

邢台市医疗保障局文件

邢医保字〔2023〕19号

邢台市医疗保障局

关于转发《河北省医疗保障局关于印发 <河北省医疗机构医疗保障定点纳入评估实 施细则><河北省零售药店医疗保障定点纳入 评估实施细则>的通知》的通知

各县（市、区）医疗保障局、开发区组织人事局、邢东新区社会发展局，市本级经办机构：

现将《河北省医疗保障局关于印发<河北省医疗机构医疗保障定点纳入评估实施细则><河北省零售药店医疗保障定点纳入评估实施细则>的通知》（冀医保规〔2023〕8号）转发你

们，请认真贯彻执行。

邢台市医疗保障局

2023年4月26日



河北省医疗保障局文件

冀医保规〔2023〕8号

河北省医疗保障局 关于印发《河北省医疗机构医疗保障定点 纳入评估实施细则》《河北省零售药店医疗 保障定点纳入评估实施细则》的通知

各市(含定州、辛集市)医疗保障局,雄安新区管委会公共服务局,
省直三行业医疗保障管理部门,省本级医疗保障经办机构:

现将《河北省医疗机构医疗保障定点纳入评估实施细则》和
《河北省零售药店医疗保障定点纳入评估实施细则》印发给你们,
请认真贯彻落实。



(此件主动公开)

河北省医疗机构 医疗保障定点纳入评估实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步加强河北省新增医疗机构医疗保障(以下简称医保)定点纳入管理工作,为参保人员提供更优质医疗服务,维护医保基金安全,依据《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《河北省医疗保障基金监管办法》等法律法规及有关规定,结合我省实际,制定本细则。

第二条 本细则所指纳入医保定点管理的医疗机构(以下简称定点医疗机构),是自愿与统筹区医保经办机构(以下简称经办机构)签订医疗保障服务协议,为参保人员提供医疗服务的医疗机构的统称。

第三条 医保行政部门负责制定医疗机构定点纳入管理相关政策,根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划等确定本统筹地区定点医疗服务的资源配置,并在定点申请、现场考察、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对经办机构、定点医疗机构进行监督。

第四条 经办机构负责确定定点医疗机构,并与定点医疗机构签订医保协议,提供经办服务,开展医保协议管理、考核等。

第五条 定点医疗机构应当遵守医保法律、法规、规章及有关政策,严格履行医保协议约定,按照规定向参保人员提供医疗服务。严格执行实名就医和诊疗管理规定,执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录,合理诊疗、合理收费,严格执行医保行政部门制定的医药价格政策,按照有关规定执行集中采购政策,优先使用集中采购中选的药品和医用耗材。

第六条 医疗机构自愿提出定点申请,统筹地区经办机构应即时受理。已经纳入普通门诊、住院定点的,符合条件的可以申请纳入门诊统筹、门诊慢性病特殊病、离休、体检等定点。

第七条 经办机构要加强与“互联网+”医疗机构的协作,优先将符合条件的具有“互联网+”医疗服务等新服务模式的医疗机构纳入医保定点范围。

第八条 医疗机构纳入定点流程包括申请受理、资料审核、现场考察、专业评估、结果公示、协商谈判、发布公告等主要环节。有条件的统筹区经办机构可采用网上申报方式开展新增纳入工作。

第二章 申请原则

第九条 定点医疗机构新增纳入遵循以下原则：

（一）技术好。综合医院技术力量要优于同级同类定点医疗机构的标准；专科医院要好于同级同类定点医疗机构或同级综合医院的对应科室；门诊须具备特色诊疗，如特色中医、互联网诊疗等，技术力量要好于现有定点。

（二）服务优。就医指南、导诊及简易门诊等便民服务设施完善，环境整洁、就医秩序良好；医务人员服务态度好，住院手续简便、快捷；同等条件下，能够提供节假日门诊服务或急诊服务的医疗机构、有互联网诊疗服务者优先。

（三）价格低。医疗机构目录内药品、诊疗项目使用率达到同级别定点要求；药品、耗材、诊疗项目价格不高于同级同类公立医疗机构。

（四）布局合理。坚持以人民为中心，充分考虑边远地区参保人均等享受医保服务，为参保人就医购药提供便利。按照区域布局情况，合理规划、因地制宜，主城区或人群密集区，服务参保人群达 3000 人或半径 500 米内无同级同类定点医疗机构；非主城区或非人群密集区，半径 1 公里范围内无同类定点医疗机构的，可申报定点。对于县域内或边远地区可依据布局情况适当放宽距离限制。

