合肥市医疗保障定点医药机构

协议管理实施细则

（征求意见稿）

第一章 总 则

第一条 为加强和规范医疗保障定点医疗机构、零售药店（以下简称定点医药机构）协议管理，提升医疗保障管理服务水平，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院第735号令，以下简称条例）《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局第2号令）《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局第3号令)《合肥市基本医疗保险办法》(市政府令第213号，第223号令修订)等相关规定，结合我市实际，制定本细则。

第二条 本细则所称的医保协议，是指医保经办机构与医药机构在平等自愿、协商一致基础上签订的基本医疗保险服务协议(以 下简称“医保协议”)。

本细则所称的医保协议管理是指医保经办机构按照医保协议约定对医药机构实施管理的行为。

第三条 本细则所称的医保定点医药机构，是指与我市医保经办机构(含授权区级医保管理部门，下同)签订医保协议，并为基本医疗保险参保人员提供医药服务的医疗机构和零售药店。

第四条 本市行政区域内医保定点医药机构的定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除、监督管理等适用本细则。

第二章 定点机构申请和评估

第五条 申请医保定点的医疗机构应当具备以下基本条件：

(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)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、医疗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全部就诊人员相关信息，为参保人员提供直接联网结算。设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、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)符合上级医疗保障部门规定的其他条件。

（七）申请成为以下定点医疗机构的，还须应同时具备以下相应条件：

1.住院定点医疗机构。具备住院资质；执业场所使用权有效期限不少于3年(有效期从递交申请材料之日起计算)。

2.门诊慢特病定点医疗机构。执业范围适应慢特病门诊治疗需要的社区卫生服务中心(乡镇卫生院)、血液透析中心及住院定点医疗机构等。

3.医养结合机构。（1）符合合肥市有关医养结合型养老机构纳入医保协议管理的有关要求；（2）核定住院床位在50张及以上；（3）有独立的护理病区；（4）实际连续开展医疗服务经营6个月以上。长期护理保险制度实施以后取消医养结合医保定点，纳入长期护理保险定点机构管理。

4.职工门诊统筹定点医疗机构。（1）已取得医保定点服务资格满1年；（2）上年度定点医疗机构信用评价等级为B级及以上。

第六条 取得药品经营许可证的零售药店申请医保定点应具备以下基本条件：

（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）申请职工门诊统筹定点零售药店应同时具备以下条件：1.已取得医保定点服务资格满1年；2.上年度医保绩效考核被评为优秀等次；3.具有普通门诊、门诊慢性病和门诊特殊疾病档案管理制度。

（八） “双通道”定点零售药店按照《合肥市国家谈判药品“双通道”药店定点管理实施方案》（合医保秘〔2022〕17号）规定执行。

（九）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。

第七条 符合条件的医疗机构可自愿向执业地医保经办机构提出申请，并提供以下材料：

(一)合肥市定点医疗机构申请表（附件1）、信息采集表（附件2）;

(二)医疗机构执业许可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，承担生育保险的，还应提供《母婴保健技术服务执业许可证》复印件；承担医养结合的，还应提供《养老机构设立许可证》（《设置养老机构备案回执》）复印件;

（三）法定代表人（或实际控制人）、分管负责人、医保负责人、财务负责人、信息化负责人身份证复印件；

(四)与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本，对公账户银行材料复印件;

(五)与医保管理有关的信息系统相关材料;

(六)纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告;

(七)省级医疗保障部门要求提供的其他材料。

第八条 符合条件的零售药店可自愿向执业地医保经办机构提出申请，并提供以下材料：

（一）定点零售药店申请表（附件1）、信息采集表（见附件2）；

（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；

（三）执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件；

（四）医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；

（五）与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本，对公账户银行材料复印件；

（六）与医保管理相关的信息系统材料；

（七）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

（八）省级医疗保障部门要求提供的其他材料。

第九条 市医保经办机构负责医疗机构的医保申请评估、信息变更和异地联网信息维护等医保相关工作，其中，市本级区域内三级定点医疗机构由市医疗保障基金管理中心管理；市本级区域内二级及以下（含不定级）定点医疗机构、定点零售药店委托区级医保管理机构管理；各县（市）区划内定点医药机构由各县（市）医保经办机构管理。

