

# 宁波市医疗保障局文件

甬医保发〔2021〕52号

## 宁波市医疗保障局关于印发《宁波市医疗保障 定点医疗机构协议管理实施办法》的通知

各区县（市）医疗保障局、有关功能园区医疗保障部门，市医疗保障管理服务中心：

现将《宁波市医疗保障定点医疗机构协议管理实施办法》印发你们，请遵照执行。



# 宁波市医疗保障定点医疗机构 协议管理实施办法

## 第一章 总则

**第一条** 为加强和规范我市医疗保障定点医疗机构协议管理工作，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令第735号）《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）《浙江省医疗保障条例》《浙江省医疗保障局关于印发浙江省医疗保障定点医疗机构和定点零售药店确定评估细则的通知》（浙医保发〔2021〕46号）等法律法规及有关规定，结合宁波市实际，制定本实施办法。

**第二条** 本市行政区域内医疗机构纳入医保协议管理，按本办法执行。本办法所指的定点医疗机构是指与医疗保障经办机构（以下简称经办机构）签订医疗保障服务协议（以下简称医保协议），为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

**第三条** 定点医疗机构协议管理应坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、合理布局、择优定点、权责明晰、动态平衡的原则。

**第四条** 市级医疗保障行政部门负责全市定点医疗机构协议

管理监督指导工作，并根据群众健康需求、医保基金收支、参保人员数量、区域卫生规划、定点医疗机构分布等，结合年度内定点医疗机构的退出情况，对全市新增定点医疗机构数量进行动态调整，总量控制，合理规划布局定点医疗机构。

各区县（市）医疗保障行政部门负责落实上级医疗保障行政部门的政策，并监督指导经办机构开展本辖区定点医疗机构协议管理工作。

市级经办机构负责对全市定点医疗机构协议管理开展经办业务指导，并具体承担市级医疗机构、市级职能部门直属医疗机构纳入医保定点及医疗费用审核、稽查、变更备案、协议续签等日常的协议管理工作。各区县（市）经办机构负责本辖区内除市级管理外的其它医疗机构上述协议管理工作。

## 第二章 定点医疗机构的确定

**第五条** 医疗机构按季申请，按照申请受理、审核联查、专家评估、公示公告、协议签订等程序，纳入定点医疗机构协议管理范围。

**第六条** 以下取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的医疗机构，以及经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构可申请医保定点：

（一）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；

（二）专科疾病防治院（所、站）、妇幼保健院；

（三）社区卫生服务中心（站）、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所（站）、村卫生室（所）；

（四）独立设置的急救中心；

（五）安宁疗护中心、血液透析中心、护理院、盲人医疗按摩所；

（六）养老机构内设的医疗机构；

（七）企事业单位内设医务室。

**第七条** 已定点的社区卫生服务中心（乡镇卫生院，下同），其下属社区卫生服务站（村卫生室）同时符合以下条件的，可由社区卫生服务中心申请，报属地经办机构核查同意后直接纳入结算：

（一）与社区卫生服务中心属于同一财务核算单位；

（二）药品由社区卫生服务中心统一配送；

（三）工作人员由社区卫生服务中心聘用；

（四）计算机系统与社区卫生服务中心联网。

**第八条** 互联网医院可依托其实体定点医疗机构申请签订补充协议，其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，纳入该实体定点医疗机构按规定结算管理。定点医疗机构申请“互联网+”医保服务补充协议，应当同时具备以下基本条件：

(一)经卫生健康行政部门批准设置的互联网医院或批准开展互联网诊疗活动;

(二)依托医保电子凭证等进行实名认证和医保结算,确保就诊参保人员真实身份;

(三)能够核验患者为复诊患者,掌握必要的就诊信息;

(四)具备与医保信息系统数据交换的条件,实现医保移动支付,能够为患者提供电子票据、电子发票或及时邮寄纸质票据;信息系统应能区分常规线下医疗服务业务和“互联网+”医疗服务业务。

(五)能够完整保留参保人员诊疗过程的电子病历、电子处方、购药记录等信息,实现诊疗、处方、购药等全程可追溯。

**第九条** 独立设置的临床检验中心、医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心等可作为第三方服务提供机构,与定点医疗机构签订协议,为定点医疗机构提供相关服务,符合医保支付范围的费用由经办机构与定点医疗机构结算。定点医疗机构应及时将协议签订情况向属地经办机构备案。