（五）分类纳入。普通门诊、住院、门诊统筹、门诊慢性病特殊病、体检、离休等定点按类别，根据对应标准分别纳入。门诊统筹、门诊慢性病特殊病、离休等定点需在已纳入普通门

诊、住院定点的基础上申请。

第三章 申请条件

第十条 以下取得《医疗机构执业许可证》或《中医诊所备案证》等相关证照的医疗机构，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，符合条件的可申请医保定点医疗机构：

（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；

（六）养老机构内设的医疗机构。

第十一条 互联网医院可按照《河北省“互联网+”医疗服务医保管理办法（试行）》规定，依托其实体医疗机构申请医保定点。

第十二条 申请纳入普通门诊、住院定点的医疗机构应当同时具备以下条件：

（一）依法设立，证照齐全且证照信息一致。有固定的执

业场所，正式运营至少 3 个月。

（二）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；营业场所、设施设备、人员配备等应符合相关行政主管部门的规定；

（三）主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员，床位在 100 张以上的医疗机构应设立内部医保管理部门，安排专职医保工作人员；

（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；

（五）按照国家医疗保障局《医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》和《医疗保障核心业务区网络安全接入规范》，接入医保业务网并实现与医保信息平台有效对接，向医保信息平台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和《医疗保障基金结算清单》；

（六）建立完善的药品、医用耗材“进、销、存”管理系统和财务管理系统，需在河北省药品和医用耗材集中采购平台上采购药品及耗材，自采品种价格不得高于河北省药品和医用耗材集中采购平台上价格，并真实记录“进、销、存”、会计账簿、财务报表等情况；

(七) 优先配备和使用医保目录内的药品、医用耗材、医疗服务项目, 按有关规定执行集中采购政策, 同质量层次的药品、医用耗材, 应优先采购使用集中带量采购中选品种, 药品、医用耗材、诊疗项目价格和病种费用不得高于上年度统筹区内同级同类公立医疗机构均值;

第十三条 申请纳入门诊统筹、门诊慢性病特殊病、离休等定点的医疗机构, 在符合第十二条相应要求外, 还应具备以下条件:

(一) 门诊慢性病特殊病定点应具备相关的诊疗服务设备, 具有符合医保要求的电子病历系统、HIS系统具备与现有慢性病特殊病门诊定点处方联网功能;

(二) 门诊慢性病特殊病定点应符合疾病管理相关规定, 有依规设置的与门诊慢性病特殊病病种相关的科室、具备相关专业诊疗资质医师和临床诊疗指南, 规范的门诊医疗服务标准和流程;

(三) 各统筹区规定的其他条件。

第十四条 申请纳入体检定点的医疗机构在符合第十二条要求外, 应具备疾病早发现、早诊断的能力以及以下条件:

(一) 技术领先, 医技诊疗类阳性指标检出率不低于同类体检定点;

(二) 价格合理, 接受医保部门的谈判价格;

(三) 服务周到、结果精准, 有完善的体检咨询及后续健

康管理服务；

（四）科室齐全、设备先进、环境舒适、布局合理。

第十五条 医疗机构存在下列情形之一的，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保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，自发现之日起未滿3年的；

（五）因违法违规被解除医保协议未滿3年或已滿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被解除协议未滿1年或已滿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，未滿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；

（九）以体检为主要执业范围的，不得作为住院、门诊统筹、门诊慢性病特殊病等定点类别；

（十）法律法规规定的其他不予受理的情形。

第四章 申报材料

第十六条 申请纳入定点医疗机构应提供以下材料：

- （一）承诺书（附件1）；
- （二）定点医疗机构申请表（附件2）；
- （三）《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》等复印件；
- （四）科室设置一览表（附件3）；
- （五）房屋权属证书或租房协议书；
- （六）职工花名册（附件4）；
- （七）药品、医用耗材、诊疗项目价格表；
- （八）医用设备清单及收费标准（附件5）；
- （九）与医保相对应的内部管理制度和财务制度文本；
- （十）与医保有关的医疗机构信息系统相关资料；
- （十一）纳入定点后使用医保基金的预测性分析报告。

