

临沂市医疗保障局
临沂市卫生健康委员会
临沂市市场监督管理局
临沂市行政审批服务局

文件

临医保发〔2019〕74号

关于统筹推进“三医”联动
建立医保定点医药机构协议管理
激励约束机制的实施意见

各县区（开发区）医疗保障局、卫生健康局、市场监督管理局、行政审批服务局，各医保定点医药机构：

根据山东省人民政府办公厅《关于打击起诈骗保维护医疗保障基金安全的意见》（鲁政办字〔2019〕186号）、山东省医疗保障局《关于改革完善医保定点医药机构协议管理的指导意见（试行）》（鲁医保发〔2019〕85号）文件精神，为统筹推进“医疗、医保、医药”（以下简称三医）联动改革，规范医药服务行为，维

护参保人员基本权益，确保医保基金安全，现就建立医保定点医药机构激励约束机制提出以下实施意见。

一、总体要求

以习近平中国特色社会主义思想为指导，充分发挥医疗保障战略购买者作用，加快推动医药服务体系新旧动能转换，按照合理布局、满足需求、有进有出、动态管理、总量控制、有所增长、强化监管的总体思路，建立定点医药机构协议管理激励机制，促进定点医药机构严格执行医保政策，自觉履行协议，通过加强自我管理，主动降低诊疗成本，不断提升医疗服务质量和群众满意度，推动定点医药机构高质量发展；同时发挥好定点医药机构协议管理的约束作用，规范医药服务行为，杜绝定点医药机构违法行为，减少违规违约行为，促进定点医药机构健康发展。

二、基本原则

（一）坚持以人民为中心的发展理念。以人民群众的医疗保障需求为导向，统筹兼顾各方利益，努力实现为参保人员提供优质的医药保障服务。

（二）坚持科学规划。结合区域卫生规划，科学规划布局市域内定点医药机构，形成总量可控、结构优化、布局合理、满足需求、便利就医的格局。

（三）坚持有进有出。建立动态调整和激励约束机制，促进定点医药机构结构优化，总体管理服务质量提升，推动我市医保医疗医药供给侧结构性改革。

（四）坚持医保基金安全可控。健全定点医药机构准入、退

出、评估、社会满意度评价、协议管理等制度体系，形成长效机制，提高医保基金使用效率，努力打造创造可借鉴、可复制、可推广的经验模式。

二、政策措施

（一）科学制订定点医药机构区域布局规划。从方便人民群众看病就医需求出发，综合考虑医药机构资源配置、管理水平、服务质量、服务能力等因素，市医保局负责制定二级及以上定点医疗机构布局规划，县区医保局负责制定辖区一级及以下医保定点医疗机构和医保定点药店布局规划，并统一向社会发布，引导新增定点医药机构科学布局、合理申报，持续优化定点医药机构卫生资源配置，充分发挥医疗资源和医保基金的最大效率和效益。

（二）落实“四纳入”激励措施。医保定点医药机构准入实行“四纳入”，把新技术、新领域、新业态（如互联网+医疗服务、网定店取和网定店送等互联网+医药服务、医养结合等）纳进来，把社会办医等新模式纳进来，把管理好、服务优、自律性强的医药机构纳进来，把按照规划布局、产业发展等需要增加的医药机构纳进来。及时受理医药机构定点申请，通过审核材料、现场评估、信息共享系统核查、函询相关部门意见等多种形式对纳入机构进行严格审核。市医保局统一公布全市医保定点医药机构名单，并实行市内定点互认制度。定点医疗机构要加强内设医保机构和队伍建设，成立医保办，全面负责本医疗机构医疗保障服务的监督和管理，100张床位及以下的医疗机构最少配备1人，101张-1000张床位的原则上不少于3人，1000张床位以上的原则上不

少于5人。医保办工作人员优先从医疗保险、临床医学、卫生管理、财务会计、药学、计算机等专业人员中选拔。

（三）实施“四退出”约束机制。严格执行国家医保局《关于当前加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知》要求，根据服务质量及满意度测评结果，将管理差、技术水平低、服务质量不高、群众满意度差的退出去，将根据综合绩效评估排位靠后的退出去，将根据信用评价进入黑名单的退出去，将严重违法违规违反协议的退出去。对不符合布局规划要求的或规划区域内严重超额的，实行末位淘汰制。探索建立准入负面清单制度，对提供虚假申请材料的、已被解除医保服务协议的、列入失信黑名单的，三年内不受理医保定点申请。

（四）加强定点服务协议管理。要统一完善定点服务协议内容（协议文本另行下发），增加价格管理及药品耗材招采使用落实、货款及时结算、医保基金使用管理、规范民营医疗机构医保支付标准、出院联网直接结算、医院医保经办机构建设及经办管理服务规范化、信息化、标准化建设等内容条款，各县区医保经办机构可结合实际制定补充服务协议。县域内定点医药机构由县区经办机构签署协议，市本级定点医药机构由市医保经办机构签署协议，协议有效期一般为三年。探索建立协议有效期长、短相结合的管理模式，协议期内无违法违规行为的，延长续约有效期，激励定点医药机构严格履约，约束违法违规违约行为。探索建立定点医药机构医保服务信息变更审核备案制度。统一全市定点医药机构规范名称和标识，方便群众辨识。

(五) 强化监督考核。强化行政执法监督检查，采取定期、不定期监管方式，对医保经办机构、定点医药机构执行医保政策情况、协议签订和协议履行情况进行监督检查。创新监管方式，探索通过参保人员满意度调查、引入第三方评价、聘请社会监督员等方式，动员社会各界参与医疗保障监督。建立完善医疗费用智能审核系统，提高智能审核的广度、准度和精度，重点加强定点医药机构医疗服务行为、医药价格、合理用药、大型仪器检查、高值医用耗材等指标的审核监控。建立考核评价制度，制定医保定点医药机构协议管理考核办法，强化定点医药机构管理，医保经办机构要每年组织一次对医保定点医药机构的考核评价，根据考核评价结果和定点医疗机构布局规划，探索实行末位淘汰制。

四、组织保障

(一) 加强组织领导。实施医保定点医药机构协议管理改革，是一项系统工程，特别是涉及医药机构的利益调整，改革任务艰巨。各县区医保、卫健、市场监管、行政审批等部门要高度重视，加强组织领导，要及时向县区委、政府汇报工作开展情况，积极稳妥推进。

(二) 要加强部门间信息互通。各县区医保、卫健、市场监管、行政审批等部门要加强沟通，建立信息共享机制，对定点医疗机构发生医疗事故、出现恶劣假药、欺诈骗保等重大事件及时相互通报，实行全市定点医药机构违规处理结果互认机制。

(三) 严格防范廉政风险。各县区要加强和完善基本医疗保险内控制度建设，严格内控制度机制落实，切实遵守廉洁自律规

定，主动接受纪检部门监督和社会监督，杜绝腐败问题发生。



(此件主动公开)

(联系科室：市医疗保障局待遇保障科)

临沂市医疗保障局办公室

2019年11月25日印发

校核人：夏培喜
