机构，进入拟签订协议（纳入协议管理）机构名单，在市医疗保障局官方网站进行公示，公示时间不少于5个工作日。公示期内，任何单位或个人对申请新增定点医药机构评估结果有异议的，可向市医保中心提出意见建议。

第十七条 对于评估不合格的医药机构，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个月后可依机构申请再次组织评估。

原则上，再次评估只对第一次评估不合格的项目进行评估；

如评估结果仍为不合格的，1年内不得再次受理机构申请。

第十八条 拟签订协议的医药机构，需按要求完成医药采购应用平台信息系统、监督检查设施设备的安装试调。

第十九条 对于公示结果无异议的医药机构，医保分中心应在4个工作日内组织完成签订服务协议协商谈判工作，根据实际情况和工作安排成立谈判工作组（由2名及以上工作人员组成），做好协商谈判记录和相关资料的留存归档。

谈判内容包括：

1、对现行医疗保障服务协议条款的沟通与认同；

2、对现行信息系统和财务制度与服务协议的匹配要求；

3、对新增定点医药机构预算、清算、考核的管理要求；

4、对现行医保制度中经办服务、结算管理和日常监督等方面进行沟通交流；

5、双方协商遵守医疗保障诚信相关规定等内容。

第二十条 医保分中心与评估合格的医药机构协商谈判达成一致后，双方签订医保服务协议，启动医保联网结算功能。

第二十一条 医保分中心每月将评估结果和签订协议情况向辖区医疗保障局和市医保中心备案；市医保中心按月汇总各区新增定点医药机构签订协议名单向市医疗保障局备案，并定期向社会公布签订医保协议的定点医药机构信息。

第五章 暂缓评估

第二十二条 如评估专家认为机构某项目未达到相关行政审批部门设置医药机构的标准，或出现特殊情况，需先由相关行政部门出具前置审批或鉴定意见的，可暂缓评估。

第二十三条 发生暂缓评估的，应当完成对被评估机构其他项目的评估工作。

第二十四条 暂缓评估，评估工作组应当出具“按照\*\*文件第\*\*条之规定，该机构\*\*项目疑似未达到\*\*部门审批设置医疗机构/零售药店的标准，需\*\*部门进一步确定。暂缓出具本次评估结论”之意见，或出具“本次评估出现\*\*情况，需先由\*\*行政部门出具前置审批或鉴定意见，明确\*\*事项。暂缓出具本次评估结论”之意见，或根据实际情况出具暂缓评估意见，并当场告知被评估对象，由属地分中心指导机构签字确认。

第二十五条 相关行政审批部门的前置审批或鉴定意见，可由机构自主向所属相关部门申请获取，也可由评估工作组所属分中心向机构所属相关部门发函求证。向相关部门申请协查求证期间，不计入新增定点评估工作时限。

第二十六条 机构所属相关部门回复相关意见后，评估工作组应当及时按照相关意见出具评估结论，按程序开展后续工作。

第六章 评估争议处理

第二十七条 被评估对象认为评估专家或评估工作组未按照本评估经办条例标准出具评估结论，或评估结论不正确的，须经所属医保分中心向市医保中心提出复核申请，同时说明事实和理由。如发生其他类型争议，应向相关部门申诉。

第二十八条 市医保中心成立评估争议处理小组受理评估争议相关事宜，办公室设在相关业务处室，具体复核工作由协议处

理联审小组负责。

第二十九条 市医保中心自协议联审专家中抽取3人、5人或7人组成评估争议复核小组，对机构提出的争议问题进行复核，以评估工作组现场取得的材料为限，对评估结论是否恰当出具复核意见。现场评估时机构未提交的材料不计入复核材料。

1、争议复核小组认为评估结论恰当的，出具“维持原评估结论”的复核意见，告知机构属地分中心，由分中心通知被评估对象。

2、争议复核小组认为评估结论不恰当的，可指派分中心再次组织评估或依据相关材料直接更正评估结论，复核意见由属地分中心通知被评估对象。

第七章附则

第三十条 市医保中心和各分中心工作人员、评估专家和相关人员要廉洁自律、严格遵守各项制度要求，不得未经批准泄露工作过程中获取的商业机密和个人秘密。

第三十一条 本经办条例，自发布之日起实施，有效期5年，以前规定与本经办意见不一致的，以本经办意见规定为准。

附件：1.天津市医疗保障新增定点医药机构评估合格标准

2.医药机构申请医疗保障定点各项业务材料