**第十条** 申请签订医保协议的医疗机构应同时具备以下条件:

(一)在注册地址正式运营至少3个月。

(二)除盲人医疗按摩所外,医疗机构应符合设置标准。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；盲人医疗按摩所应配备持有中国残联核发的《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》的专业技术人员 3 名（含）以上，按摩床 10 张（含）以上，服务场所建筑面积 120 平方米（含）以上。

（三）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。

（四）具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等。

（五）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。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。

（六）按照《宁波市医疗保障定点医疗机构评估表》（附件 2），基础指标均符合要求，评估指标合计得分在 120 分（含）以上。评估指标得分高的医疗机构优先纳入医保定点范围。

（七）符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

#### **第十一条** 医疗机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙、健康体

检等非基本医疗服务为主要执业范围的；

(二)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；

(三)未依法履行行政处罚责任的；

(四)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；

(五)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；

(六)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；

(七)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；

(八)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；因医疗服务行为受到有关行政部门处罚未满1年的；

(九)近2年内有非法行医、非法医疗广告、诊室外包等不规范经营行为的；

(十)同一法人主体（投资主体）的相关定点医药机构，1年内有因违规被中止、解除或终止医保协议和正在接受经办机构调查处理等情况的；

(十一)法律法规规定的其他不予受理的情形。

**第十二条** 符合条件并愿意承担医保服务的医疗机构，可向

所在辖区经办机构提出申请，并提供以下材料：

- (一) 宁波市医疗保障定点医疗机构申请表（附件1）；
- (二) 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照复印件；
- (三) 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；
- (四) 与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；
- (五) 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；
- (六) 按照《宁波市医疗保障定点医疗机构申请表》要求提供相应材料。

### **第十三条 纳入定点医疗机构协议管理的程序：**

(一) 受理申请。按季受理，一年四次。每年3月、6月、9月和12月的前5个工作日为申请期。符合申请条件的医疗机构按自愿申请的原则，按要求上传相关申请材料，各类医疗机构（除单位内部医务室以外），一并申请纳入异地就医定点医疗机构范围。经办机构应对申请材料进行审核，材料齐全的，予以受理；材料不齐或不符合条件的，一次性进行告知。医疗机构收到材料补正通知后，应在告期限内补正，逾期视作放弃。

(二) 审核联查。申请结束后，经办机构通过资料审查、现场核查、函询相关主管部门等方式对医疗机构所申报的材料和信息进行审核。对提供虚假材料的医疗机构，一经核实，取消本次申请。

### (三) 组织评估

1. 建立专家库。建立定点医疗机构评估工作专家库，专家库成员由医疗保障、医药卫生、市场监管、财务管理、信息技术等专业人员，以及经办机构、相关行业协会代表组成。受理申请的经办机构从专家库随机抽取 5-7 名专家组成评估小组，组长由经办机构负责人担任。

2. 评估内容。医疗机构评估内容包括但不限于：

(1) 核查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；

(2) 核查医师、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信息；

(3) 核查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；

(4) 核查与医保政策对应的内部管理制度和财务制度，卫生健康部门医疗机构评审的结果；

(5) 核查与医保有关的医疗机构信息系统是否具备开展直接联网结算的条件。

3. 提出新增医疗机构名单。经办机构按照评估的要求和定点原则，汇总相关检查材料，提交评估专家小组开展评估工作，并向评估专家小组报告定点受理和审核联查情况。评估专家小组负责对相关医疗机构是否符合《宁波市医疗保障定点医疗机构评估

表》的要求进行综合评估，提出拟新增的定点医疗机构建议名单。定点医疗机构评估工作主动接受医疗保障行政部门、纪检监察机构监督。

（四）结果公示。拟新增市级医疗机构、市级职能部门直属医疗机构纳入医保定点名单在市级医疗保障行政部门网站公示，其他拟新增定点医疗机构名单在当地人民政府网站上公示。公示为期 3 天，公示期满无异议的，确定为拟新增定点医疗机构，并由经办机构向社会公告。对于未通过评估的医疗机构，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，该医疗机构可以再次申请，经评估仍未通过的，1 年内不得再次申请。