第五章 受理审核

第十七条 经办机构应当按照以下程序开展纳入受理审核工作：

- （一）接收申报材料。经办机构按所在统筹区规定接收医疗机构提交的申请材料，申请材料不齐全的，应在收到材料之

日起5个工作日内一次性告知医疗机构补充，医疗机构应在5个工作日内补充，逾期视为放弃申请；

（二）审核材料信息。经办机构对医疗机构提交的申报材料进行核查。经审核不符合纳入条件的，纳入流程终止，不进入考察评估流程。对提供虚假材料的医疗机构，一经核实3年内不再受理其申请。

第六章 考察评估

第十八条 统筹地区经办机构应组织评估小组或委托第三方机构开展考察评估。

第十九条 经办机构应当对医疗机构资质、场地设施、执业范围、科室设置、人员配备、管理能力、特色服务等指标进行全面考察评估，评估指标（附件6）分为基本指标和评价指标。

第二十条 经办机构应当按照以下方式开展考察评估工作：

（一）现场考察。主要对医疗机构申报的材料和信息进行核查，并对医疗机构内部管理、信息化建设、服务能力等是否符合医保管理要求进行考察；

（二）专业评估。视现场考察情况，组织专家对现场考察情况进行标准化评估。评估专家可由医保、医药卫生、财务管

理、信息技术等专业人员构成。

评估结果分为合格和不合格。基本指标全部合格且评价指标80分及以上的为合格。

对于评估合格的，应将其纳入拟签订医保协议医疗机构名单。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个月后可再次申请并组织评估，评估仍不合格的，自再次评估之日起1年内不得提出申请。

第二十一条 自受理申请材料之日起，评估期限不超过3个月，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。如医疗机构补充材料时间超出本次评估期限，则进入下一次评估期限。

第二十二条 经办机构应当将评估合格拟签订医保协议的医疗机构名单在本统筹区医保网站上公示，接受社会监督，公示期7天。公示期间接到相关举报投诉的，应当予以核实，经查实不符合纳入条件的不予纳入。

第七章 谈判签约

第二十三条 经办机构与公示无异议的医疗机构进行协商谈判，包括服务范围、服务内容、信息系统建设、药品和诊疗项目、药品耗材采购、结算办法、医疗服务监管、违约责任等内容。

第二十四条 协商谈判期限一般不超过20个工作日。达成

一致意见的，双方自愿签订医保协议。医保协议应当明确双方权利、义务和责任，签订医保协议的双方应当严格执行协议约定。协议期限一般按照统筹区医保经办机构规定签订。在普通门诊、住院定点的基础上增加门诊统筹、门诊慢性病特殊病、离休、体检等定点的，协议期限与签署的普通门诊、住院定点医保协议期限一致。

第二十五条 原则上，各统筹区经办机构与医疗机构签订医保协议并向同级医保行政部门备案。医疗机构因自身原因自接到签订协议通知之日起3个月内未能签订医保协议的视为放弃申请纳入医保定点。

第二十六条 经办机构应当向社会公布签订医保协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

第八章 定点管理

第二十七条 定点医疗机构应在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识，应及时将相关信息在国家医保信息业务编码标准数据库中进行维护。

第二十八条 定点医疗机构原则上按照普通门诊定点、住院定点、门诊统筹定点、门诊慢性病特殊病定点、体检定点、离休定点等实行分类管理。

第二十九条 互联网医院纳入定点管理后，应按规定为参

保人提供医疗服务，所产生的符合医保支付范围的相关费用，由统筹地区经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

第三十条 因门诊统筹定点、门诊慢性病特殊病定点等违规违约中止或解除相应医保协议的，可分类中止或解除相应医保服务资格。

第三十一条 定点医疗机构应持续符合定点条件，经办机构应对定点医疗机构加强监管，不定期的对定点医疗机构进行检查，发现不符合规定条件的应限期整改，整改期间暂停医保服务，整改不到位的解除协议。新增定点医疗机构要同步开通异地就医直接结算，为异地参保患者提供与本统筹区参保患者同样标准的诊疗和结算服务。

