

河北省劳动和社会保障厅关于印发《河北省城镇基本医疗保险门诊

定点医疗机构管理办法》的通知

(冀劳社〔2007〕75号 2007年11月26日)

各设区市劳动和社会保障局：

为了进一步加强和规范全省城镇基本医疗保险定点医疗机构管理，根据劳动和社会保障部、卫生部、国家中医药管理局《关于印发城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法的通知》（劳社部发〔1999〕14号）和省政府《关于印发〈河北省建立城镇职工基本医疗保险制度总体规划〉的通知》（冀政〔1999〕12号）文件精神，结合我省定点医疗机构管理的实际，我们对《河北省城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理实施细则（暂行）》（冀劳社〔1999〕101号）进行了修订，制定了《河北省城镇基本医疗保险门诊定点医疗机构管理办法》，现印发给你们，请认真贯彻执行，自2008年1月1日起施行。

河北省城镇基本医疗保险门诊定点医疗机构管理办法

第一条为进一步加强和规范对基本医疗保险门诊定点的管理，根据《国务院建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》、《城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》和《河北省建立城镇职工基本医疗保险制度总体规划》，特制定本办法。

第二条本办法所称的门诊定点医疗机构，是指取得《医疗机构执业许可证》，经统筹地区劳动保障行政部门资格审定，并经医疗保险经办机构确定，为参保人员提供门诊医疗服务的医疗机构。

第三条门诊定点医疗机构审查和确定的基本原则是：方便参保人员就医并便于管理；兼顾专科与综合、中医与西医，注重发挥社区卫生服务机构的作用；合理确定医疗保险基本保障项目，引导参保人员合理利用医疗服务。

第四条凡经卫生行政部门批准并取得《医疗机构执业许可证》的非营利医疗机构，可申请医疗保险门诊定点医疗机构：

（一）综合门诊部、专科门诊部、中医门诊部、中西医结合门

诊部、民族医门诊部；

（二）参保单位所属的门诊部、诊所、卫生所、医务室；

（三）妇幼保健院（所）、专科疾病防治院（所、站）；

（四）社区卫生服务中心、站。

第五条门诊定点医疗机构应具备以下条件：

（一）持有《医疗机构执业许可证》和《收费许可证》；

（二）符合区域医疗机构设置规划、医疗机构设置标准；

（三）参保单位的《医疗机构执业许可证》批准的服务对象为本单位职工，其他《医疗机构执业许可证》批准的服务对象为社会人群；

（四）定点社区卫生服务中心所辖范围的基本医疗保险参保人员达到 10000 人左右，定点社区卫生服务站所辖范围的基本医疗保险参保人员达到 3000 人左右（具体人数由各统筹地区确定），参保单位所属诊所、卫生所、医务室内部服务对象 500 人以上。

