

JNCR-2016-0120013

济南市人力资源和社会保障局文件

济人社发〔2016〕153号

关于印发《济南市基本医疗保险 住院医疗机构定点协议管理办法》的通知

各县(市)区人力资源和社会保障局、高新区社会事业局:

现将《济南市基本医疗保险住院医疗机构定点协议管理办法》印发给你们,请认真贯彻执行。



济南市人力资源和社会保障局

2016年12月1日

济南市基本医疗保险住院医疗机构 定点协议管理办法

第一条 为建立公平、公正、公开的医疗机构基本医疗保险定点协议管理制度，根据《济南市职工基本医疗保险办法》和《转发人力资源社会保障部关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理指导意见的通知》（鲁人社发〔2016〕5号）等政策规定，制定本办法。

第二条 本办法所称定点医疗机构，是指符合基本医疗保险定点条件，经社会保险经办机构（或第三方）评估确认并签订服务协议，为基本医疗保险参保人提供住院医疗服务的医疗机构。

第三条 住院医疗机构定点应遵循布局合理、供需平衡、择优选择、鼓励竞争、扶持基层、动态管理的原则。

社会保险经办机构按照参保人医疗保险服务需求、医疗保险基金支付能力以及经办能力、信息系统建设等情况，与医疗服务质量好、价格合理、管理规范医疗机构签订服务协议。

第四条 经卫生计生部门批准取得《医疗机构执业许可证》或经军队主管部门批准开展医疗服务，主营业务在基本医疗保险基金支付范围内，诊疗技术符合规定且疗效确切的医疗机构，本着自愿的原则提出医保定点申请。

第五条 住院定点医疗机构应同时具备以下条件：

(一) 遵守卫生计生、药品监督、物价等部门及基本医疗保险的有关规定，医疗服务管理制度健全；

(二) 符合国家和卫生计生部门规定的医疗机构设置标准。具有独立的医疗服务场所，场所使用权或租赁合同的有效期限从递交申请资料之日起计算在2年及以上；

(三) 配备独立的计算机信息管理系统且具备与基本医疗保险信息系统联网结算条件。严格规范药品、医疗器材等进货渠道，药品、医用器材“进、销、存”台账齐全完整，账册清楚，账物相符；

(四) 医疗机构的执业医师、护士等卫生技术人员配备数量、专业技术职称和执业注册地点，符合卫计等行政部门规定的标准，其中具有稳定劳动关系的各类人员（含第一注册执业地点在本医疗机构的退休执业医师）占按规定应配备人员的比例不低于70%，全部人员签订劳动（聘用）合同并按规定缴纳社会保险；

(五) 社会信誉良好，两年内无违法、违规经营行为，无提供虚假材料申请定点和因违规解除医保服务协议记录。

第六条 具备条件的医疗机构，可以向社会保险经办机构书面申请并提交下列材料：

(一) 执业许可证副本及复印件（营利性医疗机构同时提供《营业执照》副本及复印件），法定代表人和负责人身份证明；

(二) 医疗仪器设备清单；

(三) 经营场所的房产证明或租赁协议；

(四) 医疗机构基本运行情况及可承担基本医疗保险服务能力的材料;

(五) 从业人员名册, 卫生技术人员职称资格证书、执业证书原件及复印件, 缴纳社会保险的证明材料;

(六) 社会保险经办机构规定的其他材料。

第七条 社会保险经办机构采取定期、集中的方式, 每年一次集中受理住院医保定点申请, 将服务好、价格合理、管理规范的医疗机构纳入协议管理。

第八条 定点工作程序为: 发布通知、受理申请、组织评估、评估结果公示、公布定点名单、协商谈判签订协议、备案。

第九条 社会保险经办机构应制定评估方案并对外公布, 评估方案包括标准、程序、规则等内容。

社会保险经办机构可委托第三方开展医保定点评估工作。

第十条 已受理的申请, 社会保险经办机构通过组织专家评估或第三方评估等方式进行评估。评估包括材料评估、现场查验和综合评估。评估的主要内容有:

(一) 基本条件。包括从业资格、营业面积、科室设置、设备及服务设施配备情况等;

(二) 信息系统。包括信息管理系统、HIS 系统、电子病历建设情况等;

(三) 人员配备。包括人员配备数量、技术职称、技术服务能力、执业地点以及建立劳动(聘用)关系和缴纳社会保险的情

况；

(四) 经营状况。包括持续经营时间、业务范围、服务质量、服务价格、社会信誉等；

(五) 内部管理。包括遵守医疗服务管理相关法律、法规及规定情况，内部规章制度建设情况等。

第十一条 社会保险经办机构根据评估结果，将符合标准的医疗机构通过网站向社会公示，公示期 7 天；公示期满后 15 个工作日内确认是否定点。对未确认定点的，说明理由。

医疗机构在公示期间和签订医保服务协议前有被相关部门行政处罚的，社会保险经办机构应调查核实，情况属实的，不予签订服务协议。

第十二条 确认定点的医疗机构，由社会保险经办机构与之签订服务协议向社会公布，并报社会保险行政部门。

住院医疗机构确认定点后，申请普通门诊统筹、门诊规定病种定点医疗机构时应按规定配备和使用基本药物。

第十三条 拟纳入定点协议管理的医疗机构在签约前应做好以下准备工作：

(一) 建立与基本医疗保险相适应的内部管理制度，配备必要的专（兼）职医保管理人员；

(二) 参加医保政策培训。医保专（兼）职管理人员应参加社会保险经办机构举办的医保政策、经办服务、信息管理等方面的培训，并经社会保险经办机构测试合格；

(三) 配备适应医保结算、监管、服务等要求的信息系统和硬件设备,按规定要求做好与医保计算机信息管理系统的实时联网工作,并经社会保险经办机构验收合格。

第十四条 服务协议每年签订一次,社会保险经办机构和医保定点医疗机构均应认真履行服务协议。服务协议内容包括服务人群、服务范围、服务内容、服务质量、服务价格、费用结算办法、费用支付标准、费用审核、违约责任等,并明确医护人员和医保医师的职责和义务等。

第十五条 纳入定点协议管理的医疗机构协议履行期间应持续符合定点条件,社会保险经办机构按规定对医保定点医疗机构进行考核、监管,健全医保医师管理、诚信服务信用等级等制度。

第十六条 定点医疗机构的名称、经营地址、法人代表、负责人等事项变更,或本单位内设机构、服务项目、银行账户等信息发生变化的,应在有关部门批准变更或发生变化的15日内携带有关批准文件或证明材料到社会保险经办机构办理手续。

定点医疗机构因买卖、转让等经营主体发生变更时终止服务协议,医疗机构需重新申请定点。

定点医疗机构上述事项非因买卖、转让发生变更时符合定点条件的,改签服务协议,不符合定点条件的,终止服务协议。

定点医疗机构因违规(约)被相关部门调查、处理期间不得申请变更信息。

第十七条 定点医疗机构出现撤销、关闭或经相关部门要求暂停服务等情况，应及时向社会保险经办机构申请保留医保服务协议。6个月以内经社会保险经办机构确认符合定点条件的恢复医保服务协议；6个月及以上未能正常提供医保服务且未被保留医保服务协议的，视为自动终止医保服务协议，医疗机构需重新申请定点。

第十八条 本办法实施前已纳入医保定点范围并签订服务协议的医疗机构，可在服务协议到期前60个工作日内申请续签服务协议，符合本办法规定条件的，续签服务协议，达不到规定条件的，不再续签服务协议。

第十九条 社会保险行政部门负责对社会保险经办机构和定点医疗机构双方履行协议情况以及有关政策法规制度落实情况进行监督。

市社会保险经办机构具体负责市辖区医疗机构医保定点评估和协议管理等工作，并将办理情况和相关材料报市社会保险行政部门。

县（市）社会保险经办机构具体负责县（市）的医保定点评估和协议管理等工作，并将办理情况和相关材料报市社会保险行政部门和市社会保险经办机构。

第二十条 本办法自2017年1月1日起施行。有效期至2021年12月31日。

