天津市医疗保障局文件

津医保规字〔2019〕1号

关于印发《天津市医疗保障定点医药机构管理办法（试行）》的通知

各区医疗保障局，各医保定点医药机构，有关单位：

《天津市医疗保障定点医药机构管理办法（试行）》已经2019年3月26日市医疗保障局第19次党组会议审议通过，现印发给你们，请遵照执行。

2019年3月26日

（此件主动公开）

天津市医疗保障定点医药机构管理办法（试行）

第一章 总则

第一条 为深入贯彻落实党中央和市委关于深化机构改革工作的决策部署，进一步加强和规范本市医疗保障（以下简称医保）定点医药机构的管理，根据《天津市基本医疗保险规定》（市政府令2012年第49号）、《人力资源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》（人社部发〔2015〕98号）、《人力资源社会保障部关于印发基本医疗保险定点医药机构协议管理经办规程的通知》（人社厅发〔2016〕139号），以及国家医保局《关于当前加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知》（医保办发〔2018〕21号）和关于加强医保监督管理等有关规定要求，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称医保定点医药机构（以下简称定点医药机构），是定点医疗机构和定点零售药店的统称。定点医疗机构是指依法注册登记并取得《医疗机构执业许可证》，与医保经办机构签订医保服务协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。定点零售药店是指依法注册登记并取得《药品经营许可证》，与医保经办机构签订医保服务协议，为参保人员提供处方外配和非处方药等零售服务的药店。

医保服务协议是指医疗保障经办机构与定点医药机构签订的，用于规范双方权利、义务及违约处理等办法的专门合约。

第三条 本市定点医药机构管理坚持全市统筹、公平公正、简政放权、优化流程、部门联动、综合监管的原则。

第四条 市医疗保障局负责全市定点医药机构管理工作，制定管理办法和总体布局规划，确定医药机构申请定点应具备的基本条件、评估规则和程序，批准年度新增计划，对本办法实施情况进行监督检查。

各区医疗保障局根据全市总体布局规划，制定辖区内定点医药机构布局规划，批准辖区内年度定点医药机构新增计划并对计划落实情况严格把关、加强监管，负责辖区内定点医药机构的监督管理工作。

市医保监督检查机构受市医疗保障局委托，负责对定点医药机构执行医保法律、法规、规章情况以及各项监管制度落实情况进行监督检查。

市医保经办机构及其设在各区的分支机构（以下分别简称“市经办机构”、“区经办机构”），依职责组织实施定点医药机构协议管理，负责拟定服务协议文本、编制年度新增计划、组织开展评估、签订医保服务协议，对定点医药机构执行协议情况进行监管。

第五条 本市定点医药机构布局规划应根据本市医药机构设置规划、参保人员分布和基本医疗需求、医保基金支付能力、医保信息系统建设等情况的变化适时进行调整。

第二章 范围与条件

第六条 经主管部门批准设立的以下医药机构，可申请签订医保服务协议：

（一）综合医院、中医医院、中西医结合医院、专科医院（防治院所）、急救中心、妇幼保健院（所）、社区卫生服务机构；

（二）综合门诊部、中医门诊部；

（三）机关、团体、企业、事业单位的卫生所、医务室、保健站；

（四）机关、团体、企业、事业单位的职工医院和卫生院；

（五）经军队主管部门批准有资格开展对外有偿服务的军队医疗机构；

（六）药品零售企业；

（七）其他符合规定的医药机构。

第七条 申请定点医疗机构应具备以下基本条件：

（一）遵守国家和本市医疗保障、卫生健康、药品监管、物价、市场监管、社会保险等有关规定，近一年内未因违法违规行为受到行政处罚（国家和本市另有规定的，从其规定）；

（二）符合定点医药机构布局规划；

（三）依法注册登记，并取得《医疗机构执业许可证》（军队医疗机构按有关规定执行）；

（四）从递交申请资料之日起计算，具有2年以上执业（经营）场所使用权或者租赁合同剩余有效期限；

（五）建立与医保管理相适应的内部管理制度，能够配备相应的管理人员和设备，其中二级及以上医疗机构应有专门管理医保工作的部门和人员，其他医疗机构应有专人负责医保管理工作；

