

索引号:	11220000MB19566296/2023-01232	分类:	医保经办管理;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2023年04月03日
标题:	关于印发《吉林省医疗保障定点服务机构评估经办规程（试行）》的通知		
发文字号:	吉医保规〔2023〕1号	发布日期:	2023年04月21日

关于印发《吉林省医疗保障定点服务机构评估经办规程（试行）》的通知

吉医保规〔2023〕1号

各市（州）医疗保障局，长白山管委会医疗保障局，梅河口市医疗保障局：

为规范医疗保障定点服务资质申请及评估工作，鼓励和引导医疗机构、零售药店、养老或护理服务机构公平参与竞争、提供优质医疗保障服务，根据《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3号）、《国家医保局财政部关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（医保发〔2020〕37号）等规章及文件精神，结合工作实际，在《关于印发吉林省医疗保障定点服务机构履约能力评估经办规程（试行）的通知》（吉医保发〔2020〕47号）基础上，修订了《吉林省医疗保障定点服务机构评估经办规程（试行）》，其中明确启用执行日期为2023年7月1日。现印发给你们，请各地结合实际遵照本规程执行。

吉林省医疗保障局

2023年4月3日

吉林省医疗保障定点服务机构评估经办规程（试行）

第一章 总则

第一条 为规范医疗保障定点服务资质申请及评估工作，鼓励和引导医疗机构、零售药店、养老或护理服务机构等（以下简称“申请单位”）公平参与竞争、提供优质医疗保障服务，根据《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3号）、《国家医保局 财政部关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（医保发〔2020〕37号）等规章及文件精神，结合工作实际，制定本规程。

第二条 本规程所称医疗保障定点服务机构（以下简称“定点服务机构”）是指自愿承担医疗保障服务，经评估合格后，与医疗保障经办机构（以下简称“医保经办机构”）签订医疗保障定点服务协议（以下简称“医保协议”）的申请单位。

第三条 定点服务机构应坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平、公正的原则，为参保人员提供适宜的诊疗、药品、护理等服务。

第四条 医保经办机构负责申请单位的申请受理、评估、医保协议签订工作；负责确定定点服务机构支付方式和付费标准、结算医保费用；负责定点服务机构管理及考核工作。

定点服务机构应遵守医疗保障法律法规及相关政策，按照医保协议约定向参保人员提供医疗保障服务，如宣传医保政策等。

第五条 定点服务机构实行属地管理。申请单位根据服务人群所在地向所属医保经办机构提出医保定点申请，经所在地医保经办机构受理后进行考核评估，组织评估通过的申请单位签署医保协议，并履行属地日常协议管理。

第六条 为适应统筹层次分级管理，市级统筹运行模式下，地市级医保经办机构可根据工作实际，授权县级医保经办机构组织受理、评估、签订医保协议或日常管理等工作；省级统筹运行模式下，省级医保经办机构可根据工作实际，授权县级医保经办机构（及地市级本级）组织受理、评估、签订医保协议或日常管理等工作。

第七条 省本级与长春市、延边州本级与延吉市医保经办机构，应遵循医保定点资格同城互认的原则，互认普通门诊服务（普通药店购药服务）、住院服务的评估结果；其他服务项目可根据工作需要约定或考核评估。

第二章 申请

第八条 医疗机构和零售药店申请成为医保定点机构，应当符合《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第五条和第六条、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第五条规定。

第九条 养老或护理服务机构申请成为长期护理保险定点机构，需要同时具备以下基本条件：

（一）取得有效的养老或护理机构许可证(或民政备案材料证明)的养老院或护理院（社会福利院需取得有效的事业单位法人证书）；

（二）遵守国家相关法律法规和长期护理保险相关政策制度；

（三）至少有1人具有医学或护理学背景，1人具有社会工作者资格证书或为护理员（取得二级养老护理员及以上职业资格证书），且已签订劳动合同并参加社会保险；

(四) 场地使用面积、护理人员数量、服务场所使用权或租赁合同的有效期限应当满足提供稳定的护理服务的需要。其中提供重度失智人员照护服务的,应当具备封闭安全、自由舒适的专门区域和专护人员;

