

新乡市人力资源和社会保障局文件

新人社〔2017〕151号

新乡市人力资源和社会保障局 关于印发《新乡市城镇职工基本医疗保险定点 医药机构监督管理办法》的通知

各县（市、区）人力资源和社会保障局，局机关各科室，局属各单位：

《新乡市城镇职工基本医疗保险定点医药机构监督管理办法》已经局党组研究同意，现印发给你们，请认真遵照执行。

2017年10月9日

（此件主动公开）

新乡市城镇职工基本医疗保险定点医药机构 监督管理办法

第一章 总则

为加强对我市城镇职工基本医疗保险定点医药机构的监督管理，规范医疗服务行为，确保基本医疗保险制度的可持续发展，特制定本办法。本办法所指定点医药机构是指与医疗保险经办机构签订服务协议，经行政部门备案后，为参保人提供就医购药服务的定点医疗机构和定点零售药店。

第二章 定点医药机构的准入管理

第一条 完善医药机构协议管理制度

根据国家、省、市有关文件精神，对愿意承担本市基本医疗保险服务的医药机构，由各级社会保险经办机构（以下简称经办机构）评估确定后，根据管理服务的需要签订基本医疗保险服务协议（以下简称“服务协议”），实行协议管理。

第二条 规范服务内容

各级经办机构具体制定本部门服务协议。服务协议应包括服务人群、服务范围、服务内容、服务质量、费用结算、违约处理等基本内容，还应适应预算管理、付费方式改革、医药价格改革、医保医疗行为监督、就医结算等政策和管理要求，进一步细

化相关内容，并根据医保政策和管理需要及时补充完善。

第三条 申请定点医药机构应具备的条件

（一）定点医疗机构应具备的条件

1. 依法取得《医疗机构执业许可证》并开展医疗服务满一年的医疗机构，以及经军队主管部门批准有资格开展对外服务满一年的军队医疗机构；

2. 建立与基本医疗保险管理相适应的内部管理制度，设置基本医疗保险管理部门，配备专职管理人员和设备；

3. 近一年内无违法、违规经营行为，未受到卫计、食药监等行政部门的处罚；

4. 具备连续基本医疗保险服务信息系统的条件；

5. 市人力资源和社会保障行政部门规定的与基本医疗保险服务相适应的其他条件。

（二）定点零售药店应具备的条件

1. 依法取得《药品经营企业许可证》和《营业执照》，通过《药品经营质量管理规范》（GSP）认证，经食品药品监督管理部门年检合格；

2. 开展药品零售服务满一年以上，近一年内未受到食药监等行政部门的处罚；

3. 具备及时供应基本医疗保险用药的能力，有便民利民措施，能为参保人员提供合理用药的咨询服务；

4. 配备有执业药师（执业中药师）执业资格的人员担任驻店

药师，营业时间内至少有1名驻店药师在岗。

5. 有健全的财务制度，有规范的内容管理制度，配备必要的医疗保险管理服务人员。实行药费清单制，店内经营物品明码标价，处方药、非处方药分别摆放；

6. 具有与所经营药品相适应的零售场所、设备、仓储设施和卫生环境；

7. 药店经营场所应宽敞、明亮、整洁，具备连接基本医疗保险服务信息系统的条件，卫生状况及外部环境良好；

8. 市人力资源和社会保障行政部门规定的与基本医疗保险服务相适应的其他条件。

第四条 定点医药机构评估流程

（一）提出申请。自愿提供基本医疗保险服务的医药机构向各级经办机构提出申请，并按要求提供相关材料，申请时间原则上每半年一次，具体时间由各经办机构确定并公告。所需材料由各经办机构根据本制度所列举的“定点医药机构应具备的条件”予以明确。医药机构应如实向各经办机构提交有关材料，并对申请材料的真实性负责。

（二）受理申请和资料审核。各经办机构对递交的申请材料进行初审，材料不齐全或不符合要求的，应当面一次性告知需要补正的内容。

（三）考察评估。各经办机构根据医药机构评估条件，采取书面评定、实地验收等方式对申报材料初审合格的医药机构进行

评估（评估项目和标准见附件）。

（四）社会公示。各经办机构原则上每半年对评估合格的医药机构报同级人社局行政科室，在人社局网站上公示，公示时间不少于7天。市本级的公示应张贴在市行政服务中心一楼大厅，公开举报电话（3696625,3026290）。公示期内如有投诉举报的，经查证属实后，由行政部门提出处理意见。