经办机构应于申请期结束后 20 个工作日内完成审核、评估、公示、公告等工作。由于医疗机构方面的原因导致未在规定时限内完成以上工作的，视为自动放弃本次定点医疗机构申请。

#### **第十四条 签订医保协议流程：**

（一）医保协议签订前，医疗机构应符合向参保人员提供医疗保险结算服务的下列要求：

1. 参加培训测试。对公示通过的医疗机构，由各经办机构组织医疗保险政策和业务培训，医疗机构的负责人、医保部门负责人、经办人员等应熟悉医疗保险政策，并通过经办机构组织的测试。
2. 系统验收合格。医疗机构应配备适应医保结算、监管、服

务等要求的信息系统和硬件设备，安装人脸识别、智能监控和视频监控等监管信息系统。并按医保专网安全要求，完成与医保信息系统联网和接口测试等各项工作，并经经办机构验收合格。

(二) 告知医保协议内容。医保协议应明确双方的责任、权利和义务，主要内容为医疗保障服务范围、医保基础管理、医疗服务管理、医保药品和医疗服务项目管理、收费与结算、年度医保付费指标、费用审核与控制、违约责任及双方约定的其他事项等，具体由经办机构根据医疗保障政策和监管需要进行调整。签订医保协议前，经办机构将协议内容书面告知医疗机构，双方就医保协议内容达成一致的，方可签订医保协议。

(三) 签订医保协议。医疗机构接受协议内容并符合上述提供医保结算服务要求的，经办机构应及时与其签订医保协议。

签约前准备工作应在3个月内完成，医疗机构因自身原因未在规定时间内按要求完成签约前准备工作的，该机构本次纳入医保定点的申请无效，经办机构不得与该机构签订医保协议。

**第十五条** 医保协议签订后，各经办机构及时向同级医疗保障行政部门以及市级经办机构备案，市级经办机构汇总新增定点医疗机构名单后，统一向市级医疗保障行政部门备案。医疗保障行政部门应对双方医保协议履行情况进行监督。

### 第三章 定点医疗机构运行管理

**第十六条** 定点医疗机构具有依法依规为参保人员提供医疗服务后获得医保结算费用，对经办机构履约情况进行监督，对完善医保政策提出意见建议等权利。

**第十七条** 定点医疗机构应当严格执行医保协议，合理诊疗，合理收费，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，优先配备使用医保目录药品（其中国家谈判药品使用率达到规定要求），控制患者自费比例，提高医疗保障基金使用效率。定点医疗机构不得为非定点医疗机构、中止医保结算的医疗机构等提供医保结算。经办机构不予支付的费用、定点医疗机构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，定点医疗机构不得作为医保欠费处理。

**第十八条** 定点医疗机构及其工作人员应当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，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得重复收费、超标收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

定点医疗机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护

人同意。

**第十九条** 定点医疗机构应当制定相应的内部管理措施，严格遵循诊疗规范，掌握出入院指征。按照协议执行医保总额预算指标，执行按疾病诊断相关分组、按床日、按人头等支付方式。不得以医保支付政策为由推诿重症患者或拒收患者。

**第二十条** 定点医疗机构按有关规定执行医疗保障行政部门制定的集中采购政策，优先使用集中采购中选的药品和耗材。医保支付的药品、耗材应当按规定在省药械采购平台上采购，并真实记录“进、销、存”情况。

**第二十一条** 定点医疗机构应当严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策，执行统一的医保支付标准。

**第二十二条** 定点医疗机构应当参加由医疗保障部门组织的宣传和培训。并在本单位组织开展医疗保障相关政策业务培训学习，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

**第二十三条** 定点医疗机构在服务场所显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识。

**第二十四条** 定点医疗机构应按要求及时上传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，并对其真实性负责。

定点医疗机构应向医疗保障部门报告医疗保障基金使用监督管理及协议管理所需信息，向社会公开医药费用、费用结构等信息。

**第二十五条** 定点医疗机构应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核（包括年度考核）等工作，接受医疗保障部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

