

关于印发宿迁市基本医疗保险医药服务协议 管理办法（暂行）的通知

宿医保规〔2021〕2号

各县区医疗保障局，市医疗保险基金管理中心，各定点医药机构：

现将《宿迁市基本医疗保险医药服务协议管理办法（暂行）》
印发给你们，请认真贯彻落实。

宿迁市医疗保障局

2021年9月28日

（此件公开发布）

宿迁市基本医疗保险医药服务协议管理办法（暂行）

第一章 总则

第一条 为规范我市基本医疗保险医药服务协议管理，根据《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）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）有关规定，结合我市实际情况，制定本办法。

第二条 本办法所称的基本医疗保险医药服务协议(以下简称服务协议),是医疗保险经办机构(以下简称经办机构)与医疗机构、零售药店(以下简称医药机构)之间设立、变更、终止基本医疗保险医药服务关系的协议。

第三条 市医疗保障行政部门对全市范围内服务协议的订立和履行实施监督管理。

各县区(含市各开发区、园区,下同)医疗保障行政部门对当地经办机构与有关医药机构订立和履行服务协议实施监督管理。

第四条 市经办机构负责全市医药机构服务协议订立和履行业务指导。各县区经办机构配合市经办机构做好属地医药机构订立服务协议。

未设立经办机构的市各开发区、园区,其辖区内医药机构服务协议的订立由市经办机构直接负责或由市医疗保障行政部门提请市政府指定有关县区经办机构负责。

第五条 医药机构申请订立服务协议,应当分别符合国家医疗保障局令第2号第五条和国家医疗保障局令第3号第五条相关规定。

符合前款规定条件并依法与经办机构订立服务协议的医药机构,为定点医药机构,其中医疗机构为定点医疗机构,零售药店为定点零售药店。

第六条 定点医疗机构医疗保险服务范围分为以下类别:

- (一) 普通门诊医事、药事服务；
- (二) 普通住院医事、药事服务；
- (三) 生育医事、药事服务；
- (四) 居民医保门诊专项保障医事、药事服务；
- (五) 门诊慢性病医事、药事服务；
- (六) 门诊慢性病鉴定确认；
- (七) 门诊特殊病医事、药事服务；
- (八) 门诊特殊病鉴定确认；
- (九) 特药待遇确认以及特药医事、药事服务。

第七条 定点零售药店的医疗服务范围分为以下类别：

- (一) 普通药事服务；
- (二) 门诊慢性病药事服务；
- (三) 特药药事服务。

第八条 服务协议实行分级分类管理，经办机构可以与一级以下医疗机构订立本办法第六条第（一）项至第（五）项范围的服务协议，可以与二级医疗机构订立本办法第六条第（一）项至第（九）项范围的服务协议，可以与三级医疗机构订立本办法第六条第（一）项至第（三）项以及第（五）项至第（九）项范围的服务协议。

第九条 医疗机构初次订立服务协议的，经办机构可以与其订立本办法第六条第（一）、（二）、（三）项范围的服务协议。

零售药店初次订立服务协议的，经办机构可以与其订立本办法第七条第（一）项范围的服务协议。

订立本办法第六条第（四）、（五）、（七）、（九）项，第七条第（二）项范围服务协议的民营定点医疗机构和定点零售药店，在提供上述服务协议活动中，民营定点医疗机构应承诺执行公立医院的价格政策及集采政策。定点零售药店应当从事医保定点服务2年以上，具备至少1名执业药师。相关药品、耗材的价格不高于江苏省医疗机构药品（耗材）集中采购与监管平台挂网价格。

第二章 定点申请与评估

第十条 医药机构提出定点申请前，应分别对照国家医疗保障局令第2号第五条和国家医疗保障局令第3号第五条进行自查，自查符合条件的，经负责人签字确认后，可以向经办机构递交制式定点申请。

第十一条 经办机构收到医药机构的定点申请后，应当及时对申请材料进行审核，申请材料内容齐全的，应当即时受理，申请材料内容不全的，应当自收到申请之日起5个工作日内一次性告知医药机构补正。

第十二条 经办机构组织评估小组或委托第三方机构，以书面、现场等形式对医药机构开展评估。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。

第十三条 医疗机构应当准备以下材料接受评估：

（一）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、医疗机构设置批复文件、等级评审文件或者卫生行政部门出具的相当等级证明材料；

（二）法定代表人身份证，是有限责任公司的，还应提供公司章程、股东名单及身份证；

（三）科室设置以及从事医疗保险服务的技术人员和其他相关人员名单以及相关执业资格证书、劳动合同等，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相关材料；