第十条 医药机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

(一)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;

(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;

(六)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;

（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药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。

第十一条 医保经办机构应组织评估小组或委托第三方机构以书面、现场等形式开展评估并填写现场评估表（见附件3）。

医疗机构评估内容包括：

(一)核查医疗机构执业许可证或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的结果;

(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）核查与医保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。

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。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。

评估结果分为合格和不合格。对于评估合格的，医保经办机构应将其纳入拟签订协议医药机构名单并向社会公示，公示期满后无异议的确定为医保定点医药机构，并报同级医疗保障行政主管部门备案。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。

第三章 协议签订、变更、中止和解除

第十二条 医保经办机构与评估合格的医药机构协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。医保协议由市级医保经办机构与医药机构签订或委托区级医保部门和县级医保经办机构与医药机构签订，并报市医保行政部门备案。医保协议应明确双方权利、义务和责任以及违约处理及其他需明确的内容。协议期限一般为1年。

第十三条 医保经办机构应根据医保协议对定点医药机构使用医保基金和医保服务情况进行考核，考核结果与医保协议续签和基金使用控制指标挂钩。

第十四条 定点医药机构续签医保协议应于协议期满前3个月向医保经办机构提出申请或由医保经办机构统一组织。医保经办机构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;未达成一致的或未按规定续签的，医保协议到期后自动终止。

第十五条 定点医药机构的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、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个工作日内向执业地医保经办机构提出变更申请,医保部门在接到申请后7个工作日内视变更信息情况对医药机构开展重新评估，评估合格后签订医保协议。其他一般信息变更应及时在两定机构网签平台提交变更申请。

第十六条 定点医药机构需要中止和解除医保协议的，应提前3个月向医保经办机构提出申请，经医保经办机构同意后可中止或解除医保协议。中止时间不得超过6个月，医保协议中止超过6个月仍未提出继续履行医保协议申请的，医保协议自动解除。公立医疗机构不得主动提出中止或解除医保协议。

第十七条 医保经办机构应向社会公布签订医保协议的定点医药机构相关信息，包括名称、地址、服务内容等，供参保人员选择。

第四章 违约处理

第十八条 医保经办机构发现定点医药机构存在违反协议约定情形的，可以按照协议约定相应采取以下处理方式：

（一）约谈医药机构法定代表人、主要负责人或者实际控制人；

（二）暂停或者不予拨付费用；

（三）不予支付或者追回已支付的医保费用；

（四）要求定点医药机构按照协议约定支付违约金；

（五）中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务；

（六）中止或者解除医保协议。

第十九条 医保经办机构应按照协议约定权限对定点医药机构的协议履行情况、医疗保障基金使用情况、执行医疗保险政策、医疗服务行为、医保医师管理等进行监督检查。

第二十条 医保经办机构可采取网上审核、实地稽核、书面稽核、大数据分析、智能监控和约谈等方式，对定点医药机构开展日常审核稽查、专项稽核和举报稽核等工作，也可委托有资质的第三方，开展检查和巡查工作。

第二十一条 定点医药机构涉嫌违反医疗保险政策法规、协议规定的，在调查、处理期间，经办机构可以依据协议暂停拨付医疗费用。

第二十二条 医疗保障行政部门可以视情况将定点医药机构日常监督检查、违规违约、行政处罚等处理结果纳入医保信用评价评价内容。

第二十三条 经查实，乙方有下列情形之一的，甲方约谈乙方法定代表人、主要负责人或实际控制人，督促其限期整改:

(一)乙方或乙方工作人员发表关于医保支付、管理政策相关的不当言论，造成恶劣影响的;

(二)未按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息的;

(三)以医保支付、管理政策为由推诿拒收参保患者的，或要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院的;

(四)以转嫁住院费用为目的，诱导参保人员在住院期间到门诊就医、药店购药或另设账号交费的;将应当由医保基金支付的医疗费用转嫁参保人员自费结算的;