（五）协商签约。公示期间无投诉、举报的，公示期满后各经办机构根据评估结果，统筹考虑医药服务资源配置、服务能力和特色、医疗保险基金的支撑能力和信息系统建设以及参保人员就医意向等因素，与医药机构平等沟通、协商谈判，按规定与符合条件的医药机构签订服务协议。

（六）行政部门备案。各经办机构与医药机构签订服务协议后应及时报同级人力资源和社会保障行政部门备案，由行政部门通知人力资源和社会保障数据管理机构进行服务和结算信息系统连接。

第五条 不予受理情形

医药机构有下列情形之一的，经办机构不予受理其申请：

（一）申请材料中存在弄虚作假行为的；

（二）因违反社会保险法律法规或医疗保险服务协议，被经办机构解除协议未满3年的；

（三）同一法人名下出现严重违反协议规定的一年内不得扩大经营规模；

（四）市人力资源和社会保障行政部门规定的其他情形。

第六条 定点医药机构变更备案

定点医药机构变更机构名称、注册地址、法定代表人、主要负责人（企业负责人）等内容的，经医药机构相关行政主管部门办理变更手续后，一个月内持相关变更资料到各经办机构办理变更手续。经办机构应将变更后的服务协议报人力资源和社会保障行政部门备案。

第七条 解除服务协议

（一）各经办机构和定点医药机构协商一致，可以解除服务协议；

（二）定点医药机构提前30日以书面形式通知经办机构，可以解除服务协议；

（三）定点医药机构有下列情形之一的，经办机构应当解除服务协议：

1. 定点医药机构存在严重违反社会保险法律法规行为的；
2. 定点医药机构存在严重违反服务协议相关约定行为的；
3. 定点医药机构不再符合定点医药机构条件的；

4. 定点医药机构名称、注册地址、法定代表人、主要负责人（企业负责人）变更，在主管部门办理变更手续后，未按规定持相关资料到经办机构办理变更手续，经责令整改拒不改正的。

第三章 稽核监督

第八条 稽核机构的要求

1. 配备与稽核范围及工作量相适应的稽核人员。
2. 配备开展稽核工作的必需设备，包括但不限于电脑、打印机、摄像摄影和录音器材等。
3. 建立和完善相关的信息系统，具备网络监控、数据分析、信息跟踪等功能。
4. 制定各类稽核工作计划和方案，并按照计划和方案实施稽核。
5. 建立保密制度和回避制度。
6. 对稽核中发现的问题，报同级人社行政部门备案，共同研究处理意见。情节严重的，报主管领导批示后再进行处理。

第九条 稽核人员的要求

1. 应具有大学本科以上学历，或具有医学、财会、法律、计算机等专业知识。
2. 应掌握医疗保险相关法律法规、政策，熟悉医疗保险业务。
3. 应取得有关部门认可的社会保险稽核资质。
4. 应遵纪守法，廉洁自律，作风正派，实事求是。
5. 应保守稽核对象的商业秘密及个人隐私，为举报人保密。

第十条 稽核内容

定点医药机构执行医疗保险有关就医购药管理、支付范围、费用结算等规定的情形；以及履行服务协议的其他情形。

第四章 就医管理

第十一条 定点医疗机构应不断优化就医流程，提高服务质量。对离休等特殊人员设置“优诊室”。对参保人员的投诉应认真核查、处理；对受理的投诉案件，应有专人负责并落实，结果应在 5个工作日内做出反馈。

第十二条 定点医疗机构应严格执行医保患者身份确认制度及请假离院制度。应认真对医保患者身份及社会保障卡进行核验，发现证卡无效、人证不符的，不得进行医疗保险结算；有骗保嫌疑的，应及时告知社会保险经办机构。