（六）能够配备符合本市医保联网结算要求和能够接入市医药采购中心医药采购应用管理综合平台的计算机管理系统，并有相应的管理和操作人员，实行医师标准化信息管理；

（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）按规定应当具备的其他条件。

第八条 申请定点零售药店应具备以下基本条件：

（一）遵守国家和本市医疗保障、市场监管、药品监管、物价、社会保险等有关规定，近一年内未因违法违规行为受到行政处罚（国家和本市另有规定的，从其规定）；

（二）符合定点医药机构布局规划；

（三）依法注册登记，并取得《药品经营许可证》和《药品经营质量管理规范认证证书》（GSP）；

（四）设置医保专门服务区域（使用面积不低于40平米），从递交申请资料之日起计算，具有2年以上经营场所使用权或者租赁合同剩余有效期限；

（五）建立与医保管理相适应的内部管理制度，能够配备相应的管理人员和设备；

（六）能够配备符合本市医保联网结算要求和能够接入市医药采购中心医药采购应用管理综合平台的计算机管理系统，并有相应的管理和操作人员，实行药师标准化信息管理；

（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）按规定应当具备的其他条件。

第三章 新增定点

第九条 医药机构符合本办法规定的范围和条件的，可自愿申请签订医保服务协议。

经办机构原则上每年组织开展一次新增定点医药机构工作。

第十条 市经办机构根据全市总体布局规划，结合医保基金收支情况等因素，拟定全市年度新增定点指导意见。各区经办机构根据指导意见和本区布局规划，拟定本区年度新增计划，经区医疗保障局批准后，报市经办机构。市经办机构根据各区的新增计划，编制全市年度新增计划和工作方案，报市医疗保障局批准后执行。

第十一条 新增定点工作按以下程序开展：

（一）发布通知。市经办机构在市医疗保障局官网等媒体发布通知。

（二）申请受理。各区经办机构负责接收申报材料，并于5个工作日内对申报材料进行初审，材料齐全符合要求的予以受理。材料不齐全的，应当一次性告知需补正的全部材料。医药机构应于5个工作日内提交需补正的材料，逾期不提交的，视为放弃当次申请。不符合申请条件的，不予受理。

（三）情况核查。各区医疗保障局组织本区经办机构及有关单位组成核查工作组，制定核查工作方案，对照申请定点医药机构的基本条件，对已受理的医药机构的执业资质、基本设施、服务能力、违法违规情况等，通过资料审查、现场检查、征询相关部门意见等方式进行核查，并对相关管理人员进行医保法律法规、相关政策知识考核，形成书面核查意见。

（四）开展评估。各区经办机构委托第三方机构，对通过核查的医药机构开展评估，并依据评估结果确定辖区预选定点医药机构建议名单，报本区医疗保障局同意后，在市医疗保障局官网予以公示。公示时间不少于5个工作日。公示后无异议的，确定为预选定点医药机构。负责评估的第三方机构由市经办机构统一选定并考核。

（五）系统安装。预选定点机构按照要求完成医保联网结算信息系统、医药采购平台系统、监督检查设施设备的安装调试。

（六）签订协议。各区经办机构与完成系统安装调试的预选定点医药机构签订服务协议。

第十二条 申请新增定点的医药机构对评估结果有异议的，可以在公示期内向市经办机构提出复核申请。对市经办机构复核意见有异议的，可以向市医疗保障局提出复查申请。

第十三条 二级及以上医疗机构，各级妇幼保健机构，机关（事业单位）内设仅为内部服务的医疗机构，承担公共卫生服务职能的社区卫生服务中心、乡镇卫生院，以及符合相关规定的医疗机构，可随时向所在区经办机构提出新增定点申请，不列入年度新增计划。区经办机构受理申请后，按照本办法第十一条有关规定对相关医疗机构进行情况核查。通过核查的，由区经办机构在协商谈判的基础上签订服务协议。