**第二十六条** 定点医疗机构应当优化医保结算流程，为参保人员提供便捷的医疗服务。按规定开通跨省异地就医直接结算，为异地参保人员提供医疗费用直接结算服务，并提供费用结算单据和相关资料。

**第二十七条** 定点医疗机构应当做好与医保有关的信息系统安全保障工作。加强内外网安全隔离，严禁医保专网接入互联网。遵守数据安全有关制度，严格数据采集、传输、存储和使用规程，保护参保人员隐私。定点医疗机构更新、重新安装或更换信息系统时，应当提前备案，保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，并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。

## 第四章 经办服务管理

**第二十八条** 经办机构有权掌握定点医疗机构运行管理情况，从定点医疗机构获得医保费用稽查审核、绩效考核（包括年

度考核)和财务记账等所需要的信息数据等资料。

**第二十九条** 经办机构应当完善定点申请、组织评估和协议签订、协议履行、协议变更和解除等管理流程，为定点医疗机构和参保人员提供优质高效的经办服务。

**第三十条** 经办机构应做好对定点医疗机构医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，提供医疗保障咨询等服务。

**第三十一条** 经办机构应当落实医保支付政策，建立完善的内部控制制度，明确对定点医疗机构申报费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位责任及风险防控机制，完善重大医保费用支出集体决策制度，加强医疗保障基金管理。

**第三十二条** 经办机构应当加强医疗保障基金支出管理，通过人工审核、智能审核、实时监控、现场检查、定期和不定期稽查审核等方式及时审核医疗费用，经审核违规的医保费用，经办机构不予支付。经办机构应按医保协议约定及时足额向定点医疗机构拨付医保费用，原则上应在定点医疗机构申报后30个工作日内拨付符合规定的医保费用。

**第三十三条** 经办机构应当依法依规支付参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用，为参保人员提供医保政策咨询。除急诊和抢救外，参保人员在非定点医疗机构就医发生的费用医疗保障基金不予支付。

**第三十四条** 经办机构应遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私，确保医疗保障基金安全。

经办机构向社会公开医保信息系统数据集和接口标准。定点医疗机构自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商。经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

**第三十五条** 经办机构应当组织实施或委托第三方机构对定点医疗机构开展绩效考核（包括年度考核），建立动态管理机制。考核结果与年终清算、协议续签等挂钩。

**第三十六条** 经办机构发现定点医疗机构存在违反协议约定情形的，可按协议约定相应采取以下处理方式：

- (一)约谈医疗机构法定代表人、主要负责人或实际控制人；
- (二)限期改正违约行为；
- (三)暂停或不予拨付医保费用；
- (四)不予支付或追回已支付的违规费用；
- (五)要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金；
- (六)中止相关责任人员或者所在科室（部门）涉及医疗保障基金使用的医疗服务；
- (七)中止或解除协议。

## 第五章 定点医疗机构动态管理

**第三十七条** 医保协议期限一般为1年。协议履行期间，双

方协商签订的补充医保协议具有同等法律效力。医保协议到期后，双方可根据协议履行、医疗保险运行情况等决定是否续签协议。协议期满前定点医疗机构未及时办理续签手续的，医保协议自动终止。

**第三十八条** 定点医疗机构经相关职能部门批准变更单位名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、机构性质、机构规模、诊疗科目、等级和类别等，应自批准变更之日起 30 个工作日内报送变更申请及有关批准文书，向属地经办机构备案。未按规定备案的，经办机构中止其医保协议。定点医疗机构应于中止结算之日起 30 日内提出信息变更申请，符合变更规定的，经办机构可恢复结算；未在规定期限内提出变更申请或不符合信息变更规定的，经办机构予以解除医保协议。

其中，协议有效期内定点医疗机构单位名称、法定代表人或跨行政区域注册地址等关键信息发生变更的，应与经办机构进行医保协议变更。

**第三十九条** 定点医疗机构因违规被调查、处理期间不得申请变更信息。

**第四十条** 医保协议中止是指经办机构与定点医疗机构暂停履行医保协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。

(一) 定点医疗机构可提出中止医保协议申请。定点医疗机构需要停业(歇业)3个月以上的，应及时向属地经办机构备案，

停业（歇业）期间可中止医保协议，未按规定备案的，经办机构解除医保协议。超过 6 个月未恢复正常服务，自动终止医保协议，恢复正常服务以提供医保医药服务为准。

（二）定点医疗机构有下列情形之一的，经办机构应中止医保协议，中止协议最长不超过 12 个月。

1. 根据日常检查和绩效考核（包括年度考核），发现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；
2. 未按规定向医疗保障部门提供有关数据或提供数据不真实的；
3. 根据医保协议约定应当中止医保协议的；
4. 法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