(五)未按规定向参保人员如实出具费用单据和相关资料的，未履行知情同意手续的;

(六)未执行处方外配相关规定，拒绝为门诊就诊参保人员开具处方到定点零售药店购药的;

(七)无正当理由拒绝为符合条件的参保人员直接结算医保费用的;

(八)未开展药品、医用耗材进销存管理的，以及未留存进销存相关凭证和票据的;

(九)未如实报送药品、医用耗材的采购价格和数量的;未公示医药价格与收费标准的;违反集中带量采购和使用相关规定的;未向社会公开医药费用、费用结构等信息的;

(十)将甲方不予支付的费用、乙方按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，作为医保欠费处理的;

(十一)未公布医保投诉举报渠道，或未及时处理投诉举报或社会监督反映的问题的;

(十二)其他未按医保协议约定落实管理措施，但未造成基金损失的。

第二十四条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第二十三条情形造成社会影响较大的，甲方暂停拨付医保费用，督促其限期整改，整改到位的，暂停拨付期间乙方发生的符合规定的医保费用甲方予以支付:

(一)未按照甲方提供的医保信息平台接口标准进行系统开发和改造的;未按规定使用国家统一的医保信息业务编码的;未做好国家医保信息业务编码标准数据库的应用和动态维护工作的;因医保信息业务编码维护不及时、对应不正确，影响参保人员正常结算或造成结算错误的;

(二)对接医保信息平台的网络、设备未与互联网物理隔离，与其它外部网络联网时未采用有效的安全及隔离措施的;未遵守个人信息保护和数据安全有关制度，导致参保人员个人信息或医保数据泄露的;将医保身份识别设备转借或赠与他人的;

(三)未按规定及时向医保信息平台传送参保人员医保审核结算所需信息、数据的;未按规定报送医疗保障基金结算清单的;

(四)具备条件但拒不配合医保支付方式改革的;

(五)未按规定在医疗保障行政部门规定的医药采购平台上采购药品、医用耗材的;

(六)对医保患者实行不公平、歧视性高价或其他违反价格法、价格政策的;未履行本协议约定的其他价格相关事项的;

(七)其他对医保基金拨付造成影响，乙方应予以整改的情形。

第二十五条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第二十三条、第二十四条情形且造成医保基金较大损失，或社会影响较大的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，可要求乙方支付违约金，违约金为乙方违规费用的30%:

(一)未核验参保人员医疗保障凭证，造成冒名就医的;

(二)诱导入院、低标准入院等，未严格掌握出入院指征和重症监护病房收治标准，造成医保基金不合理支出的;

(三)未按规范填报医疗保障基金结算清单，高套分组等造成基金损失的;

(四)将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算的;超出医保目录范围、药品法定适应症并纳入医保统筹基金结算范围的;

(五)未如实记录参保患者意外伤害原因或记录不明确，将应由第三方承担的医疗费用纳入医疗保障基金结算的;

(六)分解住院、挂床住院的;违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务的;重复收费、超标准收费、分解项目收费的;串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施的;

(七)为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利的;

(八)未按照医疗保障部门规定的门诊慢特病病种认定标准进行认定，或未执行本统筹地区门诊慢特病医疗保障相关规定，造成医疗保障基金损失的;

(九)提供的医保结算数据与实际情况不一致的;未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、检验检查报告、治疗记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料，造成无法核实费用发生及结算真实情况的;

(十)其他造成医疗保障基金损失的情形。

第二十六条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第二十五条情形且造成医保基金较大损失，或社会影响较大的，或有第二十五条情形以骗取医疗保障基金支出为目的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，给予乙方中止医保协议处理，中止期间发生的医保费用不予结算(可视情况执行到相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务)，并向社会公布中止医保协议情况，可要求乙方支付违约金，违约金为乙方违规费用的30%:

(一) 根据协议履行核查和医保绩效考核，发现对医疗保障基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的;

(二) 向甲方及医疗保障行政部门提供的有关数据不真实的;

(三)诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据的;