（四）经营场所的所有权证，经营场所系租赁的提供租赁合同；

（五）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相关材料，包括药品经营品种价格清单、医用设备清单、大型医用设备配置许可证、上岗人员技术合格证、收费许可证以及检测合格证明等；

（六）与医保政策对应的内部管理制度，药品、医疗器械、医用耗材出入库制度和财务制度，卫生健康部门医疗机构评审的结果等材料；

(七)与医保有关的医疗机构信息系统相关材料(具备与医保信息系统开展直接联网结算的条件)。

第十四条 零售药店应当准备以下材料接受考察评估:

(一)零售药店的营业执照和药品经营许可证,是连锁经营的,还应当提供其总部的营业执照和药品经营许可证;

(二)法定代表人、企业负责人或实际控制人身份证;

(三)经营场所的所有权证,经营场所系租赁的提供租赁合同;

(四)从事医疗保险服务的技术人员、医保专(兼)职管理人员以及其他人员名单以及相关执业资格证书和劳动合同等;

(五)与医疗保障政策对应的内部管理制度,药品、医疗器械、医用耗材出入库管理制度,财务管理制度;

(六)核查与医保有关的信息系统相关材料(具备与医保信息系统开展直接联网结算的条件);

(七)医保药品标识相关材料。

第十五条 对于评估合格的医药机构,经办机构应将其纳入拟签订定点医疗机构名单,并报市经办机构统一向社会公示。

对于评估不合格的医药机构,经办机构应告知其理由,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。

各经办机构应当将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。

第三章 协议订立与履行

第十六条 全市执行统一的基本医疗保险服务协议范本，服务协议范本条款包括服务人群、服务范围、服务内容、服务质量、系统建设、数据质量、管理制度、审核方式、付费方式、结算流程、违约情形、违约责任、协议时效、争议处理等内容。

对于服务协议范本中未尽事项，各地经办机构可以结合当地实际，经与属地定点医药机构协商后，提出补充服务协议建议，经同级医疗保障行政部门报市医疗保障行政部门同意后执行。

第十七条 经办机构应当与评估合格的医药机构进行协商谈判，达成一致的，双方自愿签订服务协议。

双方应当在评估期限截止之日起 30 日内完成谈判协商，不能达成一致的，不予签订服务协议。

第十八条 各县区经办机构应当在服务协议订立之日起 30 日内，将服务协议报送当地医疗保障行政部门和市经办机构，并由市经办机构统一报送市医疗保障行政部门备案。

第十九条 经办机构应当对定点医药机构开展医疗保障政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，提供医疗保障咨询、查询服务。

第二十条 协议机构在协议履行期间应持续符合定点条件。

第二十一条 经办机构应当加强医疗保障基金支出管理，对定点医药机构进行定期和不定期稽查审核，通过智能审核、实时监控、现场检查等方式及时审核医保费用。

第二十二条 定点医疗机构发生名称、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，定点零售药店发生名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址和药品经营范围等重要信息变更时，应当自有关部门批准之日起 30 个工作日内向经办机构提出变更申请，其他一般信息变更应及时告知。

第二十三条 异地就医医疗服务实行就医地管理，定点医疗机构应保证异地就医参保人员接受与本地参保人员同等的医疗服务，经办机构要将异地就医纳入定点医疗机构协议管理范围，接受异地就医参保人员的投诉、举报和咨询，并对异地就医服务行为进行监督管理。