第十四条 各区经办机构将辖区内新增签订服务协议的医药机构名单报区医疗保障局、市经办机构备案。市经办机构应将全市新增签订服务协议的医药机构名单向社会公布，并报市医疗保障局备案。

第四章 协议变更

第十五条 定点医药机构(含暂停服务协议机构)在医保信息系统中登记的信息发生变化时，应自有关部门批准之日起30日内，按照经办机构要求提出变更申请并提交相关材料。

第十六条 经办机构接到变更申请后，应于15个工作日内完成审核，符合信息变更规定的予以变更，不符合变更规定的，应当书面说明。

定点医药机构因执业地址、医师（药师）、执业面积等相关情况变化，导致定点医药机构服务能力、服务范围发生变化的，由承接地医疗保障局组织本区经办机构及有关单位，根据本区布局规划，对定点医药机构服务能力、服务范围变化情况进行综合考量、重新核定，并根据核定意见做出是否予以变更的决定。重新核定工作应自经办机构收到变更申请之日起30个工作日内完成，期间定点医药机构申报的医疗费用暂缓支付。定点医药机构变更后的服务能力不应低于原水平。

定点医药机构的注册登记发生注销、撤销的，经办机构不再受理变更申请。

第十七条 定点医药机构未按规定申请信息变更的，经办机构应暂停结算，并书面通知医药机构。定点医药机构应于暂停结算之日起30日内提出信息变更申请，符合变更规定的，经办机构可恢复结算，并根据协议约定进行违约处理；未按通知要求提出变更申请或不符合信息变更规定的，经办机构应解除服务协议。

第五章 管理考核

第十八条 各级医疗保障部门应做好对定点医药机构的医保政策法规、管理制度、操作流程的宣传、培训和咨询服务，并及时通报医保违法违规案件。

第十九条 经办机构与定点医药机构应共同遵守服务协议约定。

经办机构应加强医保基金管理，优化流程、提高效率，及时审核并按规定向定点医药机构拨付应由医保基金支付的费用。对定点医药机构基础信息、服务能力、信息系统等实施动态管理，推进标准化建设。

定点医药机构应加强自身内部管理，为参保人员提供优质的医药服务。加强参保人员的就医购药管理，做好医保药品、诊疗项目及服务设施范围管理，做好信息管理、费用结算等工作。

第二十条 经办机构对定点医药机构申报的费用应建立规范的初审、复审两级审核机制，通过信息化手段实现初审100%全覆盖。对初审发现的疑似违规费用应当通过调阅病历、现场核查等方式进行核实。对初审通过的费用采取随机抽查方式进行复审，其中住院费用的抽查比例不得低于总量的5%。审核查实的违规费用，可按照抽查比例放大后拒付。

第二十一条 各区医疗保障局负责组织区经办机构和有关单位，依职责对定点医药机构协议执行情况进行考核。考核分为日常考核和年终考核。综合运用考核结果对医药机构进行分级并实行分级管理，将质量保证金、总额控制指标、协议续签等与分级管理挂钩。具体办法由市经办机构制定，报市医疗保障局同意后实施。

第二十二条 经考核符合续签协议条件的，经办机构与定点医药机构就协议续签事宜进行协商谈判，达成一致的可直接续签服务协议，未达成一致的可终止服务协议。不符合续签条件的，不再续签服务协议。

定点医药机构因自身原因自愿解除协议或不再续签协议的，应提前30日向区经办机构书面反馈。

第六章 违约处理

第二十三条 经办机构应当加强对定点医药机构履行协议情况的监督检查，每个协议年度内实现对管辖的定点医药机构监督检查全覆盖，并按规定向同级医疗保障行政部门报送监督检查、违约处理情况。

第二十四条 市经办机构依据协议管理的有关规定，不断完善和细化协议内容，制定违约处理办法，重点对限期整改、暂停结算、暂停协议、解除协议等处理措施，明确对应的违约行为。