(四) 通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出的;

(五) 门诊慢特病病种认定出具虚假认定资料的;

(六) 为参保人员套取个人账户资金的;

(七) 超出《医疗机构执业许可证》诊疗科目或执业地址开展医疗服务并纳入医保基金支付的;

(八) 通过出租、出借执业资质等方式，超出《医师执业证书》规定的执业范围和执业地点开展医疗服务并纳入医保基金支付的;

(九) 在医学文书、医学证明等资料中伪造、变造医师签名骗取医保基金的;

(十) 将科室承包、出租给个人或其他机构的;

(十一) 法律法规和规章规定的应当中止医保协议的其他情形。

第二十七条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第二十三条、第二十四条、第二十五条、第二十六条情形且性质恶劣的，或造成医保基金重大损失的，或社会影响严重的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，给予乙方解除医保协议处理(可视情况执行到相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务)，并向社会公布解除医保协议情况，可要求乙方支付违约金，违约金为乙方违规费用的30%:

(一) 医保协议有效期内累计2次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位的;

(二) 以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的;

(三) 为非定点医疗机构或处于中止医保协议期间的医疗机构提供医保费用结算的;

（四) 使用无执业资质人员开展医疗服务并将相关费用纳入医保基金支付的;

（五）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、医保绩效考核、监督检查等，情节恶劣的;

(六)被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的;

(七)乙方停业或歇业后未按规定向甲方报告的;

(八)医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中，发现乙方存在重大违法违规行为且造成医疗保障基金重大损失的;

(九)被吊销医疗机构执业许可证、诊所备案证或中医诊所备案证的;

(十)法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的;

(十一)未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的;

(十二)法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

第二十八条 对违反医保协议的医药机构相关责任人员，根据行为性质和负有责任程度等，按照医保支付资格管理要求进行记分，当记分达到一定分值，暂停或终止相关责任人员医保支付资格和费用结算。

第二十九条 定点医药机构首次违约、情节轻微、积极配合检查和整改可从轻或减轻处理；多次违约、拒不改正，情节严重、影响恶劣的从重处理。涉及违规使用医保统筹基金占总使用医保统筹基金比例低于0.1%的从轻处理，占比高于0.5%从重处理。

第五章 附则

第三十条 本细则由市医疗保障基金管理中心负责解释。

国家和省医疗保障部门出台新规定的从其规定。

本细则自发布之日起实行，有效期5年

附件1：

合肥市医药机构医保定点申请书

□□县（市）医疗保障基金管理中心、区（开发区）医疗保障局（社会发展局）：

我单位是合肥市行政区域内依法设立的（□零售药店，□医疗机构），经营（执业）范围符合基本医疗保险需要，愿意承担医疗保险服务。自愿申请以下医保服务范围：

一、医疗机构

城镇职工基本医疗保险

□普通门诊（独立门诊部个人账户支付）

□普通门诊（门诊统筹） □门诊特殊病 □住院

城乡居民基本医疗保险

□基层普通门诊 □大额普通门诊 □门诊特殊病

□两病门诊 □住院 □住院分娩补助

职工生育保险

□门诊 □住院

其他

□医养结合医疗护理服务 □市外异地联网结算服务

□

二、零售药店

□个人账户购药 □

现在向你方提供相关书面申请材料，接受查验；指定 为申请事项负责人（联系方式： ），并在场地、人员、时间等方面全力配合。

我单位承诺对所提交全部书面材料的真实性负法律责任。

申请单位（盖章）：

法定代表人（签章）：

年　月　日

附件2-1：合肥市医疗机构信息采集表

备案日期：　　年　月　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称（盖章） |  | 级别等次 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 许可证登记号 |  |
| 地址 |  |
| 所在区 |  | 电话 |  |
| 成立时间 |  | 营业期限 |  |
| 所有制形式 |  | 医疗机构类别 | 　 |
| 隶属关系 | 许可证发证单位 |  | 执行物价标准 |  |
| 财政隶属 |  | 医政隶属 |  |
| 编制床位数 |  | 实际开放床位数 |  | 经营性质 |  |
| 法定代表人 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 医保专管员 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 财务专管员 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 账户信息 | 开户银行（具体到支行） |  |
| 银行开户名称 |  |
| 银行账号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 卫生技术人员构成 | 人员类别 | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 |
| 医生 |  |  |  |  |
| 护士 |  |  |  |  |
| 医技人员 |  |  |  |  |
| 行政人员 |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |
| 科室设置和（实际）床位数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**注：**所有制形式包括：全民、集体、私人、中外合资合作、其他。