(五) 建立与长期护理保险管理相适应的内部管理和运营制度,配备了必要的管理人员、且熟悉长期护理保险的相关政策与管理规定;

(六) 信息系统能满足长期护理保险参保人员服务管理和费用结算需求。

申请单位有《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第十二条、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第十一条规定情形,医保经办机构不予受理。

第十条 医疗机构和零售药店向所在地医保经办机构提出医保定点申请,应提供《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第七条、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第六条规定的材料。医疗机构和零售药店申请增加医保服务类别的(如住院服务、慢特病、双通道药品等),按照所在地统筹区的相关规定申请。

第十一条 养老或护理服务机构向试点统筹区医保经办机构提出长期护理保险定点申请,应至少提供以下材料:

(一) 吉林省长期护理保险定点服务机构申请表;

(二) 养老或护理服务机构设立许可证(或民政备案材料证明)、《营业执照》、《事业单位法人登记证书》或《民办非企业单位法人登记证书》、法定代表人身份证复印件;

(三) 社会工作者资格证书或养老护理员的资格证书、医学或护理学工作人员的资格证书和注册证,以上工作人员的劳动合同和参加社会保险的参保证明,聘用已退休人员提供其退休证原件及复印件;

(四) 服务场所使用权或租赁合同,场地使用面积、护理人员数量、服务区域、护理床等基础设施的证明材料;

(五) 长期护理保险管理的内部管理和运营制度,长期护理保险的管理人员任职文件;

(六) 与信息系统有关的材料;

(七) 纳入长期护理保险定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告。

第三章 受理评估

第十二条 评估工作采取“随时受理、集中评估”方式进行,按照“谁定点、谁审核评估”的原则由申请单位所在地医保经办机构按照统筹区评估标准开展审核评估。

第十三条 医保经办机构按照《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》第九条、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第八条规定的评估内容进行评估。

第十四条 医保经办机构应根据申请单位申请内容确定书面或现场或采取远程视频在线评估的形式。

第十五条 医保经办机构应成立评估组或委托第三方机构开展评估。评估组可由医疗保障、医药卫生（针对医药机构）、财务管理、信息技术、养老或护理服务（针对养老或护理机构）等专业人员组成。

第十六条 按照统一的尺度和口径，公平、公正地对每个申请单位基本情况、服务能力、内部管理等情况进行量化赋分。

第十七条 申请长期护理保险机构评估内容：

（一）核查养老或护理机构设立许可证（或民政备案材料证明）、《营业执照》、《事业单位法人登记证书》或《民办非企业单位法人登记证书》、法定代表人身份证复印件；

（二）核查工作人员资格证书、注册证、劳动合同及参保证明；

（三）核查服务场所使用权或租赁合同，核查与服务功能相适应的室外活动场地、居室、卫生间、浴室、厨房、餐厅、公共区域、护理床等基础设施；

（四）核查长期护理保险管理与医疗保障政策相适应的内部管理制度和运营制度；

（五）核查与医保有关的信息系统是否具备开展直接联网结算的条件。

第十八条 评估结果分为合格和不合格，评估结果由参与评估的组内全体成员签字确认。统筹地区医保经办机构应将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。

第十九条 对于评估合格的申请单位，医保经办机构应将其纳入拟签订医保协议定点服务机构名单，并通过网站等形式进行公示。公示期间接到举报投诉的，认真进行调查核实，情况属实的，取消协商谈判资格。

第二十条 医保经办机构自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月，申请单位补充材料时间不计入评估期限。对于评估不合格的，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个月后可再次申请评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

第四章 签订协议

第二十一条 医保经办机构与拟进行协商谈判的申请单位就服务人群、服务范围、服务内容、价格标准、结算方式进行平等沟通、协商谈判。对谈判未达成一致的不予签约。

第二十二条 医保经办机构与协商谈判达成一致的申请单位，双方自愿签订医保协议，申请单位成为医保定点服务机构。医保经办机构应向社会公布签订医保协议的定点服务机构信息，包括名称、地址、公开服务电话等，供参保人员选择。