第二十四条 经办机构应当定期对协议机构医疗保险服务工作情况进行考核，考核结果作为年终清算、次年总额分配、分级管理以及协议续签的依据之一。

第四章 违约处理

第二十五条 经办机构有下列情形的，协议机构可要求经办机构纠正，或提请当地医疗保障行政部门处理：

(一) 未将医保政策和管理制度、操作流程变化情况及时告知协议机构的；

(二) 未按规定给予协议机构政策咨询的；

(三) 未按规定及时进行医疗费用结算的；

(四) 工作人员违纪的；

(五) 其他违反基本医疗保险法律法规和政策规定的行为。

第二十六条 定点医疗机构有下列违约情形但未造成医保基金损失，情节轻微的，经办机构可对协议机构作出约谈、限期整改等处理：

(一) 未在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识的；

(二) 未参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训的；

(三) 未按规定进行医保费用直接结算，未向参保人员如实出具费用单据和相关资料的；

(四) 未为符合规定的参保人员提供转诊转院服务的；

(五) 拒绝为参保人员提供门诊外配处方服务的；

(六) 未向社会公开医药费用、费用结构等信息的；

(七) 未及时处理参保人员有效投诉和社会监督反映问题的；

(八) 其他违反医保政策以及服务协议条款，情节轻微的。

第二十七条 定点医疗机构有下列违约情形之一的，经办机构视情节轻重予以约谈、限期整改、暂停或不予拨付费用、减少或取消周转预付金、中止协议 3-6 个月等处理：

（一）医保相应的内部管理制度不健全或未按照制度管理，或管理混乱的；

（二）开展虚假宣传，或以医保定点名义开展商业广告，或通过减免自付费用、返现回扣、赠送礼品等方式诱导参保人员医疗消费的；

（三）未组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，未定期检查本单位医疗保障基金使用情况以及未及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为的；

（四）未优先配备使用医保目录药品等，导致患者自费比例超规定的；

（五）未按要求如实向经办机构报送药品、耗材的采购价格和数量的；

（六）未严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策。未按有关规定执行集中采购政策，未优先使用集中采购中选的药物和耗材。未按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购医保支付的药品、耗材等；

（七）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的；

（八）将科室承包、出租给个人或其他机构的；

（九）违规诱导参保人员在住院期间到门诊缴费、药店购药或另设自付账号缴费的；

（十）除急诊、抢救等特殊情形外，未经参保人员或者其近亲属、监护人同意，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的；

（十一）未执行支付方式改革要求，以医保支付政策为由拒收、推诿病人，减少服务、限定医疗费用或降低服务标准的；

（十二）未按规定保管财务账目、记账凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等涉及基金使用相关资料，未真实记录“进、销、存”等情况，不能做到账账相符、账实相符的；

（十三）提供的票据、费用清单、处方、医嘱、检查结果、诊断及病程记录等不相符，或与实际使用情况不一致的；

（十四）将经办机构不予支付的费用以及按约定应分担的医疗费用、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；

（十五）未保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，未按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据的；

（十六）未按要求及时向经办机构报送真实有效的医疗保障基金结算清单等信息，包括疾病诊断及手术操作，药品、医用耗材、医疗服务项目费用结算明细，医师、护士等信息；

(十七)未做好与医保有关的信息系统安全保障工作，导致参保人员隐私等医保数据泄露的；

(十八)不配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，拒绝提供相关信息的。

第二十八条 定点医疗机构有下列违约情形之一的，经办机构视情节轻重予以暂停或不予拨付费用、减少或取消周转预付金、中止协议 3-6 个月等处理。涉及行政处罚的，移送有关行政部门处理：

(一)未执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证，造成被他人冒名顶替就医的；

(二)分解住院、挂床住院，或将不符合入院指征的参保人员收治入院，造成医疗保障基金不合理支出的；

(三)未严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录规定，发生重复收费、超标准收费、分解项目收费以及将不符合医保支付范围规定的费用进行医疗保障基金支付的；

(四)违反国家和省、市相关规定，参保人员出院带药超量，带检查或治疗项目出院的；

(五)违反诊疗规范为参保人员过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药及提供其他不必要的医药服务，造成医疗保障基金不合理支出的；

(六)违反有关部门规定配置使用医疗仪器设备并纳入医保基金支付的；

(七) 诱导或者协助他人冒名或者虚假就医、住院，提供虚假证明材料，串通他人虚开医药费用票据的；

(八) 串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施的；

(九) 通过伪造、变造、隐匿、恶意涂改、擅自销毁医疗文书、医学证明、财务票据或凭证、电子信息等，虚构基金支付的；

(十) 涉嫌故意为参保人员骗取医疗保障基金提供方便的；

(十一) 为参保人员出具门诊慢特病虚假认定证明的；

(十二) 为参保人套取个人账户资金的；

(十三) 经其他行业监管部门查处，存在与医保基金支付有关的违法违规行为，且造成医疗保障基金损失的；

(十四) 其他造成医疗保障基金损失的行为。

第二十九条 定点医疗机构发生前条行为且性质恶劣，造成医疗保障基金重大损失或社会影响严重的，或协议机构有下列违约情形之一的，经办机构按规定做出解除协议处理，并向社会公布解除协议的医疗机构名单。对已支付的预付金和违约费用予以追回，涉及行政处罚的，移送有关行政部门处理：

(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) 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；

(三) 被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的；

(四)发生重大信息变更情形,未在有关部门批准变更之日起30个工作日内向经办机构履行变更备案手续的;