区经办机构根据服务协议和违约处理办法，对违反服务协议行为进行协议处理；涉嫌违反相关法律、法规、规章的，经办机构应提请行政部门进行行政处罚或由行政部门移送司法机关依法追究刑事责任。

第二十五条 定点医疗机构发生以下严重违约行为的，一律解除服务协议，且三年内不得重新申请：

（一）通过伪造医疗文书、财务票据或凭证等方式，虚构医疗服务“假住院、假就诊”骗取医保基金的；

（二）为非定点医疗机构、暂停协议医疗机构提供医疗费用结算的；

（三）协议有效期内累计3次被暂停协议或暂停协议期间 未按时限要求整改或整改不到位的；

（四）被吊销《医疗机构执业许可证》或《营业执照》的；

（五）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展必要监督检查的；

（六）其他造成严重后果或重大影响的违约行为。

第二十六条 定点零售药店发生以下严重违约行为的，一律解除服务协议，且三年内不得重新申请：

（一）伪造虚假凭证或串通参保人员兑换现金骗取基金的；

（二）为非定点零售药店或其他机构提供费用结算的；

（三）将医保目录范围之外的项目按照目录内项目申报医保结算的；

（四）协议有效期内累计3次被暂停协议或协议暂停期间未按时限要求整改或整改不到位的；

（五）被吊销《药品经营许可证》或《营业执照》的；

（六）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展必要监督检查的；

（七）其他造成严重后果或重大影响的违约行为。

第二十七条 定点医药机构因违约被暂停协议、解除协议的，经办机构原则上应提前3个工作日书面通知违约方（案情重大、紧急的情况除外），并在市医疗保障局官网上公示相关信息。

第七章 行政监管

第二十八条 市、区医疗保障局要加强行政监督，通过调查、抽查、受理举报投诉等方式，对经办机构和定点医药机构及医保服务医师（药师）执行医保政策法规、履行服务协议以及落实各项监管制度情况进行监督检查。对违法违规行为，依法作出行政处理处罚决定；涉及其他行政部门职责的，移交相关部门；涉嫌犯罪的，移送司法机关。

医疗保障行政部门应当牵头建立健全监管台账，如实记录监督检查情况和定点医药机构违法、违规、违约情况。

第二十九条 市、区医疗保障局作出行政处罚决定的，应当将行政处罚结果通报给同级卫生健康、药品监管、市场监管等行业主管部门和监管部门，并对相关责任人，按有关规定向纪检监察部门通报。

第三十条 定点医药机构及医保服务医师（药师）在协议处理或行政处理处罚作出前，享有陈述权、申辩权；对协议处理结果或行政处理处罚决定不服的，可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

第三十一条 市、区医疗保障局应拓宽监督途径、创新监督方式，探索通过引入第三方评价、聘请社会监督员、推进行业自律等方式，动员社会各界参与医保监督。畅通举报投诉渠道，落实举报奖励措施，及时发现问题并进行处理。

第三十二条 市医疗保障局应建立健全医保诚信管理体系，对定点医药机构及其法定代表人（负责人）实行信用管理。建立医保“黑名单”制度，对纳入“黑名单”的单位和个人，会同相关部门进行联合惩戒。

第三十三条 市、区医疗保障局应通过智能监控、视频监控、生物识别等手段，不断提升医保基金监管能力和水平。

第八章 附则

第三十四条 市直属医疗机构申请新增定点以及协议管理工作由市经办机构直接负责，行政监督检查工作由市医保监督检查机构负责。

第三十五条 已签订医保服务协议的定点医疗机构，在与经办机构协商谈判一致的基础上，可签订生育保险附加协议。

第三十六条 本办法自2019年4月1日起执行，2021年3月31日废止。此前规定与本办法有不一致的，按照本办法规定执行。

抄送：市卫生健康委员会，市市场监督管理委员会，市药品监督管理局

天津市医疗保障局办公室 2019年3月26日印发