关于进一步加强新增社会办定点医疗机构

有关工作的通知（暂行）

（征求意见稿）

各有关单位：

按照《中华人民共和国社会保险法》、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《国家医疗保障局关于进一步加强医疗保障定点医疗机构管理的通知》（医保发〔2025〕14号）、《中共天津市委办公厅 天津市人民政府办公厅关于进一步优化营商环境的意见》（津党办发〔2025〕8号）和《天津市医疗机构医疗保障定点管理办法》（津医保规字〔2021〕7号）等文件要求，为优化营商环境，扶植优质医疗资源，在国家和我市定点医药机构资源配置颁布实施之前，以“严监管、强服务”为原则，稳妥有序将管理水平高、技术能力强的社会办医疗机构纳入医保管理，现就有关事宜通知如下。

一、工作目标

进一步营造良好的营商环境，支持社会办医发展，通过进一步加强新增社会办定点医疗机构管理，积极打造优质社会办定点医疗机构，推动社会办医疗机构在医保定点准入、服务质量提升等领域规范性发展，促进其能够提供更高品质、更具温度的医保服务。进一步加强监管，创新监管工作手段，提高精细化管理水平，坚决守护好老百姓的“看病钱”、“救命钱”，切实维护基金安全。

二、实施范围

（一）本市依法登记注册，取得医疗机构执业许可证等有效证件的社会办医疗机构，具体包括：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、门诊部、医务室、安宁疗护中心、护理院、养老机构内设的医疗机构，可依据本《通知》提出纳入城镇职工医保定点的申请。

（二）本条第一款所列社会办医疗机构需严格满足《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《国家医疗保障局关于进一步加强医疗保障定点医疗机构管理的通知》(医保发〔2025〕14号)、《天津市医疗机构医疗保障定点管理办法》（津医保规字〔2021〕7号）等文件有关要求，并就有关要求说明如下。

1.正式运营至少3个月，是指正式取得医疗机构执业许可证等有效证件且有正常诊疗、经营行为后运营至少3个月，同时经营过程中，严格遵守社会保险法，为全部从业人员依法缴纳医疗保险。

2.所有已开设临床科室均应至少有1名取得医师执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师。

3.具有符合医保协议管理要求的医保管理制度，其中要明确以下事项，并长期严格落实：

（1）按规定使用药品耗材追溯码，落实“应采尽采”、 “依码结算、依码支付”要求。

（2）开展检查检验服务的，要确保至少有1名具有相应资质的医技人员，严禁医务、医技人员在定点医疗机构内“挂证”，而由他人代为开展诊疗。

（3）如实做好参保患者治疗登记，妥善保存参保患者检验、影像、治疗登记等原始资料，保存时间不少于3年。

（4）承诺执行与公立医疗机构相同的医疗服务价格项目和价格水平，并按照公平合理、诚实信用、质价相符的原则确定所提供药品、医用耗材价格，原则上不高于我市公立定点医疗机构价格水平。按要求做好医疗服务、药品、医用耗材价格信息公开公示。

（5）能够按要求提前对接部署医师接诊信息实名上传与医保结算相关联、电子化记录代取药、第三方外检管理等信息系统接口改造工作。

（6）视频监控需在挂号、收费等重要点位按照相关要求进行安装，并保证正常运行使用，视频监控资料存储不少于6个月。

（7）全量药品、医用耗材从天津市医药采购应用平台网上采购。

（8）严格遵守国家和我市关于财务管理相关法律法规及政策要求，在相关款项收支环节，使用本机构对公账户进行各类款项收支，确保依法合规、全程可追溯，严禁非法公、私账户资金往来。

（9）承诺半径1500米内无同级别、同类型（同级别按医保支付级别界定；同类型按《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）第二章第五条规定的六类医疗机构的大类界定，同一大类视为同类型）已纳入医保管理的医疗机构。

（10）能够在参保患者就医时，按要求提供“刷脸”、“扫码”等服务。

（三）符合以上规定的社会办医疗机构，按照现行新增定点流程开展新增定点工作。

三、实行政策辅导期管理

对新纳入医保定点的医疗机构，设立不少于6个月的政策辅导期，有针对性的指导定点医疗机构落实医保管理及支付相关政策要求。依据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《国家医疗保障局关于进一步加强医疗保障定点医疗机构管理的通知》（医保发〔2025〕14号）等要求，政策辅导期内实行以下管理措施：