第三十二条 经办机构要加强对定点医疗机构的信息管理。定点医疗机构法定代表人因上级机关任免、丧失民事行为能力等不可抗力确需变更的，应自有关部门批准30个工作日内向统筹区经办机构提出变更申请和《河北省医疗保障定点医疗机构信息变更申请表》（附件7），经办机构审核确认后予以变更。违反上述规定自行变更的，经办机构可单方面中止或解除协议。

第三十三条 定点医疗机构签订医保协议1年后，定点医疗机构的名称、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

等重要信息发生变更的，应自有关部门批准30个工作日内向统筹区经办机构提出变更申请，提交《河北省医疗保障定点医疗机构信息变更申请表》，经办机构对变更内容进行审核确认后，办理信息变更备案。

第三十四条 定点医疗机构的监管实行分级管理，共分为A、B、C、D四个等级。纳入定点第1年按C级管理；1年后根据考核情况确定等级，考核工作依据考核管理办法执行。

第九章 附 则

第三十五条 未纳入普通门诊、住院的医疗机构，原则上不得纳入门诊慢性病特殊病、门诊统筹等定点，但具备新技术、新业态的，可以与普通门诊、住院定点一并申请纳入。

第三十六条 对于重点项目，纳入条件不受正式运营时间、区域规划等限制。

第三十七条 各统筹区原则上执行本细则，特殊情况可根据当地实际制定补充条款，并报河北省医疗保障局备案。

第三十八条 本细则由河北省医疗保障局负责解释。

第三十九条 本细则自2023年5月1日起施行。

附件 1

承诺书

填表日期： 年 月 日

医疗机构名称		法定代表人 及联系电话	
经认真学习医疗保障相关政策文件，本单位愿意承担本统筹区医疗保障服务，自愿申请成为医疗保障定点医疗机构，现郑重承诺： 1. 提交的申请相关材料真实、合法、有效。 2. 成为定点医疗机构后持续符合定点条件。 3. 严格执行医保协议，不为非定点医疗机构提供医保结算。 4. 严格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。 5. 严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，合理诊疗、合理收费。 6. 严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策，按有关规定执行集中采购政策，优先使用集中采购中选药品和医用耗材。 7. 按照国家医疗保障局《医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》和《医疗保障核心业务区网络安全接入规范》，接入医保业务网并实现与医保信息平台有效对接，并按规定及时全面准确向医保信息平台传送医保结算和审核所需的有关数据。 8. 积极配合医疗保障相关工作，自愿接受医疗保障部门及社会监督。 9. 未能达到上述要求，自愿接受解除医保协议及其他相应处理并承担因此引起的一切责任和后果。			
法定代表人签字： (加盖单位公章) 年 月 日			

附件 2-1

河北省医疗保障定点门诊医疗机构申请表

填表日期: 年 月 日

医疗机构名称 (公章)	医疗机构地址		统一社会信用代码					
医疗机构 等级	医疗机构 性质	①非营利性□ 营利性□ ②公立□ 民营□	收费级别					
执业许可证 登记号	执业许可证 起始及效期		机构类别					
营业执照 登记号	营业执照 起始及效期		服务对象					
法定代表人	姓名 身份证号 联系电话	医疗保障负责人	姓名 联系电话					
近一年有无行政 处罚记录		近一年有无重大 医疗事故						
距最近门诊定点 距离	米	用房产权性质	自有□ 租赁□					
营业面积		申请纳入类别	普通门诊□ 门诊统筹□ 门诊慢特病□ 离休□ 生育□ 体检□					
银行账户名称		银行账户号码						
开户银行		银行行号						
门诊科室数量		医技科室数量						
药品种数	西药: 中成药: 草药:	耗材种数						
医保目录内 药品种数	西药: 中成药: 草药:	医保目录内耗材种数						
诊疗服务 项目数量		医保目录内 诊疗服务项目数量						
职工人数		社保参保缴费人数						
人员 数量	主任医师	副主任医师	主治医师	住院医师	注册护士	医技人员	西药师	中药师
申报 前3 个月 费用 情况	门诊医疗总费用: 元 门诊人次: 次均费用(元):							
信息 化建 设情 况	业务系统	服务商:	系统名称:		系统版本号:			
	财务系统	服务商:	系统名称:		系统版本号:			
	进销存系统	服务商:	系统名称:		系统版本号:			
管理制度及工作台 建设情况								