（五）遵守国家有关医疗服务和药品管理的法律、法规和标准，有健全和完善的医疗服务管理制度；

(六) 严格执行国家、省物价部门规定的医疗服务和药品的价格政策，经物价部门监督检查合格；

(七)严格执行城镇基本医疗保险的有关政策规定，建立与基本医疗保险要求相适应的内部管理制度，并配备必要的管理人员和计算机系统。

第六条具备以上条件，愿意承担为本统筹地区基本医疗保险参保人员提供门诊医疗服务的医疗机构，应向统筹地区劳动保障行政部门提出书面申请，并提供以下材料：

(一)医疗机构执业许可证副本及复印件；

(二)收费许可证副本及复印件；

(三)医疗仪器设备清单；

(四)上一年度业务收支情况和门诊服务量（门诊诊疗人次、人均次医药费）；

(五)药品监督管理和物价部门监督检查合格的证明材料。

(六)医疗机构法人代表、医疗保险专（兼）职管理人员名单，

卫生技术人员名册、技术职称、执业证书、注册证书原件及复印件；

医疗机构工作人员参加医疗保险证明，人员名单；

（七）社区卫生服务中心（站）需提供所辖范围参保人员名单；

第七条审查基本医疗保险门诊定点医疗机构资格的办法及程序。

门诊定点医疗机构资格审定工作采取本统筹地区审批的办法，省劳

动保障厅、设区市劳动保障局、县（市、区）劳动保障部门分别审

批省直、市本级、县级统筹地区定点医疗机构资格。劳动保障行政

部门根据医疗机构的申请及提供的各项材料进行审查，符合条件的

确定为门诊定点医疗机构。具体审批程序如下：

（一）愿意承担基本医疗保险门诊定点医疗服务的医疗机构，

向统筹地区劳动保障行政部门提出书面申请，并按规定及要求报送

相关材料；

（二）劳动保障行政部门对医疗机构申请定点报送的材料进行

审查，医疗机构提交的书面材料不符合要求的，应通知其在 10 个

工作日内做出补正，逾期不补正的视为撤回申请。并在此基础上进

行现场核查，劳动保障部门应自收到上报材料之日起 30 个工作日内做出审核决定。审查合格的，由劳动保障行政部门以书面形式通知申请定点的医疗机构。

（三）对审查合格，符合定点条件的医疗机构，发放《城镇基本医疗保险定点医疗机构资格证书》。

第八条 医疗保险经办机构在获得定点资格的医疗机构中确定定点医疗机构，被确认的门诊定点医疗机构必须按医疗保险经办机构要求配备计算机和网络系统，安装规定的医保软件，建立药品及医用耗材进销软件管理系统，并按要求进行药品及收费项目的对照工作；医疗保险经办机构负责对其医保软件的对照和调整工作进行验收，验收合格报本统筹地区劳动保障行政部门，由劳动保障行政部门发放《河北省城镇基本医疗保险定点医疗机构》标牌，并向社会公布。

第九条 医疗保险经办机构应与定点医疗机构签订协议。协议内容包括服务人群、服务范围、服务内容、服务质量、医疗费用结算

办法、医疗费用支付标准以及医疗费用审核与控制的办法以及双方的责任、权利和义务等，协议有效期为 1 年。任何一方违反协议，对方均有权解除协议，但须提前 1 个月通知对方，并报统筹地区劳动保障行政部门备案。协议到期后定点医疗机构应及时与医疗保险经办机构续签协议。

第十条定点医疗机构的定点资格有效期为自批准之日起 3 年，到期验证续效。定点资格有效期期满前 2 个月内，定点医疗机构可向劳动保障行政部门提出续效申请，并按本办法第六条的规定提供有关资料。到期不提出续效申请的视作放弃续效。

续效的条件和程序按照本办法第五条、第七条有关规定。准予续效的医疗机构继续作为定点医疗机构。不予续效及放弃续效的医疗机构，自动丧失定点医疗机构资格，医疗保险经办机构停止与其结算医疗保险费用。

第十一条定点医疗机构的合并、分立或机构性质、执业地点、医疗服务范围等经卫生行政管理部门批准同意变更的，定点医疗机

构应自批准之日起 15 个工作日内携带有关批准文件及本办法第六条规定的有关资料，到劳动保障行政部门重新办理资格审查手续。

经卫生行政管理部门批准同意变更单位名称、法人代表等内容的定点医疗机构，应自批准之日起 15 个工作日内到劳动保障行政部门办理备案手续。

定点医疗机构不按时办理以上手续的，医疗保险经办机构可停止其结算医疗保险费用。

第十二条 医疗保险经办机构与定点医疗机构实行计算机实时联网管理。为确保医保网络的安全，定点医疗机构必须安装病毒防火墙，定时查毒、杀毒；与医疗保险经办机构连接的服务器不能与互联网（INTERNET）相连；服务器 IP 地址经医疗保险经办机构设定后，不得擅自修改；定点医疗机构应按要求保证医疗保险软件的正常运行和网络的畅通，保证参保人员的正常就医，及时、准确地向医疗保险经办机构提供参保人员医疗费用的发生情况等有关信息。

医疗保险经办机构发现恶意攻击医保网络的行为时，有权立即

切断该定点医院的网络连接，并及时报警，由公安部门依法进行处理。

第十三条门诊定点医疗机构应根据医疗保险的有关规定，做好以下各项工作：

（一）建立基本医疗保险管理组织，配备专（兼）职医疗保险管理人员，健全内部医疗保险管理制度，定期自查和考核。

（二）在本单位显著位置悬挂《河北省城镇基本医疗保险定点医疗机构》标牌，并妥善保管，不得转让或损坏。对优质服务便民措施、常用药品及收费项目价格进行公示，为就医人员提供清洁舒适的就医环境。