附件2-2：

合肥市零售药店信息采集表

备案日期：　　年　月　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称（盖章） |  | 经营方式（连锁、单体） |  |
| 统一社会信用代码 |  | 药品经营许可证号 |  |
| 经营地址 |  |
| 所在区 |  | 门店电话 |  |
| 企业成立日期 |  | 营业期限 |  |
| 经营范围 |  |
| 法定代表人（或负责人） |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 医保专管员 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 财务专管员 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 执业药师1 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 执业药师2 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 账户信息 | 开户银行（具体到支行） |  |
| 银行开户名称 |  |
| 银行账号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 门店人员数量 |  | 社会保险参保人数 |  |

附件3-1

合肥市医疗机构医保住院定点申报情况查验登记表

医疗机构名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　记录时间：　　年　月　日

| 勘验内容 | 序号 | 勘验项目 | 勘查办法及达标要求 | 申请材料查验和现场勘查情况 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、医疗机构规模 | 1-1 | 医疗机构级别 | 查看《医疗机构执业许可证》原件 |  |
| 1-2 | 床位数 | 以医疗机构执业许可证上核准数为准，现场核对床位，病房设施应按标准设置。医养结合机构的医疗护理区与养老护理区分开设置、分别管理。 |  |
| 1-3 | 注册资金 | 以工商注册信息为准 |  |
| 1-4 | 其他 |  |
| 二、服务能力 | 2-5 | 服务范围 | 执业许可范围 | 以《医疗机构执业许可证》核准项目为准，应符合医保服务范围要求。 |  |
| 实际经营范围 | 勘查医疗机构科室设置(科室标志要清晰明确)，不得超出许可证规定范围。 |  |
| 2-6 | 其他 |  |
| 三、内部（医保）管理 | 3-7 | 医保管理人员配备 | 要求配备专职医保管理人员，要求有院级领导分管医保。 |  |
| 3-8 | 政策公示及宣传 | 按规定对医保政策（限于已承担的医保服务类型）、药品（诊疗）价格进行公示。 |  |
| 3-9 | 物价执行标准 | 请出示该院执行的物价标准文件。 |  |
| 3-10 | 医疗文书要求 | 具备电子病案、电子处方管理，具备医生（护士）工作站。 |  |
| 具备康复治疗的，应设置治疗登记簿（需要参保患者或监护人签字）。 |  |
| 3-11 | 医养人员鉴定 | 承担医养结合医保服务的机构，应提供行之有效的医疗护理资格鉴定的制度和相关人员信息。（要求提供护理院收治标准的相关资料） |  |
| 3-12 | 药品、医用耗材购进渠道 | 提供全部药品（医用耗材）相关发票和票据原件，随机抽查一定比例的发票和票据，药品、医用耗材信息应准确、及时录入相关信息系统。 |  |