以下内容由经办机构填写

申请材料核查	经办人: 年 月 日
考察情况	经办人: 年 月 日
评估结果	经办人: 年 月 日
备 注	

附件 2-2

河北省医疗保障定点住院医疗机构申请表

填表日期: 年 月 日

医疗机构名称 (公章)			医疗机构地址			统一社会信用代码		
医疗机构 等级			医疗机构 性质	①非营利性□营利性□ ②公立□ 民营□		收费等级		
执业许可证 登记号			执业许可证 起始及效期			机构类别		
营业执照 登记证号			营业执照 起始及效期			服务对象		
核定床位			实际住院开放 床位数			距最近 住院定点距离	米	
法定代表人	姓名 身份证号 联系电话			医疗保障负责人		姓名 电话		
近 1 年内在 无行政处罚记录				近 1 年内在 无重大医疗事故				
用房产权性质	自有□ 租赁□			申请纳入类别		住院□ 离休□ 生育□		
银行账户名称				银行账户号码				
开户银行				银行行号				
门诊科室数量			住院 科室数量			医技 科室数量		
药品种数	西药: 中成药: 草药:		耗材种数					
医保目录内 药品种数	西药: 中成药: 草药:		医保目录内耗材种数					
诊疗服务 项目数量			医保目录内 诊疗服务项目数量					
职工人数			社保参保缴费人数					
人员 数量	主任医师	副主任医师	主治医师	住院医师	注册护士	医技人 员	西药师	中药师
申请 前 3 个 月费用 情况	医疗总费用: 元							
	门诊 人次	门诊总 费用 (元)	门诊次均 费用 (元)	住院人次		住院总费用 (元)	住院次均费 用 (元)	
信息 化建 设情 况	业务系统		服务商:		系统名称:		系统版本号:	
	财务系统		服务商:		系统名称:		系统版本号:	
	进销存系统		服务商:		系统名称:		系统版本号:	
管理制度及工作台账建设情况								

以下内容由经办机构填写

申请材料核查	经办人：年 月 日
考察情况	经办人：年 月 日
评估结果	经办人：年 月 日
备 注	

附件 3

科室设置一览表

门诊/住院 代码	科室 名称	科室 类型	科室 分类	床位数	医师 数量	护理人 员数量	负责人	联系 电话	业务 范围	备注

填表说明：科室类型分为住院科室、门诊科室，科室分类分为××专业。

附件 4

职工花名册

科室名称	职工姓名	身份证号	性别	医师类别	专业	执业范围	本单位是否为第一执业地点	卫生技术人员专业技术职务	执业类别	行政职务	备注

注：相应人员银行近 3 个月的工资流水复印件或网银截图须留存备查。社保缴纳证明。

附件 5

医用设备清单及收费标准

[illegible]

注：每种设备对应各种收费项名称、标准应全部、逐一列出。

河北省医疗保障新增定点医院考察评估指标

一级指标	二级指标	三级指标	指标性质	标准 分值	指标内涵
基本 指标	资质情况	《营业执照》《医疗机构执业许可证》	否决项		具备有效的《营业执照》《医疗机构执业许可证》等相关证照且证照信息一致
		在证照批准范围内执业	否决项		科室设置、诊疗科目与执业许证、备案证相符
	运营情况	正式运营至少3个月	否决项		自正式营业起3个月内月门诊（住院）量达到统筹区要求
		价格优势	否决项		符合价格低原则
		位置优势	否决项		符合区域布局计划
	人员配备情况	医师资质	否决项		人员配备应当符合行政主管部门的规定。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
		医保管理人员配备情况	否决项		主要负责人员负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员，100张床位以上的医疗机构内部设置医保管理部门，有专职医保管理人员
	系统建设情况	业务系统	否决项		按照国家医疗保障局《医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》和《医疗保障核心业务区网络安全接入规范》，接入医保业务网并实现与医保信息平台有效对接，具备有药品、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和《医疗保障基金结算清单》
		进销存系统	否决项		具有实时上传信息功能的进销存系统
		财务系统	否决项		具有功能完备的财务信息管理系统
	质量管理	药品耗材管理	否决项		药品、医用耗材购进渠道是否合规
	制度建设情况	制度建设情况	否决项		具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务管理制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度