(五)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;

(六)以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的;

(七)定点医疗机构停业或歇业后未按规定向经办机构报告的;

(八)医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中,发现定点医疗机构存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的;

(九)拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展费用审核、稽核检查、绩效考核等,情节恶劣的;

(十)经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的;

(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以及协议约定的其他应当解除的情形。

第三十条 定点零售药店有下列违约情形但未造成医保基金损失的,经办机构可对定点零售药店作出约谈、限期整改等处理:

(一)未在显著位置悬挂统一格式的定点零售药店标识的;

(二)未组织医保管理人员参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训的；

(三)未提供医保药品费用直接结算单据和相关资料的；

(四)其他违反医保政策、服务协议条款，情节轻微的。

第三十一条 定点零售药店有下列违约情形之一的，经办机构可要求定点零售药店限期整改，视其情节轻重予以暂停结算、不予支付或追回已支付的医保费用、中止协议 3-6 个月等处理：

(一)医保相应的内部管理制度不健全或未按照制度管理，或管理混乱的；

(二)未开展医疗保障基金相关制度、政策的培训的；未定期检查本单位医疗保障基金使用情况以及未及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为的；

(三)以医保定点名义从事商业广告和促销活动，诱导消费的；

(四)未按规定向经办机构及医疗保障行政部门提供有关数据或提供数据不真实的；

(五)未真实记录“进、销、存”情况的以及未定期向经办机构上报医保目录内药品的“进、销、存”数据的；

(六)未按要求及时如实向经办机构上传参保人员购买药品的品种、规格、价格及费用信息的；

(七)未遵守医疗保障行政部门制定的药品价格政策的；

（八）未严格执行医保支付政策，将经办机构不予支付的费用、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；

（九）未凭处方销售医保目录内处方药的；药师未对方进行审核、签字后调剂配发药品的；

（十）未配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，拒绝接受医疗保障行政部门的监督检查，以及未按规定提供相关材料的；

（十一）未核对参保人员和代购人有效身份凭证，出现人证不符的；

（十二）未按规定要求参保人员或购药人在购药清单上签字确认的；

（十三）凭外配处方购药的，未核验处方使用人与参保人员身份是否一致的；

（十四）未将参保人员医保目录内药品外配处方、购药清单等保存 2 年，以备医疗保障部门核查的；

（十五）未做好与医保有关的信息系统安全保障工作，未遵守数据安全有关制度，发生参保人员隐私泄漏等情形的；

（十六）未按规定保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据的；

(十七) 定点零售药店违约行为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；

(十八) 其他造成医保基金违规支出或违反本协议约定，情节较重的。

第三十二条 定点零售药店有下列违约情形之一的，经办机构追回已支付的医保费用，按规定解除协议，并向社会公布解除协议的零售药店名单：

(一) 医保协议有效期内累计 2 次以上因违约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) 发生重大药品质量安全事件的；

(三) 以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

(四) 以伪造、变造医保药品“进、销、存”票据和账目、伪造处方或参保人员费用清单等方式，骗取医疗保障基金的；

(五) 将非医保药品或其他商品串换成医保药品，倒卖医保药品或套取医疗保障基金的；

(六) 为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算的；

(七) 将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的；

(八) 拒绝、阻挠或不配合经办机构开展智能审核、绩效考核等，情节恶劣的；

(九) 被发现重大信息发生变更但未按规定办理变更的；

(十)存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的；

(十一)被吊销、注销药品经营许可证或营业执照的；

(十二)未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

(十三)法定代表人、企业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；

(十四)定点零售药店属于连锁经营的零售药店的，连锁经营企业总部法定代表人、企业负责人或实际控制人违法违规导致连锁零售药店其中一家分支零售药店被解除医保协议的，相同法定代表人、企业负责人或实际控制人的其他分支零售药店同时解除医保协议；

(十五)法律法规和规章规定以及协议约定的其他应当解除的情形。

第五章 附则

第三十三条 市经办机构可以根据实际情况制定全市统一的协议管理经办规程。

第三十四条 经办机构、定点医药机构在协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行协商解决或者请求同级医疗保障行政部门协调处理，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

第三十五条 服务协议期限一般为**1**年。定点医药机构应于医保协议期满前**3**个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织续签协议。

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，医保协议到期后自动终止。

第三十六条 职工大额医疗费用补助、职工和居民大病保险以及医疗救助等服务协议的订立与履行，参照本办法的规定执行。

第三十七条 本办法自**2022**年**1**月**1**日起施行。