第十三条 定点医疗机构应为参保人员就医建立门诊及住院病历，并妥善保存备查。门诊及住院病历的诊疗记录应当真实、准确、完整、清晰，化验检查须有结果分析。

定点医疗机构应严格执行《医疗文书规范与管理》，做到住院医嘱、病程记录、检查结果、治疗单记录和票据、费用清单等相吻合。

第十四条 定点医疗机构应严格执行各项医政管理规定，严格掌握检查、治疗的适应症和禁忌症，认真落实检查检验报告单互认制度。

第十五条 定点医疗机构应执行门诊处方外配制度，参保人员要求到定点零售药店购药的，定点医疗机构不得拒绝。外配处方应当书写规范，字迹工整，并加盖医疗机构专用章。

第十六条 定点医疗机构应确保参保人员的知情同意权，向

参保人员提供门诊、住院费用结算清单和住院日费用清单，清单发放率达100%。应建立并执行自费项目参保人员知情确认制度，“自费项目同意书”应提前征得患者或家属同意并签字，否则患者有权拒付相关费用，由此造成的纠纷及经济损失由乙方承担。对于急救患者，定点医疗机构在事后应尽快通知家属补办相关手续。定点医疗机构不得要求住院参保人员到门诊缴费或药店购药。

第五章 药品和诊疗项目管理

第十七条 定点医疗机构应当根据开展医疗保险服务的需要，调整药品供应结构，确保目录内药品的供应，提供的药品应有小包装。药品目录内药品的配备率要达到：三级医疗机构85%以上，二级医疗机构80%以上，一级医疗机构60%以上，专科医院目录内本专科备药率90%以上。

定点医疗机构应当优先和合理使用药品目录中的甲类药品，自费药品占药品总费用比例在10%以下。

第十八条 定点医疗机构生产的医院制剂经相关部门批准和核定价格后，可申请进入医疗保险用药范围，并限于医疗机构内部使用，其费用社会保险经办机构按照乙类药品标准支付。

第十九条 定点医疗机构的门诊处方一般不得超7日用量；急诊处方一般不得超3日用量，特殊情况医师应注明理由。病情稳定且需长期服用同一类药物的，可放宽到一个月量。

第二十条 定点医疗机构在参保人员出院时，可提供与疾病治疗有关的药品（限口服），带药种类原则上3种以内，最多不超过4种；带药量慢性病不超过7日用量，特殊病种不超过15日用量。

定点医疗机构不得事先将检查和治疗项目在住院费用中结算，出院后到门诊完成检查和治疗。

第六章 病历审核

第二十一条 对于城镇职工基本医疗保险的住院病历，采取定点医疗机构自审与社会保险经办机构抽审相结合的方式。定点医疗机构应有专人负责病历审核工作，明确相应的岗位职责。专管人员有责任对医保患者医疗费用的真实性、合理性进行调查落实，剔除违规或不合理费用，每月剔除的费用应统一制表，于次月3日前传递给社会保险经办机构。定点医疗机构自查自审所剔除的违规或不合理费用不再进行放大扣款或纳入年终考核。

第二十二条 社会保险经办机构应根据日常监管和系统监控情况加强对定点医疗机构申报费用的审核工作，审核方式可采取专项审核、全面审核或随机抽审。如发现定点医疗机构申报费用有违规嫌疑的，社会保险经办机构应当及时告知医疗机构，定点医疗机构应在5个工作日内向社会保险经办机构做出说明。逾期不说明的，社会保险经办机构可按违规拒付有关费用。

第二十三条 社会保险经办机构不支付以下情形所产生的医

疗费用：

- （一）因医疗事故及其后遗症所产生的医疗费用；
- （二）应当从工伤、生育保险基金中支付的；
- （三）应当由第三人负担的；
- （四）应当由公共卫生负担的；
- （五）以预防、保健为目的的住院费用；
- （六）以自费诊疗为目的的住院费用；
- （七）乙方不能向甲方提供病历及相关资料的；
- （八）已记账的检查检验项目病历中没有收存报告单的；
- （九）已记账无医嘱的药品、检查或治疗项目；
- （十）医嘱项目与收费项目不符；
- （十一）超医疗机构资质开展的诊疗科目及相关费用；
- （十二）违反因病施治原则，过度用药、过度检查、过度治疗，临床用药、检查或治疗与诊断及病程记录不符的；
- （十三）超单病种标准结算的。