（三）对参保人员的医疗费用要单独建账，并有义务提供审核医疗费用所需的全部诊治资料及账目清单。

（四）根据统筹地区规定的基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施和用药范围以及支付标准，为参保人员提供基本医疗服务，合理用药、合理检查、合理治疗、合理收费，不得无故拒绝、推诿或

滞留就医的参保人员。

（五）在为参保人员提供医疗服务时应认真核验就诊人员的医疗保险病历、医疗保险证及医疗保险卡（IC 卡）（以下统称“证、卡”），为保证参保人员治疗的连续性和用药的安全性，接诊医师应查阅门诊病历上的前次就医配药记录，对本次患者的检查、治疗、用药等医疗行为应在病历上明确记录。参保人员因行动不便委托他人代配药的，由被委托人在专用病历上签字。

（六）严格遵守药品处方限量管理的规定，定点医院不得限制患者持处方到定点零售药店购药。

（七）定点医疗机构应尊重参保人员对就医费用的知情权，在使用自费药品或自费诊疗服务项目时，非紧急情况下应事先征得本人或家属的同意。

（八）加强对药品的管理，建立药品效期警示制度，对药品进销存及效期实现计算机动态管理，健全药品进销存台帐，加强对药品质量的监控，确保参保职工的用药安全。

（九）严格执行国家和省的有关药品和医疗收费的政策和价格规定，不得擅自立收费项目、分解收费、超标准收费和重复收费。

第十四条医疗保险经办机构对门诊定点医疗机构的医生实行医保处方权备案制度，对医保处方实行跟踪监控。对多次严重违反医疗保险及卫生部《处方管理办法》有关规定，开大处方、超量配药、冒名配药的医师，暂停该医师 6 个月以上一年以下或取消其医保处方权，并根据有关规定进行处理，上报劳动保障行政部门，通报卫生行政部门。被取消医保处方权的医生在 6 个月内不得重新进行医保处方权备案。违规医师为卫生所（医务室）唯一医师的，劳动保障行政部门将暂停或取消该卫生所（医务室）的定点资格。

第十五条医疗保险经办机构负责依据协议对门诊定点医疗机构医疗费用的日常监控工作，按时足额与定点医院结算符合规定的医疗费用。对不符合规定的医疗费用，医疗保险经办机构不予支付，已经支付的费用予以追回。

第十六条门诊定点医疗机构必须遵守职业道德，不得以返现金、

礼券、购物卡及商品等进行医疗消费的促销活动。

第十七条劳动保障行政部门负责对门诊定点医疗机构医疗服务和管理情况定期进行监督检查，必要时可会同卫生、药监、物价等有关部门联合检查。对发生下列行为之一的门诊定点医疗机构，劳动保障行政部门可视不同情况，责令其限期改正，或通报卫生行政部门给予批评，或取消定点资格。

（一）伪造门诊病历，弄虚作假，骗取医疗保险基金的；

（二）在诊疗过程中的检查、治疗、用药等与病情、诊断不相符合或提供过度医疗服务，造成医保基金损失的；

（三）医保药品库、收费库对照管理混乱的；

（四）以定点医疗机构名义进行商业及性病广告宣传的；

（五）药房及药库内有非药准（健、消、械）字以外的商品；

（六）药房或药库内发现假冒、伪劣、过期、失效药品的；

（七）未认真查验医疗保险就医凭证，发生冒名就诊的；

（八）私自将医保专用线路接驳未经允许的计算机等相关设备；

（九）将科(诊)室出租、并为承租科(诊)室或分支机构提供 IC

划卡服务的，将科室承包，并将仪器检查、化验等开单提成、处方回扣、医务人员收入分配与医疗服务收入直接挂钩的；

（十）违反物价规定，分解项目、超标准、虚假、转嫁、串换收费的行为；

（十一）当年被卫生、物价、药监等相关行政部门处罚超过两次的；

（十二）医保药品备药率不达标的；

（十三）将基本医疗保险支付范围的药品串换成其他药品、生活用品、保健用品，将基本医疗保险支付范围的诊疗项目串换成其他诊疗项目，采用不正当手段划卡结付的；

（十四）恶意攻击医保网络，造成网络瘫痪或数据破坏的；

（十五）未按规定缴纳医疗保险费；

（十六）严重违反医疗保险有关政策法规的其他行为。

第十八条本办法自 2008 年 1 月 1 日起施行。以前规定与本办法不一致的，以本办法为准。

第十九条各市劳动保障行政部门可根据本办法制定具体办法。

