医药机构申请乌鲁木齐市医疗保障

定点管理工作的说明

一、评估原则

坚持以人民健康为中心、坚持基本医疗保障需求导向，基于现有定点医药机构数量基数，以满足参保人员需求为出发点，结合医保基金收支、区域分布、人口密度、服务内容，引入竞争机制，注重各类医药卫生资源区域平衡、合理布局，促进优化配置，提高医药卫生资源的利用效率，合理控制医药服务成本和提高医药服务质量；公平、公正、公开定点机构评估工作。

二、评估条件

（一）医疗机构

1.有稳定的执业场所，正式运营至少3个月；

2.符合医疗机构设置基本标准的人员要求，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.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；

4.具有符合医保协议管理要求的医保管理、财务、统计信息管理、医疗质量安全核心等制度，有医疗“进、销、存”管理系统，并有相应台账等；

5.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；

6.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；

7.单位依法与从业人员签订1年及以上劳动合同，且在劳动合同有效期内；

8.单位及从业人员按规定参加职工基本医疗保险等社会保险；

9.符合相关法律法规和自治区及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

（二）零售药店

1.有稳定的经营场所，在注册地址正式经营至少3个月；

2.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；

3.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工作，并签订1年以上劳动合同且在合同期内；

4.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；

5.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；

6.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；

7.单位及从业人员按规定参加职工基本医疗保险等社会保险；

8.符合法律法规和自治区及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

三、不予受理的情形

（一）医疗机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

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）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。

四、评估流程

（一）申请环节

1.书面申请。符合申请定点条件、自愿承担医保服务的医药机构，可通过新疆医保服务平台单位网厅(网址https://fuwu.xjylbz.cn/hallEnter/#/Index）向医药机构所在区（县）医保分中心提交相关材料提出书面申请，并自主添加QQ群号656693658获取相关通知。

2.初审受理。根据医疗保障定点医药机构设置规划要求，区（县）医保分中心依据公布条件对医药机构提交的材料进行初审，属于不符合申报条件、不予受理情形的，及时退回并告知理由，符合申报条件的纳入现场评估范围。

3.信息核查。通过书面审核、部门函询、国家企业信用信息公示系统查询等方式，核查医药机构相关申报信息及违规处罚情况，对申报信息与核查结果不符，或存在严重违法违规的医药机构，其申请予以终止。

（二）评估环节

1.评估人员确定。由医保、卫健、市场监管、行业协会、医保委员会等部门相关人员组成评估人员信息库，按照评估人员专业构成要求，采取“双盲”评估方式，在评估人员信息库中随机抽取现场评估人员，并于现场评估前日随机抽取评估人员与医药机构的分组，全程由医保纪检监察部门负责监督。

2.现场评估。评估小组对申请基础资料的真实性进行核实，并根据医药机构的整体布局、内部管理、经营状况等确定现场评估得分，由医药机构在评估表上签章确认。

2.专家评审。由市医保中心组织评估专家对医药机构现场评估情况进行统一评审，评审结果现场公布，并由参会人员签字确认。

3.集体决策。市医保中心根据现场评估及专家评审结果，组织会议研究，确定当期拟纳入定点管理的医药机构名单。

（三）结果运用

1.评估结果。评估结果包括合格和不合格。评估合格的医药机构拟纳入签订协议机构名单，报市医疗保障行政部门备案。对于评估不合格的，告知理由并提出整改建议，医药机构自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。

2.结果公示。市医保中心对拟纳入定点管理医药机构名单在乌鲁木齐市人民政府网站或乌鲁木齐医疗保障公众号等媒体平台上向社会进行公示，公示期为10日。公示期间接到相关投诉举报的，市医保中心需调查核实，情况属实且不符合定点条件的，不得签订医保协议。

3.签订协议。市医疗保障事业发展中心与公示合格的医疗机构对服务协议书内容进行协商，双方协商一致的，自愿签订协议。公示期满后，10日内未按要求完成协议签订的，视为自动放弃本次申请资格。