第二十四条 社会保险经办机构不支付以下情形所产生的药品费用：

- （一）违违反抗菌药物临床应用指导原则的；
- （二）超法定说明书使用剂量和适应症的；
- （三）超出药品目录限定支付范围或使用限定支付药品缺乏依据的；
- （四）二线用药或序贯治疗缺乏依据支持的；

（五）与诊断及病程记录无关的。

第七章 定点医疗机构违约责任

第二十五条 社会保险经办机构有下列情形之一的，定点医疗机构可要求社会保险经办机构采取有效措施纠正，也可提请社会保险行政部门督促社会保险经办机构整改：

（一）医疗保险政策及管理制度、操作规程发生变化，未及时告知定点医疗机构并给定点医疗机构造成经济损失的；

（二）未按协议规定及时进行医疗费用结算的；

（三）为医疗费用结算、拨付设置不合理条件的；

（四）因原因导致医疗费用结算错误的；

（五）工作人员违反《社会保险工作人员纪律规定》的；

（六）其他违反基本医疗保险法律、法规的行为。

第二十六条 定点医疗机构发生下列情形之一但未造成医疗保险基金损失的，社会保险经办机构可对定点医疗机构做出约谈、限期整改等处理：

（一）未按协议要求落实管理措施的；

（二）重要备案信息变更未及时告知社会保险经办机构的；

（三）未及时、准确、完整提供社会保险经办机构要求提供的资料，不能积极配合工作的；

（四）未落实参保人员知情权，不向其提供费用明细清单及结算清单的；

（五）重要指标严重异常，经反复沟通无效的；

（六）其他违反协议规定的行为。

第二十七条 定点医疗机构如发生违规行为导致医疗费用增加，并申报费用结算的，社会保险经办机构可根据定点医疗机构违规行为的轻重及年度内违规记录，采取拒付或追回相关费用、暂停结算、限期整改、终止协议等措施。同时可相应扣减质量保证金、年度有效工作量、年度份额等。定点医疗机构有责任向甲方提供与医疗服务有关的全面、完整、真实的材料和数据。对于定点医疗机构提供的资料，社会保险经办机构负有保密的义务。

第二十八条 定点医疗机构年度内屡次违反上述第二十三条、第二十四条约定，经约谈后仍不予整改的，社会保险经办机构除拒付或追回违规费用外，可按照违规或不合理费用的1-3倍扣除质量保证金。

第二十九条 定点医疗机构有下列情形之一的，社会保险经办机构除拒付或追回违规费用外，可按照违规费用的3-5倍扣除质量保证金。

（一）申报与实际使用不符，串换药品或诊疗增加基金支出的；

（二）虚假申报，采取少用多记，提供虚假工作量，套取医保基金的；

（三）违反物价政策造成基金损失的；

（四）其他违反医疗保险政策规定，造成医疗保险基金损失

的。

第三十条 定点医疗机构有下列情形之一的，社会保险经办机构除拒付或追回违规费用外，可根据情节严重程度或年度内违规记录，按照违规次数的1-10倍扣减年终有效工作量。

（一）挂床住院：包括未履行请假离院手续无故不在院、无固定床位或多人共用一个床位、单个患者住院期间请假超过三次（含三次）、病区总请假人数超出该病区在院参保患者的10%等。

（二）分解住院：在住院患者尚未痊愈的前提下为其办理多次出院、入院手续的行为；

（三）降低入院标准：将适宜于门诊治疗或在低级别医疗机构治疗的医保患者收入住院治疗；

（四）延迟出院：将已达到出院指征的医保患者长期留院观察，未及时办理出院或转为门诊治疗的；

（五）其他违反医疗保险政策规定，影响恶劣或造成医疗保险基金损失的。

第三十一条 定点医疗机构有下列情形之一的，社会保险经办机构除拒付或追回违规费用外，可暂停与定点医疗机构结算1-6个月，要求定点医疗机构限期整改，并相应扣减年度份额。对大型综合性医疗机构可细化到科室。