（三）定点医疗机构被中止医保协议的，如需恢复协议，应在中止期满前 15 个工作日内向属地经办机构提交恢复申请。经办机构应在收到申请后的 15 个工作日内进行验收，验收合格的如期恢复医保协议。逾期不提出恢复申请的，视作自动解除协议。

**第四十一条** 医保协议解除是指经办机构与定点医疗机构之间的医保协议解除，协议关系不再存续，协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。定点医疗机构有以下情形之一的，经办机构应解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的医疗机构名单：

（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)以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

(三)经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；

(四)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；

(五)拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核、监督检查等，情节恶劣的；

(六)被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的；

(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)被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的；

(十)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；

(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)定点医疗机构主动提出解除医保协议且经办机构同

意的；

（十三）根据医保协议约定应当解除医保协议的；

（十四）法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

## 第六章 定点医疗机构监督管理

**第四十二条** 经办机构应按照管辖权限对定点医疗机构的协议履行情况、医疗保障基金使用情况、执行医疗保险政策、医疗服务行为、医保医师管理等进行监督检查。

**第四十三条** 经办机构可采取网上审核、实地稽核、书面稽核、大数据分析、智能监控和约谈等方式，对定点医疗机构开展日常审核稽查、专项稽核和举报稽核等工作，也可委托有资质的第三方，开展审计检查和巡查工作。开展审核稽查工作时，可以记录、录音、录像、照相、复制和查扣与稽核工作事项有关的资料；定点医疗机构及相关人员应予配合，并按规定提供相关材料。

**第四十四条** 定点医疗机构涉嫌违反医疗保险政策法规、协议规定的，在调查、处理期间，经办机构可以依据协议暂停拨付医疗费用。定点医疗机构年度内违反医保政策法规、协议被处理的，定点医疗机构当年度门诊预算总额视情核减 1%—5%，对应 DRG 点数视情按规定作不予计算、按基准点数 1 倍以上 5 倍以下标准扣除等处理。

**第四十五条** 经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式，通

过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点医疗机构进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

**第四十六条** 医疗保障行政部门可以视情况将定点医疗机构日常监督检查、违规违约、行政处罚等处理结果纳入国家、省、市信用信息平台以及医保信用评价体系。

**第四十七条** 因定点医疗机构违反医保协议造成医疗保障基金损失的，经办机构应按规定追回基金损失并作出相应处理；需行政处罚的，应提交医疗保障行政部门处理；涉及其他行政部门职责的，移交相关部门；涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。

## 第七章 附则

**第四十八条** 本办法适用全市，各县（市）和奉化区可结合当地实际适当调整，并报市级医疗保障行政部门备案。

**第四十九条** 本办法自 2022 年 1 月 1 日起施行。原有关规定与本办法不一致的，按本办法执行。如国家、省相关规定调整，按国家、省相关规定执行。

**第五十条** 本办法由市级医疗保障行政部门负责解释。

附件：1.《宁波市医疗保障定点医疗机构申请表》

2.《宁波市医疗保障定点医疗机构评估表》

附件 1

# 宁波市医疗保障 定点医疗机构申请表

申请单位\_\_\_\_\_

申请时间\_\_\_\_\_

## 填 写 说 明

一、该表填写内容可打印也可用蓝色或黑色水笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、符合申报条件并愿意承担医保服务的医疗机构，可在正式运营满3个月后向所在辖区医保经办机构提出申请，填写《宁波市医疗保障定点医疗机构申请表》，并提供以下材料：

1. 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照复印件；
2. 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；
3. 与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；
4. 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；
5. 其他相关材料。（法定代表人身份证及医疗机构工作人员花名册、县级及以上卫生健康部门确认的医疗机构等级证书（无等级不需提供）、执业医师（包括执业助理医师、乡村医师）注册证明、已开展的医疗服务项目及价格清单、药品及价格清单、经省卫生健康部门批准购置的大型医用设备清单、医疗机构用房产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同等）

