

# 海南省医疗保障局文件

琼医保规〔2024〕2号

## 海南省医疗保障局 关于加强定点医药机构管理的通知

各市、县、自治县医疗保障局，省医保服务中心：

为建立健全进出有序的定点医药机构动态管理机制，促进医药机构高质量发展，提高医保基金使用效率，坚决守好老百姓的“看病钱”“救命钱”，根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号，以下简称“2号令”）《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，以下简称“3号令”）等法律法规和政策规定，现就加强我省定点医药机构管理有关事项通知如下：

### 一、均衡定点资源配置

各市县医疗保障部门应立足区域内现有医保定点医药机构

资源情况、服务半径以及服务人群数量分布等，结合医保基金收支、医疗机构设置规划等，科学合理安排地区定点医药机构资源。定点医药机构资源相对饱和的地区，按照常住人口就医购药需求逐步优化布局及密度；相对不足的地区，对新开设符合规划要求的医药机构，优先纳入定点管理。

拟新增定点周边步行 15 分钟范围内有同类型定点医药机构的，原则上不再新增定点。城镇职工医保基金或城乡居民医保基金上年度出现当期收不抵支的市县，本年度应暂停新增定点医药机构。每千人口医疗卫生机构床位数大于 6.5 张（含）的市县，应暂停新增定点医疗机构，此标准实行动态调整适时发布。由于人口增多等特殊情况确需新增定点医药机构的，由市县医保局会同经办机构提出建议，经省医保局、省级经办机构审核通过方可开展。

列入省政府重点建设项目的医疗机构、一级及以下公立医疗机构和村卫生室、乡镇零售药店，不受本条限制。

## 二、完善定点准入条件

申请纳入定点的医药机构除具备“2 号令”、“3 号令”规定的基本条件外，还应具备以下条件：专（兼）职医保管理人员参加经办机构组织开展的培训并考核合格；具备采集上传药品耗材追溯码的信息系统和硬件设备；出具服务承诺书，承诺内容包括但不限于纳入定点管理后应及时将追溯码信息和“进销存”台账信息归集至省级信息平台，实现“应扫尽扫、应传尽传”，以及合法经营和按要求提供的材料须真实、合法、有效等。

各市县医保局应加大对医保定点医药机构准入评估工作的

指导监督，对经办机构降低准入评估门槛纳入医保定点的医药机构应及时给予纠正。

### **三、强化定点指导服务**

对于新纳入定点的医药机构，设立6个月政策辅导期，各市县医保经办机构通过政策培训、上门宣讲、信息共享、检查提醒等方式，有针对性指导定点医药机构落实医保管理要求。政策辅导期内，定点医疗机构不予开通门诊慢性特殊疾病服务、省外异地就医服务（区域医疗中心除外）；定点零售药店不予申请“双通道”药店和“门诊统筹”药店。辅导期内，违反协议约定或违反医保政策规定的，医保经办机构应及时辅导、纠正，并加大政策辅导频次；违约情节较轻的，政策辅导期延长6个月；违约情节严重或问题整改不到位的，解除定点协议且1年内不得再次申请。

### **四、加强医保支付管理**

医保部门要督促定点医疗机构严格落实按病种付费等多元复合医保支付方式改革要求。进一步规范医保基金预付（含预结）管理，对违反相关法律法规和协议约定的医疗机构，视情节轻重，减少预付至50%或暂停预付。定点医疗机构应积极配合医保部门推进DRG/DIP2.0版分组方案落地，严禁通过诱导服务、调整诊断、虚增诊断、虚增手术等方式，使病例进入费用更高分组实现“组别高套”或进行不合理“冲点”，严禁以病组或病种费用限额、医保政策规定等为由，要求患者院外购买药品或自备药品、医用耗材，以及强迫患者出院或减少必要的医疗服务。强化处方管理，住院期间发生的外配处方费用，从定点医疗机构DRG支付总点数/DIP支付总分值中剔除。

## 五、规范协议履约管理

### （一）加强定点医药机构核查

各级医保经办机构对定点医药机构申报的费用应建立规范的初审、复审两级审核机制，通过信息系统实现初审全覆盖，对初审通过的采取随机抽查方式进行复审，抽查复审比例不得低于5%。对同一法人主体投资举办的医药机构，费用审核中发现一家存在较多疑点的，应举一反三，加强对其他机构类似行为的审核。对定点医药机构药品和医用耗材进销存管理制度和落实情况进行核查，确保进销存台账中的药品和医用耗材相关信息数据与实际情况一致。加强门诊慢性特殊疾病服务监督管理，不符合资质条件要求或违反规定的定点医疗机构，不予开通门诊慢性特殊疾病服务。

经办机构应督促各定点医药机构严格履行医保协议约定，每年至少组织开展两次对定点医药机构协议执行情况的全覆盖检查，针对可能存在问题的医药机构，应提高检查频次，加大违约行为查处力度。严格按照协议约定对违约医药机构进行约谈、暂停或不予拨付费用、不予支付或追回已支付医保费用、收取违约金、中止相关责任人员或所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务等处理，直至中止或解除医保协议。

### （二）签订补充协议

省级经办机构应指导各市县经办机构与定点医药机构及时签订补充协议，补充协议条款应包括但不限于违约金收取等内容。定点医药机构有违反我省定点医药机构医疗保障服务协议造成医保基金损失的，应当在追回医保基金损失基础上根据违约情形轻

重支付违约金，标准如下：1. 作出不予支付或追回已支付医保费用处理的，违约金收取标准为违规费用的 10%；2. 作出不予支付或追回已支付医保费用，给予中止协议处理的，违约金收取标准为违规费用的 20%；3. 作出不予支付或追回已支付医保费用，给予解除协议处理的，违约金收取标准为违规费用的 30%。对不按规定上传追溯码信息和“进销存”台账信息以及不履行承诺书承诺内容的定点医药机构，将中止医疗保障服务协议。

### （三）严格执行中止、退出规定

综合日常检查和绩效考核情况，结合打击欺诈骗保专项行动，加大定点医药机构违法违规行为整治力度，按照 2 号令、3 号令中止、退出规定，以及我省定点医药机构医疗保障服务协议及补充协议，做好违规违约医药机构中止、解除协议处理工作。

### （四）完善退出程序

1. 退出申请。定点医药机构因机构性质变化导致法律责任主体发生变化或自身原因要求主动退出定点管理的，应提前 3 个月向经办机构提交相关材料说明原因申请退出。

2. 退出清算。经办机构组织对申请退出机构的结算费用、档案资料等方面进行退出审核，追回违规获取的医保基金，涉嫌欺诈骗取医保基金的移送医保行政部门处理。

3. 关闭权限。退出审核期间暂停医保联网结算。退出审核通过的，关闭系统结算等使用权限；退出审核不通过的，告知其原因，限期 1 个月完成整改并重新申请退出审核，通过后关闭其权限。

4. 信息公布。经办机构及时向社会公布退出机构信息。

对主动申请退出的医药机构，1年内不予受理其定点申请。

本通知自发布之日起施行，由省医保局负责解释，请各市县医保部门认真贯彻落实，如遇重大情况请及时向省医保局报告。



(此件主动公开)