内蒙古自治区医疗保障局文件

内医保发〔2024〕16号

内蒙古自治区医疗保障局
关于印发《定点医药机构医保结算分级管理办法（试行）》的通知

各盟市医疗保障局，满洲里市、二连浩特市医疗保障局，自治区医疗保险服务中心：

为加强定点医药机构管理，建立健全定点医药机构准入及退出机制，保障医保基金安全和参保人员合法权益，根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》，自治区医疗保障局制定了《定点医药机构医保

结算分级管理办法（试行）》，现印发给你们，请结合有关要求认真贯彻落实。

一、优化区域医保资源配置

各地应立足统筹地区内现有医保定点资源及医保基金收支情况，结合公众健康需求、区域服务半径、服务人群数量、年龄结构、疾病谱、就医需求及流向、管理服务需要等因素，合理规划本统筹地区医疗保障定点医药机构资源配置。要统筹考虑人口分布特点和城乡差异，按照本办法要求，动态调整定点资源布局，促进定点医药机构向服务空白和相对不足区域延伸，逐步构建覆盖城乡、布局合理、竞争有序、管理规范的医疗保障服务网络。

二、引导医药机构健康发展

各地在定点资源配置中，要充分考虑群众健康需求和医药发展需要，发挥医保基金战略购买作用，鼓励定点医药机构提供全面、均衡、多样化的医药服务。各地要严格按照定点医药机构分级管理要求，结合医保协议等管理措施，引导医药机构规范经营，形成良好的经营竞争环境，促进医药市场和医疗保障服务协同、健康、可持续发展，为群众提供更加安全、可靠、方便、快捷的医疗保障服务。

三、加强政策宣传培训

各地要注重舆论引导，做好政策解读，通过多种渠道广泛宣传定点医药机构医保结算分级管理的重要意义和现实需要，

为政策的顺利实施营造良好的舆论氛围。要加强对定点医药机构医保结算分级管理工作的业务培训，提升医保经办人员业务水平，确保政策落地落实。工作中遇有重大情况，及时向自治区医保局报告。



内蒙古自治区医疗保障局

2024年11月29日

（此件公开发布）

定点医药机构医保结算分级管理办法（试行）

第一章　总则

第一条　为推动定点医药机构精细化管理，建立健全定点医药机构准入及退出机制，合理配置区域医保资源，提升医保基金使用质效，保障基金安全和参保人员合法权益，特制定本办法。

第二条　本办法适用于全区一级及以下定点医疗机构（盲人医疗按摩机构除外）门诊医疗服务和定点零售药店购药管理工作。

第三条　坚持以铸牢中华民族共同体意识为工作主线，遵循公平公正、规范透明、权责明晰、动态调整的原则，不断提升医保定点管理效能，促进定点医药机构有序发展，为参保人员提供优质服务。

第四条　坚持因地制宜，探索创新，落实分级诊疗政策要求，鼓励各地将基金预算管理与费用结算管理相结合，统筹考虑基金收支、服务需要、经济社会发展等因素，做好门诊支出总额预算，充分发挥医疗机构在门诊保障服务中的重要作用，合理划分医疗机构与零售药店医保基金支出占比，科学确定各级各类医药机构门诊统筹支付总额。

第五条 坚持合理规划，平衡供给，各地应立足统筹地区内现有医保定点资源及医保基金收支情况，结合公众健康需求、区域服务半径、服务人群数量、年龄结构、疾病谱、就医需求及流向、管理服务需要等因素，合理确定本统筹地区医疗保障定点医药机构资源配置，逐步构建覆盖城乡、布局合理、竞争有序、管理规范的医疗保障服务网络。

第二章 结算服务

第六条 定点医药机构按医保基金结算服务类型划分为A、B、C三级：

（一）A级结算服务：可开展医保个人账户结算服务。

（二）B级结算服务：可开展医保个人账户、门诊统筹结算服务。

（三）C级结算服务：可开展医保个人账户、门诊统筹、门诊慢特病、门诊特殊用药、居民“两病”（高血压、糖尿病）门诊用药等结算服务。

第七条 医保定点医药机构结算服务类型经各统筹地区医保经办机构依照各级别标准评估确定，报自治区医疗保险服务中心备案。自治区及各统筹地区医保经办机构要通过官网等途径对新纳入、晋级、降级、解除服务协议等事项进行公示。

第八条 A级结算服务定点医药机构应符合以下标准：

（一）定点医疗机构

1.取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的医疗机构，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，正式运营至少3个月。