（一）发生上述第二十九条、第三十条情况，造成医疗保险基金严重损失或造成严重社会影响的；

（二）冒名住院：非参保人员使用参保人员的身份就医所产生的医疗费用；

（三）虚假住院：虽然为医保患者办理了住院手续，但诊疗过程为虚假医疗行为；

（四）超出《医疗机构执业许可证》准许范围或执业地址开展医疗服务；将科室或房屋承包、出租给个人或其它机构，并以定点医疗机构名义开展医疗服务的；

（五）其他违反医疗保险政策规定，影响恶劣或造成医疗保险基金严重损失的。

第三十二条 定点医疗机构有下列情形之一的，使社会保险经办机构无法辨识医疗费真实性的，社会保险经办机构可拒付或追回当月在定点医疗机构所发生的属于医疗保险统筹支付的所有费用或单项费用，暂停与定点医疗机构结算、限期整改，并相应扣减年度份额。情节严重的，社会保险经办机构可单方面终止协议。

（一）社会保险经办机构在对定点医疗机构的重大违规嫌疑进行调查时，定点医疗机构工作人员拒不配合的；

（二）定点医疗机构虚开发票、伪造会计账目资料的；

（三）药房药库账目不清晰，虚假采购、虚假出库的；

（四）定点医疗机构工作人员伪造检查化验结果，为临床科室提供虚假诊断依据的；

（五）其他造成严重后果或重大社会影响的违规行为。

第三十三条 定点医疗机构发生第三十一、三十二条中的违规行为，性质恶劣，造成医疗保险基金损失和严重社会影响，或发生下列情形之一的，经查实，社会保险经办机构可单方终止协议：

- （一）暂停结算期间未进行及时、有效整改的；
- （二）年度内发生三次及以上医疗事故并造成严重后果的；
- （三）受到卫生行政部门吊销《医疗机构执业许可证》处罚的；
- （四）为无医疗保险结算资格的医疗机构提供医保结算服务的；
- （五）其他造成严重后果或重大社会影响的违规行为。

第三十四条 双方发现对方或对方工作人员违反社会保险基金管理等法律法规，可向有关行政部门提出行政处罚建议。

第八章 定点零售药店违约责任

第三十五条 定点零售药店有下列违约行为之一的，社会保险经办机构有权责令定点零售药店整改，视情节轻重暂停定点零售药店医保服务协议10-30日：

- （一）拒不配合社会保险经办机构工作的；
- （二）被有效投诉且性质恶劣的；
- （三）在其经营场所、办公区域或库房内摆放与促销活动无关的食品、日化用品、日用百货等生活类商品的；

（四）未按协议约定规范使用高清监控系统或购销存、财务一体化医药管理系统的；

（五）其他违反基本医疗保险政策规定或协议约定的。

第三十六条 定点零售药店有下列违规行为之一的，社会保险经办机构除追回违规金额外，并视情节轻重，暂停定点零售药店医保服务协议1-3个月：

（一）违反药品价格政策，弄虚作假，造成基本医疗保险基金损失的；

（二）违约购进并协助参保人员将基本医疗保险基金支付范围外的生活类商品等串换成医疗保险基金支付范围内的药品、保健品等，造成基本医疗保险基金损失的；

（三）违规行医或超范围经营的；

（四）其他违反基本医疗保险政策规定或协议约定性质严重的。

第三十七条 定点零售药店有下列违规行为之一，使社会保险经办机构无法辨识医药费用真实性的，社会保险经办机构可拒付或追回当月所发生的全部医药费用，并视情节轻重，暂停乙方医保服务协议4-6个月：

（一）不规范使用购销存、财务一体化医药管理系统，造成出入库台账严重失真的；

（二）虚开药品购进票据或办理入库业务时品名、金额、数量等与实际购进不符的；

（三）社会保险经办机构统计月度购进费用时，定点零售药店藏匿、瞒报退货票据的；

（四）弄虚作假，人为篡改条码信息或虚假出库的；

（五）其他违反基本医疗保险政策规定且情节严重的。

第三十八条 定点零售药店有下列违规行为之一的，社会保险经办机构除追回违规金额或拒付质量保证金外，有权单方终止协议。协议终止后，社会保险经办机构三年内不再受理定点零售药店的定点准入申报：