医疗机构名称		医疗机构 其他名称	
所有制形式		法定代表人姓名	
法定代表人 身份证号码		法定代表人 联系电话	
医院等级		邮政编码	
是否分支机构		上级医疗 机构名称	
经营性质		开业时间	
单位用房性质 (自有/租赁)		单位用房租赁合同 剩余有效期限	
建筑面积		500米内有无其他 定点医疗机构	
		1000米内有无其他 定点医疗机构	
单位地址			
单位经办人		联系电话	
医疗机构执业		执业许可时间	

许可证号		变更记录 (近三年)			
统一社会 信用代码					
执业范围					
人员构成	人数	高级职称	中级职称	初级职称	其他
医师 (盲人按摩师)					
其中：主要 执业点医师					
护士					

医技人员							
药学人员							
其他人员							
合计							
稳定工作 关系人数			参加社会保险人数				
核定床位数			实际开放床位数				
配备药品种数			其中医保 药品种数				
已开展医疗服务 项目数			其中医保范围内 医疗服务项目数				
50 万元以上大型 医用仪器设备数量			50 万元以上大型 医用仪器设备名称				
医疗机构及其法定代表人、主要负责人 或实际控制人有无严重失信行为							
同一法人主体（投资主体）的相关定点医药机构，1年内有无 因违规被中止、解除或终止医保协议和正在接受经办机构调查处理 等情况的记录。							

是否已安装医疗 结算监控设备		是否承诺提供医疗 结算监控信息	
申请 单位 意见	<p>自愿承担市医疗保障服务，申请成为医疗保障定点医疗机构，并承诺所填写的信息、证明材料真实有效。如与事实不符，将承担提供虚假材料所造成的一切后果。</p> <p>自愿按医保经办机构要求安装实名制就医购药验证、实时监控等智能监管系统，并承诺签订医保协议后按要求提供省内异地、跨省异地联网结算服务。</p>		
法定代表人签字: 单位（盖章） 年 月 日			

附件 2

**宁波市医疗保障定点医疗机构评估表**

医疗机构名称：

地址：

评估时间：

指标 类型	序 号	评估项目及分值	评分标准		自评 情况	评估 情况
			评估时间	地址:		
基础 指标	1	经营时间	在注册地正式运营是否已达3个月，“否”即为不合格。			
	2	从业人员	是否符合医疗机构设置标准。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，医师连续3个月注册及参保在该医疗机构，“否”即为不合格。			
	3	医保管理	是否由主要负责人负责医保工作，且配备专（兼）职医保管理人员；100张床位以上的医疗机构是否设内部医保管理部门，并安排专职工作人员，“否”即为不合格。			
	4	制度建设	是否具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等，“否”即为不合格。			
	5	信息系统	是否已确定系统开发商，并已签订合作协议，“否”即为不合格。			
	6	基础数据库	是否已设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库，并按规定使用国家统一的医保编码，“否”即为不合格。			

指标 类型	序 号	评估项目及分值	评分标准		自评 情况	评估 情况
评估 指标	7	执业范围	是否以医疗美容、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，“是”即为不合格。			
	8	医药价格政策	基本医疗服务是否执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策，“否”即为不合格。		承诺 事项	
	9	信用制度	机构的法定代表人、主要负责人或实际控制人是否有被列入失信人名单的，“是”即为不合格。			
	10	其他不予受理的情形	机构是否有国家、省医保部门规定的其他不予受理情形，“是”即为不合格。			
	1	建立完善的医保管理制度（10分）	建立包括医保办（医保人员）工作制度、医保病历处方审核制度、医保相关审批管理制度、医保政策宣传培训制度等的医院医保管理制度。未建立制度扣10分；制度不健全，每少一个制度，扣2分。			
	2	建立完善的财务制度（10分）	根据会计制度的规定建立相应的会计账目和“进、销、存”电算化管理的明细账目，未建立扣10分。制度执行不到位，未做到账账相符、账实相符，发现一例扣1分。			
	3	建立完善的信息管理制度（10分）	按要求做好医疗机构信息库、药品目录库（包括西药、中成药、中药饮片）、诊疗项目目录库、诊疗耗材目录库、疾病编码目录库、手术编码目录库、医保医师信息库等标准数据库基础信息的维护工作。发现未及时按要求维护的情况，1例扣2分。			