2.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。

3.主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员。

4.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等。

5.具有符合医保协议管理要求的医院信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统安全对接，按要求向医保信息系统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。做好机构及人员编码贯标工作，及时更新维护信息。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。

6.完成医保码、追溯码、医保电子处方流转、进销存一库化等信息化改造及应用，开通智能监管事前提醒功能。

7.全量上传进销存数据，入库数据必须与其随货同行单信息匹配，并能完整保留及随时提供随货同行单以及财务发票等对应票据。

8.符合法律法规和统筹地区医疗保障行政部门规定的其他

条件。

（二）定点零售药店

1.取得药品经营许可证，在注册地址正式经营至少3个月。

2.至少有1名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师须签订1年以上劳动合同或劳务合同且在合同期内。

3.至少有2名熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专（兼）职医保管理人员负责管理医保费用，并签订1年以上劳动合同且在合同期内。

4.按药品经营质量管理规范要求，开展药品分类分区管理，并对所售药品设立明确的医保用药标识。

5.具有符合医保协议管理要求的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度。

6.具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统安全对接，为参保人员提供直接联网结算。做好机构及人员编码贯标工作，及时更新维护信息。建立医保药品等基础数据库，按规定使用国家统一医保编码。

7.完成医保码、追溯码、医保电子处方流转、进销存一库化等信息化改造及应用，开通智能监管事前提醒功能。

8.全量上传进销存数据，入库数据必须与其随货同行单信

息匹配，并能完整保留及随时提供随货同行单以及财务发票等对应票据。

9.符合法律法规和统筹地区医疗保障行政部门规定的其他条件。

第九条 A级结算服务定点医药机构按协议要求结算服务满1年后可申请开通B级结算服务。B级结算服务定点医药机构在符合A级结算服务标准基础上，还需符合以下标准：

（一）定点医疗机构

1.近1年内未受到医疗保障、卫生健康、市场监管等部门作出的与医药费用有关的行政处罚。

2.近1年内无中止医保协议情形。

3.近1年内医保检查未覆盖到的，需提请医保经办部门检查，经检查近1年内无违反医保协议且未造成基金损失的。

4.结算窗口设置24小时视频监控设备，保留不少于6个月的视频监控资料。

5.完成门诊医保服务信息化接口全量改造及应用。

6.开展康复、按摩诊疗项目时，技师需在执业医师指导下完成诊疗，医疗机构需具备相对独立的治疗场所及治疗设备。

7.符合法律法规和统筹地区医疗保障行政部门规定的其他条件。

（二）定点零售药店

1.近1年内未受到医疗保障、卫生健康、市场监管等部门

作出的与医药费用有关的行政处罚。

2.近1年内无中止医保协议情形。

3.近1年内医保检查未覆盖到的，需提请医保经办部门检查，经检查近1年内无违反医保协议且未造成基金损失的。

4.至少配备1名注册地在该定点零售药店的执业药师，经营中成药或中药饮片的，需至少配备1名中药学类执业药师，执业药师须签订1年以上劳动合同且在合同期内。

5.完成零售药店医保服务信息化接口全量改造及应用。

6.配备集中带量采购药品品种不少于50种。

7.结算窗口设置24小时视频监控设备，保留不少于6个月的视频监控资料。

8.符合法律法规和统筹地区医疗保障行政部门规定的其他条件。

第十条 B级结算服务定点医药机构按协议结算服务满1年后可申请开通C级结算服务。C级结算服务定点医药机构在符合B级结算服务标准基础上，还需符合以下标准：

（一）定点医疗机构

1.近1年内未受到医疗保障、卫生健康、市场监管等部门作出的与医药费用有关的行政处罚。

2.近1年内无中止医保协议情形。

3.近1年内医保检查未覆盖到的，需提请医保经办部门检查，经检查近1年内无违反医保协议且未造成基金损失的。

4.建立门诊慢特病及门诊特殊用药患者购药电子档案或纸质档案，档案内容应包含个人身份信息、联系方式、居住地址、《审批表》、处方、购药清单、购药记录、药品配送凭证、代购（领）情况登记表等资料。实现单独建账，一人一档，并装订入档，永久保存。

5.配备人脸识别认证系统，确保实名购药登记。

6.具备专人或专门部门负责制定并执行药品储存、养护制度，配备符合药品监督管理部门质量安全要求的专用区域和设施设备，根据药品属性和类别实行色标管理，监测和记录储存区域设备的温湿度，有符合规定的冷链储存运输能力；麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、放射性药品等特殊药品应当按照相关规定存放使用，及时提供药品使用追溯信息，保障药品质量安全。