| 3-13 | 药品、医用耗材的进销存管理 | 查验药品、医用耗材的进销存台账，药品、医用耗材的分级库管理，要符合内控要求，每级库都应具备期初库存、期中入库、期中出库、期末库存，入库来源和出库去向。 |  |
| 3-14 | 重要位置视频监控 | 收费（医保结算）窗口、病区走道信息采集 | 要求收费（医保结算）窗口视频监控可清晰采集前来缴费、结算的人员的正面面容。病区走道要求无监控盲区。 |  |
| 视频监控时间要求 | 视频监控时间应统一采用标准北京时间，不得采用摄像头或其他设备自定义时间计时。要求定期检查监控时间的准确性。 |  |
| 视频资料存储要求 | 监控视频资料存储时间不得低于1个月，现场勘验时要求可以回放。系统记录的图像信息应包含图像编号/地址、记录时的时间和日期。实时监控和存储视频应有较高清晰度和稳定性。 |  |
| 3-15 | 其他 |  |
| 四、财务管理 | 4-16 | 财务人员配备 | 要求配备主办和出纳会计，不得一人兼任。 |  |
| 4-17 | 财务账户管理 | 机构内部资金流动全部使用本机构公用账户，不得使用私人账户。内部资金不得有坐支，资金流应实行收支两条线管理。 |  |
| 4-18 | 其他 |  |
| 五、信息系统 | 5-19 | 信息系统管理人员 | 信息系统管理人员专业要求为计算机相关专业，提供信息系统管理人员毕业证书复印件，核验毕业证书原件。 |  |
| 5-20 | HIS系统 | 查看系统采购和维护协议原件。1、如果采购协议中乙方为系统代理商，应提供系统开发商与系统代理商的代理协议 2、原则上要求采购与维护合同的乙方为同一家公司，如果为不同的提供方，要求提供系统开发商和系统维护方之间的委托协议。 |  |
| 系统用户实名制管理，要求系统用户信息至少包含姓名、身份证号、系统角色、权限、建户时间。要求系统用户管理设置暂停、禁用等功能，不得设置删除系统用户的功能。要求不得删除系统用户（包括离职人员）。要求信息系统登录密码实行“一号一码”，严禁无密码或使用初始密码登录信息系统操作。 |  |
| 系统信息修改日志管理，要求系统前台可查询修改日志，显示日志内容应包括修改对象、修改前情况、修改后情况、修改日期、操作人员信息。 |  |
| 药品、医用耗材的编码管理，要求药品编码内涵应包括名称、剂型、规格、厂家、有效期；医用耗材编码内涵包括品名、规格、厂家、有效期、产品注册号，必要时需要包括材质。 |  |
| 药品、医用耗材进销存管理逻辑，要求药品、医用耗材在使用后，各个库存应作相应减少；药品、医用耗材未使用时，系统不可进行费用结算。 |  |
| 提供信息系统患者管理制度，要求实名信息登记，患者必填信息至少包含患者姓名、身份证号、联系方式等。严禁系统设置删除患者就诊记录的功能。 |  |
| 其他 |  |
| 5-21 | 其他内部计算机管理系统 | 提供与软件管理系统开发商协议原件。其中，财务电算化系统采购协议中乙方为系统代理商，应提供系统开发商与系统代理商的代理协议。 |  |
| 5-22 | 其他 |  |
| 六、其他 | 6-23 | 其他资质及社会职能 | 需要行政许可的医疗服务资质，以及承担的其他社会职能。 |  |
| 6-24 | 医疗机构经营年限 | 查看《医疗机构执业许可证》 |  |
| 6-25 | 经营地点 | 查看《医疗机构执业许可证》 |  |
| 6-26 | 申报材料和行为弄虚作假情况 | 在申报过程中和成为医保协议机构后，一经发现在申报过程中存在虚假材料和弄虚作假行为的，3年内同一法人和合伙人不得申报医保协议医疗机构；已是医保协议机构，立即解除协议，并3年不得再次申报。 |  |
| 七、备注 | 7-27 |  |
| 勘验人员签名 |  |