（一）定点零售药店《药品经营许可证》、《营业执照》等被吊销的，协议自动终止；

（二）为非协议定点单位提供医保代刷卡业务的；

（三）协同参保人员将个人账户金套取现金或转为会员储值，性质恶劣的；

（四）其他违反基本医疗保险政策规定且情节严重的。

第三十九条 定点零售药店发生分立、合并的，分立、合并前的违约行为，由分立、合并后的经营主体承担违约责任。

第九章 附 则

第四十条 本办法由医疗保险科负责解释。

附件1

新乡市基本医疗保险定点医疗机构项目评估表

门诊名称:		现场评估时间	
类别	评估内容	评估方式	评估结果
一、基础管理	1、《医疗机构执业许可证》等齐全、有效	实地核对	
	2、有稳定的经营场所。	产权或租赁合同	
	3、经营场所干净、整洁，卫生状况良好	实地查验	
	4、周边环境良好，参保人员持卡就医购药需求较强	实地查验	
二、人员设备	1、诚信管理，同一法人名下一年内无医保违规记录	查验材料	
	2、配备医疗保险管理人员；熟悉医保政策	现场询问	
	3、医护人员证照齐全，一年内无医保违规记录	查验资料	
	4、安装有医药管理系统	现场查验	
	5、安装有高清监控系统	现场查验	
三、日常管理	1、门诊接诊登记、门诊治疗登记、门诊病历、门诊处方是否完整、规范	查验资料	
	2、是否严格执行《处方管理办法》	查验资料	
	3、药品购进渠道正规，无保健品、生活类物品等购进	查验资料(抽10种)	
	4、药品价格严格按照物价部门要求执行	查验资料	
	5、药品出入库制度健全，账目清晰；有正规发票及随货同行票据	查验资料	
	6、无超标准收费、打包收费等现象	查验资料	
	7、严禁违规行医或超范围执业	查验资料	
	8、药房备药能满足基本医疗需求	查验实物	
	9、无医疗责任事故	查验资料	
	10、有健全的财务制度，收支账务明晰	查验实物	
	11、开展医疗活动一年以上	查验实物	
	12、一年内未受到卫生、物价等行政部门处罚	查验实物	
评估小组成员签字:		综合评估结果:	

医疗机构负责人签字:

附件2

新乡市基本医疗保险定点零售药店评估表

零售药店名称:		现场评估时间:	
类别	评估内容	评估方式	评估结果
一、基础管理	1、《营业执照》、《药品经营许可证》、《药品经营质量管理规范认证证书》齐全、有效。	实地查看	
	2、有稳定的经营场所。	产权或租赁证明	
	3、储存条件合格；养护记录完整；报废药品有记录和签字	实地查看	
	4、经营场所干净、整洁，卫生状况良好	实地查看	
	5、周边环境良好，参保人员持卡购药需求较强	实地查看	
	6、能提供24小时购药服务	实地查看	
二、人员设备	1、法人及负责人诚信经营，一年内法人名下无医保违规记录	查验材料	
	2、配备医疗保险管理人员；熟悉医保政策	现场询问	
	3、配备执业药师且营业时间内至少有一名药师在岗	现场询问	
	4、有固定的药品验收入库人员及收银员且熟悉医保政策	现场询问	
	5、营业人员持证上岗，熟悉所销售药品的性能、用途、用法、禁忌等；	现场询问	
	6、安装有购销存财务一体化医药管理系统	实地查看	
	7、安装有高清监控系统	实地查看	
	8、配备有营业小票打印设备	实地查看	
	9、配备有扫码设备	实地查看	
三、经营管理	1、药品购进渠道合规	抽验品种不低于十种	
	2、有正规购进发票及随货通行单据		
	3、药品、保健品等验收入库及时，不摆放销售无入库药品等	抽验两个月票据	
	4、处方药与非处方药分柜摆放；严格外配处方审方、配方、复核程序	抽验品种不低于十种	
	5、促销用礼品及赠品单柜摆放；经营场所及办公区域无摆放生活用品	实地查看	
	6、经营场所内明码标价	实地查看	
	7、销售出库是否使用购销存财务一体化管理系统	查验监控	
	8、是否使用扫码设备销售	查验监控	
	9、有健全的财务制度，收支账务明晰	查验实物	
	10、开展药品经营活动一年以上	查验实物	
	11、一年内未受到药监、物价等行政部门处罚	查验实物	

评估小组成员签字：
综合评估结果：

零售药店法定代表人签字：