第二十三条 医保协议签订的特殊情形：

（一）设置分支机构的医疗机构，如医疗机构与分支机构合并使用医疗机构执业许可证，应统一与医疗机构签订医保协议；如未合并使用医疗机构执业许可证，应分别签订医保协议；

（二）医疗机构执业许可证上存在多个执业地，医保经办机构需对各执业地进行评估，对未通过评估的执业地不允许提供医疗保障服务；

（三）紧密型县域医共体可以以共同体（牵头医疗机构）为单位与医保经办机构签订医保协议；

（四）对乡村一体化管理的村卫生室，应由代管理的乡（镇）卫生院统一签订医保协议（协议中应明确代管的村卫生室名单），并由乡（镇）卫生院加强监管；对其他类型的村卫生室应按本规程要求按程序纳入定点服务机构管理范围，签订医保协议；

（五）申请单位与注册地所在的医保经办机构签订医保协议，不应与其他医保经办机构签订医保协议（省本级与长春市、延边州本级与延吉市除外）。

第五章 动态管理

第二十四条 医保经办机构与定点服务机构签订的医保协议中应明确双方的职责、权利和义务。签订医保协议的双方应当严格执行协议约定。

第二十五条 定点服务机构的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人或企业负责人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级、类别和药品经营范围等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起 30 个工作日内向医保经办机构提出变更申请，并按统筹区要求履行定点服务机构信息变更流程。

省本级与长春市、延边州本级与延吉市医保经办机构应互认定点服务机构重大信息的变更结果，无须再次开展变更工作。服务机构保留原国家编码并提出其他重大信息变更申请时，如变更后的服务机构在同城其他医保经办机构已存在国家编码，则不应支持变更该服务机构提出的申请，应按新增流程办理。

第二十六条 医保经办机构可自行或委托符合规定的第三方机构，对定点服务医疗机构开展绩效考核，建立动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、医保协议续签等挂钩。

第二十七条 医保协议期满，医保经办机构与定点服务机构就医保协议续签事宜进行协商谈判，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。

第二十八条 定点服务机构可提出中止医保协议申请，经医保经办机构同意，可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过 180 日，定点服务机构在医保协议中止超过 180 日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。

第二十九条 定点服务机构请求中止、解除医保协议或不再续签医保协议的，应提前 3 个月向医保经办机构提出申请。

第三十条 地市级及以上的统筹地区医保经办机构与定点服务机构中止或解除医保协议，该服务机构在其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。

第三十一条 医保经办机构应将解除医保服务协议情况，定期向同级医疗保障行政部门报告。

第六章 附则

第三十二条 本规程中医保协议是指由医保经办机构与定点服务机构经协商谈判而签订的，用于约定双方承担的责任、履行义务等内容。

第三十三条 互联网医院可依托其实体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，由医保经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

符合国家独立设置医疗机构基本标准和管理规范的检验中心、医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心等第三方服务机构可到当地医保经办机构进行备案服务项目内容，备案时提供《医疗机构执业许可证》、大型仪器设备清单、相关专业人员的资格及注册证书。医保经办机构核验后，定点医疗机构可与已备案的第三方服务机构签订协议，需要进行相应检查检验的参保患者经定点医疗机构同意后在第三方服务机构进行检查检验，检查检验结果由医疗机构保存一份、所产生的费用由定点医疗机构记入医保系统，符合医保支付范围的相关费用由医保经办机构与定点医疗机构结算。

第三十四条 现阶段我省职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险均实行市级统筹，统筹区医疗保障行政部门指市（州）级医疗保障行政部门。

第三十五条 申请单位申请定点时，应同时申请为参保人提供城镇职工医疗保险（含生育保险）、城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险服务范围，不分别申请定点。

医疗救助按照与基本医疗保险统筹层次相适应的原则，其医疗保障定点评估工作参照本规程执行。

第三十六条 本规程未提及《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》已经规定内容，按照上述规章及有关法律法規和政策文件规定执行。

第三十七条 本规程由吉林省医疗保障局负责解释，自 2023 年 7 月 1 日起施行，《吉林省医疗保障定点服务机构履约能力评估规程（试行）》（吉医保发〔2020〕47 号）同时废止。如遇法律、法规、政策调整时，自动适用于调整后的情形。

[《吉林省医疗保障定点服务机构评估经办规程（试行）》的政策解读](#)