**注：**１．本表用于材料审核和现场勘验情况登记。

　　２．本表适用门诊特殊病、门诊统筹、居民医保各类门诊待遇的定点评估情况登记。

附件3-2

合肥市零售药店医保定点申报情况查验登记表

零售药店名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　记录时间：　　年　月　日

| 勘验内容 | 序号 | 勘验项目 | 勘查办法及达标要求 | 申请材料查验和现场勘查情况 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、基本情况 | 1-1 | 发证时间 | 查看《药品经营许可证》原件 |  |
| 1-2 | 开始营业时间 | 查看机构销售记录，要求在注册地正式经营至少3个月 |  |
| 1-3 | 地址 | 查看《药品经营许可证》原件或现场勘验。 |  |
| 1-4 | 其他 |  |
| 二、服务能力 | 2-5 | 经营范围 | 经营许可范围 | 以《药品经营许可证》核准项目为准，应符合医保服务范围要求。 |  |
| 实际经营范围 | 查看非药品经营区与药品经营区是否分区域管理，并注明医保药械标识。 |  |
| 2-6 | 专业人员配备 | 专（兼）医保管理人员配备情况 | 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。 |  |
| 药师配备情况 | 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。 |  |
| 2-7 | 其他 |  |
| 三、内控制度 | 3-8 | 医保药品管理制度 | 查看是否制定医保药品、医用耗材管理制度，对药品和医用耗材编码、进销存、报损等关键事项进行管理。 |  |
| 查验药品、医用耗材的进销存台账，查看实物库存和系统台账是否一致。要求系统台账能反映期初库存、期中入库、期中出库、期末库存，入库来源和出库去向。 |  |
| 3-9 | 财务管理制度 | 机构内部资金流动全部使用本机构公用账户，不得使用私人账户。内部资金不得有坐支，资金流应实行收支两条线管理。财务票据能与药品进销存形成明确对应关系。要求配备主办和出纳会计，不得一人兼任。 |  |
| 3-10 | 医保人员管理制度 | 查看是否制定医保人员管理制度，制度中有无明确医保人员工作职责范围，落实岗位责任；医保管理人员要熟悉医保政策、积极配合医保部门开展工作、做好医保政策解答、做好对参保人员医保服务工作、不参与危害医保基金安全的违规违法行为、主动制止或向医保部门反映危害医保基金安全的行为、积极参与医保违规行为的监督管理。 |  |
| 3-11 | 统计信息管理制度 | 查看是否制定统计信息管理制度。做好药械销售记录查询及统计报表管理，要求机构内部信息系统的药械销售记录与医保信息系统购买记录一致。机构内部系统可对购药人信息、购药时间等关键信息进行统计。 |  |
| 3-12 | 医保费用结算制度 | 查看是否制定医保费用结算制度。要求做到参保人员实时结算，可提供多种电子化结算方式进行购药，加强对电子化结算的安全管理；可按照医保部门要求垫付一定时间内医保基金报销款项，做好与医保部门的医保基金核对和拨付工作。做好机构所有权变更、停业、账户变更等特殊情况下的医保基金拨付工作。 |  |
| 3-13 | 重要位置视频监控 | 收费（医保结算）柜面影像采集 | 要求收费（医保结算）柜面视频监控可清晰采集前来缴费、结算的人员的正面面容。经营区域内要求无监控盲区。 |  |
| 视频监控时间要求 | 视频监控画面应统一采用标准北京时间，不得采用监控服务器时间或其他设备自定义时间计时，要求定期检查监控时间的准确性。 |  |
| 视频资料存储要求 | 监控视频资料存储时间不得低于1个月，现场勘验时要求可以回放。系统记录的图像信息应包含图像编号/地址、记录时的时间和日期。实时监控和存储视频应有较高清晰度和稳定性。 |  |
| 3-14 | 其他 |  |
| 四、信息系统 | 4-15 | 信息系统管理人员 | 要求提供信息系统管理人员资质证书复印件，核验资质证书原件。 |  |
| 4-16 | 内部计算机管理系统 | 建立医保药品等基础数据库。 |  |
| 4-17 | 信息系统用户管理 | 提供信息系统用户管理制度，要求实名信息注册。要求信息系统登录密码实行“一号一码”，严禁无密码或使用初始密码登录信息系统。 |  |
| 4-18 | 编码管理 | 经营药品、医用耗材使用国家统一医保编码。 |  |
| 4-19 | 接口管理 | 要求按照医保接口标准进行接口改造，实现与医保信息系统有效对接。 |  |
| 五、备注 | 5-20 |  |
| 勘验人员签名 |  |