指标 类型	序 号	评估项目及分值	评分标准		自评 情况	评估 情况
4	建立完善的医疗质量安全核心制度（10分）	根据首诊负责制度等18项医疗质量安全核心制度要求，结合实际，建立完善本机构的核心制度、配套文件和工作流程。未建立制度扣10分；制度不健全，扣5分；制度执行不到位，扣5分。				
5	配备医保要求的硬件装置（10分）	配备相关医保电子凭证设备、医保联网设施设备，并与其它网络间有安全隔离措施，与互联网物理隔离。未按要求配备，扣10分。				
6	建立规范的药品、医用材料进货管理制度（10分）	定点医疗机构按规定通过省药械采购平台采购药品、医用耗材，并按规定及时结算。药品购进记录必须注明药品的通用名称、生产厂商（中药材标明产地）、剂型、规格、批号、生产日期、有效期、批准文号、供货单位、数量、价格、购进日期。药品、器械、耗材等所有经营品种购进、销售均应纳入“进、销、存”电算化管理（包括厂家赠品），并将购、销明细如实录入“进、销、存”电算化管理信息系统。未建立制度扣10分；购进记录缺少一个字段的，扣2分；未如实录入或“进、销、存”不符的，发现1例扣2分，最多扣10分。				
7	开展医保政策宣传（10分）	设立宣传栏、电子屏等向就医的参保人员宣传医保政策、就医流程等。未设立或未宣传扣10分，宣传方式和内容不规范的，扣5分。			承诺事项	

指标 类型	序 号	评估项目及分值	评分标准		自评 情况	评估 情况
8	知情同意权 (5 分)	保证参保人员公开药品、服务项目和材料的价格，能向就医人员提供门诊、住院费用结算清单和住院日费用清单，未公开或公开不全的扣 3 分，提供不到位的扣 2 分。建立自费项目参保人员知情确认制度，未建立的扣 3 分。				
9 (20 分)	设置监控设备	在收费结算处等公共场所安装监控设备，确保正常使用，角度正确，能清晰辨认出参保人员面部特征，并能提供营业期间不少于三个月不间断的监控影像资料。未安装扣 20 分，使用不正常或不能提供相关影像资料，扣 10 分。				
10 响的预测性分析 (5 分)	对医保基金影响的预测性分析报告应客观、正确，符合医疗机构规模、经营收入和医保基金利用等实际情况。未提供预测性分析报告、预测性分析报告不符合实际情况的扣 5 分。					
11 诊疗环境 (5 分)	诊疗环境整洁有序、布局规范合理、标示标牌清晰、工作人员着装规范，加 5 分。					
12 场所布局 (5 分)	与相近定点医疗机构的最小行径间距大于 500 米的加 2 分；大于 1000 米的加 5 分。					
13 场所面积 (5 分)	建筑面积 500 平方米及以上加 2 分；1000 平方米及以上加 5 分。					
14 数量及从业人员情况 (15 分)	第一执业点医师第一执业点注册于该医疗机构的医师（连续在本单位参保及注册满三个月及以上，退休返聘除外）达到 2 人的加 3 分；每增加一名加 1 分，最高不超过 10 分。所有从业人员连续在本单位参保及注册满三个月及以上的，加 5 分。					

指标类型	序号	评估项目及分值	评分标准		自评情况	评估情况
	15	医保药品备药率（10分）	配备省招采平台目录范围内的医保药品，每增加1种加0.1分，最高加5分。配备国谈药品，每增加1种加0.1分，最高加5分。			
	16	医保目录诊疗服务占比（10分）	已开展的医疗服务项目中，医保目录内服务项目所占比例达到50%以上的，加5分；达到80%以上的，加10分。			
			<b>评估指标合计分值： 150 分</b>			
			<b>评估指标合计得分：</b>			

备注：基础指标有一项不合格，评估结果即为不合格；评估指标合计得分120分以下，评估结果即为不合格。

现场评估专家签名：