7.符合法律法规和统筹地区医疗保障行政部门规定的其他条件。

（二）定点零售药店

1.近1年内未受到医疗保障、卫生健康、市场监管等部门作出的与医药费用有关的行政处罚。

2.近1年内无中止医保协议情形。

3.近1年内医保检查未覆盖到的，需提请医保经办部门检查，经检查近1年内无违反医保协议且未造成基金损失的。

4.建立门诊慢特病及门诊特殊用药患者购药电子档案或纸

质档案，档案内容应包含个人身份信息、联系方式、居住地址、《审批表》、处方、购药清单、购药记录、药品配送凭证、代购（领）情况登记表等资料。实现单独建账，一人一档，并装订入档，永久保存。

5.配备人脸识别认证系统，确保实名购药登记。

6.专人负责制定并执行药品陈列、养护制度，根据药品属性和类别配备符合药品监督管理部门质量安全要求的专用区域或设施设备，监测和记录储存区域或设备的温湿度；经营第二类精神药品等特殊药品、血液制品、生物药品的应当按照相关规定购销存放，及时提供药品使用追溯信息，保障药品质量安全。

7.提供外配服务的定点零售药店应有符合规定的第二类精神药品等特殊药品、血液制品、生物药品冷链储存运输能力，配备不少于1人的专职配送人员。

8.设置国谈药、慢病用药服务专区和患者接待区。

9.符合法律法规和统筹地区医疗保障行政部门规定的其他条件。

第十一条 发生以下情形的定点医药机构，各统筹地区根据医保服务协议进行降级处理，直至解除医保服务协议。

（一）近1年内因违规使用医保基金约谈法定代表人、主要负责人或实际控制人达到两次的，降一级。

（二）近1年内违反医保协议相关规定，暂停结算医保费

用达到两次的，降一级。

（三）近1年内违反医保协议相关规定，中止医保服务协议一次的，降一级。

（四）符合终止、解除医保服务情形的，终止、解除医保服务协议。

第三章　执行说明

第十二条　统筹地区医保经办机构应严格按照当地医保资源配置规划开展医药机构定点管理，原则上，统筹地区定点资源已超出规划配置需求的地区，不得新增定点医药机构。

第十三条　协议期内，被降级的定点医药机构降级后服务满1年，可提出晋级申请，待统筹地区医保经办机构评估合格后，执行晋级管理。

第十四条　定点医药机构需张贴告知书，明确公布可提供的医保服务范围，并做好正确引导、解释，因定点医药机构原因造成舆情的，按中止医保服务协议处理。

第十五条　新纳入的定点医药机构按A级结算服务管理，结算服务满1年后可申请开通B级结算服务，以此类推。本办法试行期间，新申请定点医药机构需报自治区医疗保险服务中心复审同意后方可纳入。

第十六条　对已纳入的定点医药机构自文件执行之日起可

设立6个月过渡期，过渡期内按原医保结算类别管理。定点医药机构应在过渡期内向统筹地区医保经办机构提出开通相关级别结算服务申请，统筹地区医保经办机构按照评估标准，结合当地医保定点资源配置需求，确定医药机构结算服务等级，不达标或不符合资源配置需求的予以降级处理直至解除医保协议。过渡期内未提出申请的，解除医保协议，且1年内不得申请定点。

第十七条 各统筹地区在定点医药机构已开通门诊慢特病（恶性肿瘤门诊放化疗、器官移植术后抗排异治疗、透析等重大疾病）和门诊特殊用药服务的，可根据当地情况，最多保留1年门诊慢特病和门诊特殊用药结算服务资格。保留期内经评估达到C级结算服务标准的，继续开展C级结算服务。保留期内未申请，或经评估未达到C级结算服务标准的，取消门诊慢特病和门诊特殊用药结算服务资格，按本办法相关规定对其进行分级管理。

第十八条 统筹地区医保经办机构于每季度最后一个月集中办理晋级业务，其他时间段不予受理。晋级申请经评估未通过的，1年内不得再次申请。

第四章 附则

第十九条 本办法由内蒙古自治区医疗保障局负责解释。

第二十条 本办法自2025年1月1日起执行。

内蒙古自治区医疗保障局办公室　　2024 年 11 月 29 日印发