

上海市医疗保障局 上海市卫生健康委员会

沪医保规〔2021〕17号

关于贯彻落实《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》有关事项的通知

各区医疗保障局，各医保定点医疗机构，各有关单位：

为贯彻落实《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《暂行办法》），现将有关事项通知如下：

一、上海市医疗保障局（以下简称“市医保局”）负责制定医疗机构定点管理政策，对上海市医疗保险事业管理中心（以下简称“市医保中心”）进行监督。市医保中心负责在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节确定定点医疗机构，并与定点医疗机构签订医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”），制定医保协议范本及

经办规程，提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。上海市医疗保障局监督检查所（以下简称“市监督所”）以市医保局的名义，负责对定点医疗机构执行医保政策法规以及各项监管制度落实情况进行监督检查。

区医疗保障局（以下简称“区医保局”）负责辖区内定点医疗机构医疗保障相关管理工作，对区医疗保险事务中心（以下简称“区医保中心”）、定点医疗机构执行医保政策法规、履行服务协议情况以及各项监管制度落实情况进行监督管理。区医保中心配合区医保局及市医保中心做好辖区内医疗保障管理及经办服务工作。

二、市医保局根据公众健康需求、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市定点医疗服务的资源配置，并根据本市行政区划调整、人口布局规模变化及阶段评估情况适时调整。

区医保局根据本市定点医疗服务的资源配置确定本行政区域内定点医疗服务的资源配置指引，并报市医保局备案。

三、除《暂行办法》中规定的医疗机构外，经市、区卫生健康行政部门批准并取得《医疗机构执业许可证》的企事业单位内部医疗机构中的医院、门诊部、卫生所可申请医保定点。

村卫生室应由镇村卫生服务一体化管理的社区卫生服务中心作为申请主体。

四、在满足《暂行办法》基本条件的基础上，医疗机构申请医保定点还应满足以下条件：

（一）医疗机构原则上应正式运营3个月以上。对配套

城市总体规划、适应城市新发展规划的需要、提升基层医疗服务能力的可适当放宽运营时限要求。

（二）100张床位以上的医疗机构应设独立的内部医保管理部门，安排专职工作人员。

五、根据“一网通办”工作要求，《暂行办法》中申请医保定点所需材料可以直接从本市其他行政部门获取的，申请人免于提供。

六、关于定点流程

（一）医疗机构提出定点申请，区医保中心应即时受理。对申请材料内容不全的，区医保中心自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医疗机构补充。

（二）区医保中心应组织评估小组或委托第三方机构，以书面、现场等形式开展初评。区医保中心应将评估结果合格的相关材料上报市医保中心。市医保中心应在收到区医保中心上报材料后组织开展评估审定工作。自受理申请材料之日起，评估时间不超过2个月，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。

对于市医保中心评估审定合格的，应将其纳入拟签订协议医疗机构名单，并向社会公示。对于区医保中心评估或市医保中心评估审定不合格的，区医保中心应告知其理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改3个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

市医保中心根据《暂行办法》和本通知，制定协议管理实施细则及评估标准。

（三）市医保中心与评估合格的医疗机构协商谈判，达

成一致的，双方自愿签订医保协议。协议期限一般为 2 年。

七、定点医疗机构的重大信息变更时，应自有关部门批准之日起 30 个工作日内向区医保中心提出变更申请。

医保协议续签应由定点医疗机构于医保协议期满前 3 个月向区医保中心提出申请或由市医保中心统一组织。

定点医疗机构请求中止、解除医保协议或不再续签医保协议的，应提前 3 个月向区医保中心提出申请。

八、医疗保障行政部门可以会同卫生健康、中医药、市场监督管理、药品监督管理、财政、公安等部门开展联合执法。

九、市和区医保部门、各定点医疗机构要严格执行《暂行办法》中的相关规定，加强和规范医疗机构医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障本市参保人员权益，为参保人员提供适宜的医疗服务。

十、本通知自 2021 年 12 月 1 日起施行，有效期至 2026 年 11 月 30 日。本通知实施之前已签订服务协议的定点医疗机构，继续按原服务协议履行，服务协议期满经考核后确定是否重新签订服务协议。

上海市医疗保障局

上海市卫生健康委员会

2021 年 11 月 17 日

（此件主动公开）

(此页无正文)

(此页无正文)

(此页无正文)

抄送：市医疗保险事业管理中心、市医疗保障局监督检查所、市医药集中招标采购事务管理所

上海市医疗保障局办公室

2021年11月18日印发