（一）按照本《通知》规定纳入医保定点的医疗机构与医保经办机构协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议：首年可开展门诊、住院服务类别；签订下一协议年度医保服务协议时与考核结果挂钩，对于考核在90分以上的可在协商谈判、达成一致的基础上增加门特服务类别及签订其他附加协议（协议考核所涵盖时间不足六个月的，顺延至再下一协议年度）。增加门特服务类别或签订其他附加协议应符合国家和我市相关规定，其中，门诊部最多增加一个病种的门特服务类别，符合本《通知》要求的其他类型医疗机构最多增加两个病种的服务类别。

（二）变更注册地址的，变更后仍应符合本《通知》第二条第（二）款有关规定。

（三）政策辅导期所属协议年度，均按照下表区域点数法阈值进行支付管理，超出阈值部分不予支付。阈值自签订医保服务协议次年起可根据当年医保总额预算额度增幅适当调整，如该协议年度仍包含政策辅导期，该协议年度超出阈值部分不予支付。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 新增其他基层类别定点医疗机构门诊（含门特）阈值 | | |
|  |  | 单位：点 |
| 类 别 | 药品耗材月度阈值 | 医疗服务月度阈值 （不含中药饮片） |
| 其他基层医疗机构-滨海 | 14141.55 | 40874.33 |
| 其他基层医疗机构-环城 | 56551.73 | 34138.58 |
| 其他基层医疗机构-市区 | 101432.21 | 25789.12 |
| 其他基层医疗机构-远郊 | 16258.00 | 11156.15 |

1. 政策辅导期内医保部门要点对点加强政策辅导力度，强化医保法律、法规、规章、政策以及违法违规典型案例培训，加强警示教育，通过政策培训、上门宣讲、信息共享、检查提醒等方式做好服务。

（五）政策辅导期内出现违反协议约定或者违反医保政策规定的，医保部门应当及时辅导、纠正，并增加政策辅导频次。

（六）政策辅导期内，出现违规违约问题，情节较轻的（未涉及欺诈骗保情形的），政策辅导期延长6个月，延长期内整改不到位的（整改不到位含再次出现其他类型违规违约问题的情形）不予续签医保协议；情节严重的（涉及欺诈骗保情形的），直接解除医保协议。

（七）政策辅导期所属协议年度结束后，可以按照普通医疗机构签订医保服务协议，并按照同区域同类别医疗机构重新核算阈值。

四、工作要求和有关事宜

（一）医保经办机构。要严格按照本通知等新增定点规定依法合规开展有关工作，确保公开、公正、透明；要做好咨询解释工作，确保工作平稳顺利进行；务必强化纪律意识，尤其注重廉洁纪律；要规范档案管理，做好新增定点工作相关材料的整理保管；签订医保服务协议时，需在备忘录中做好记录，明确此为按本通知规定纳入医保管理的医疗机构，同时要强化监管，自签订医保服务协议6个月内至少组织1次实地检查。

（二）有意愿纳入医保定点的医疗机构要秉持诚信原则，如实申报，如实提供各项材料，要提供高标准、优质医保服务，严格按照医保各项政策要求提供医保服务，积极认真配合医保各项工作。

（三）本《通知》印发前已纳入医保定点的医疗机构，应当严格按照国家有关规定，对照本《通知》的有关要求，积极完善管理制度，提高自身管理服务水平，补齐短板，不符合本《通知》第二条第（二）款所述条件（除第（二）款第3条（9）承诺1500米内……以外）的医疗机构，将不再签订2026年医保服务协议（全市已纳入医保定点的零售药店参照执行，未达到相关条件的不再签订2026年医保服务协议）。

本通知自印发之日起施行，适用于我市定点医药机构资源配置制定期间，符合本通知规定实施范围的医疗机构可自愿提出新增申请；现有定点医药机构按本通知要求，在2026年协议签订前完成提升完善。凡与本通知规定不一致的，按本通知有关规定执行。如遇有关政策调整，则按最新政策执行。

附件 1：定点医疗机构评估记录表

2：定点医疗机构承诺书