**注：**本表用于材料审核和现场勘验情况登记。

附件3-3

合肥市医疗机构医保普通门诊定点申报情况查验登记表

医疗机构名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　记录时间：　　年　月　日

| 勘验内容 | 序号 | 勘验项目 | 勘查办法及达标要求 | 申请材料查验和现场勘查情况 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、基本情况 | 1-1 | 发证时间 | 查看《医疗机构执业许可证》原件 |  |
| 1-2 | 开始营业时间 | 查看机构销售记录，要求在注册地正式经营至少3个月 |  |
| 1-3 | 地址 | 查看《医疗机构执业许可证》原件或现场勘验。 |  |
| 1-4 | 机构类型 | 查看《医疗机构执业许可证》 |  |
| 1-5 | 经营性质 | 查看法人证书 |  |
| 1-6 | 其他 |  |
| 二、服务能力 | 2-7 | 经营范围 | 执业许可范围 | 以《医疗机构执业许可证》核准项目为准，应符合医保服务范围要求。 |  |
| 实际经营范围 | 勘查医疗机构科室设置(科室标志要清晰明确)，不得超出许可证规定范围。 |  |
| 2-8 | 专业人员配备 | 专（兼）医保管理人员配备情况 | 主要负责人负责医保工作，或者配备专（兼）职医保管理人员； |  |
| 医师配备情况 | 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； |  |
| 2-9 | 其他 |  |
| 三、内控制度 | 3-10 | 医保管理制度 | 查看是否制定医保管理制度。内容包括医保管理职责及流程，做好人证核对、杜绝骗保套保；做好医保服务、政策解答、实时结算；做好与医保部门医保基金结算；配合医保监督管理。 |  |
| 3-11 | 财务管理制度 | 机构内部资金流动全部使用本机构公用账户，不得使用私人账户。内部资金不得有坐支，资金流应实行收支两条线管理。财务票据能与药品进销存形成明确对应关系。要求配备主办和出纳会计，不得一人兼任。 |  |
| 3-12 | 统计信息管理制度 | 查看是否制定统计信息管理制度。做好药械销售记录查询及统计报表管理，要求机构内部信息系统的药械销售记录与医保信息系统购买记录一致。机构内部系统可对就医人员信息、就医时间等关键信息进行统计。 |  |
| 3-13 | 医疗质量安全核心制度 | 查看是否制定医疗质量安全核心制度。内容包括因病施治、保障合理医疗需求、合理控费等内容。 |  |
| 3-14 | 重要位置视频监控 | 收费（医保结算）柜面影像采集 | 要求收费（医保结算）柜面视频监控可清晰采集前来缴费、结算的人员的正面面容。经营区域内要求无监控盲区。 |  |
| 视频监控时间要求 | 视频监控画面应统一采用标准北京时间，不得采用监控服务器时间或其他设备自定义时间计时，要求定期检查监控时间的准确性。 |  |
| 视频资料存储要求 | 监控视频资料存储时间不得低于1个月，现场勘验时要求可以回放。系统记录的图像信息应包含图像编号/地址、记录时的时间和日期。实时监控和存储视频应有较高清晰度和稳定性。 |  |
| 3-15 | 其他 |  |
| 四、信息系统 | 4-16 | 信息系统管理人员 | 要求提供信息系统管理人员资质证书复印件，核验资质证书原件。 |  |
| 4-17 | 内部计算机管理系统 | 设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库。 |  |
| 4-18 | 患者信息管理 | 提供信息系统患者管理制度，要求实名信息登记，患者必填信息至少包含患者姓名、身份证号、联系方式等。严禁系统设置删除患者就诊记录的功能。 |  |
| 4-19 | 信息系统用户管理 | 提供信息系统用户管理制度，要求实名信息注册。要求信息系统登录密码实行“一号一码”，严禁无密码或使用初始密码登录信息系统操作。 |  |
| 4-20 | 编码管理 | 药品、医用耗材、诊疗项目使用国家统一医保编码。 |  |
| 4-21 | 接口管理 | 要求按照医保接口标准进行接口改造，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。 |  |
| 五、备注 | 5-22 |  |
| 勘验人员签名 |  |

**注：**本表用于材料审核和现场勘验情况登记。