

楚雄州医疗保障局文件

楚医保〔2022〕10号

楚雄州医疗保障局关于印发 《楚雄州医疗保障定点管理经办规程实施细则 (试行)》的通知

各县市医疗保障局，局机关各科室、直属单位：

《楚雄州医疗保障定点管理经办规程实施细则（试行）》经2022年州医疗保障局第5次党组会议审议通过，现印发给你们，请认真遵照执行。



（此件公开发布）

楚雄州医疗保障定点管理经办规程实施细则 (试行)

第一章 总则

第一条【政策依据】 为加强和规范全州医药机构医疗保障定点协议管理（以下简称“定点管理”）工作，根据《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》（国家医疗保障局令第2号）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）、《云南省医疗保障定点管理经办规程（暂行）》，结合我州实际，制定本实施细则。

第二条【原则目标】 定点管理应遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则，促进医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）和定点医疗机构、定点零售药店（以下简称“定点医药机构”）加强协议管理，依法依规为参保人员提供优质高效的经办服务和良好的就医购药服务。

第三条【职能职责】 全州各级经办机构负责组织开展医药机构定点管理工作，与医药机构签订医疗保障定点服务协议（以下简称“医保协议”），提供经办服务，规范完善医保协议内容，开展医保协议动态管理。定点医药机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，遵守医保协议条款，向参保人员提供就医购药服务。

第四条【经办流程】 定点管理的经办流程包括定点申请、组织评估、协议签订、协议履行、违约处理、协议动态管理等环节。

第五条【组织机构】 州、县（市）医疗保障部门应当成立定点医药机构管理领导小组，负责定点医药机构管理的政策宣传、贯彻落实和监督考核。办公室设在经办机构，负责受理医药机构申请、审核、组织准入和退出评估、协议签订执行等具体事项。

第六条【适用范围】 州、县（市）经办机构开展定点管理工作适用本细则。

第二章 定点申请

第七条【医疗机构申请条件】 满足以下定点申请条件的医药机构，按照属地管理原则，可向经营所在地的经办机构提交医保定点申请，并提交申报材料。

（一）申请医保定点的医疗机构范围：以下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可申请医保定点。

1.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；

2.专科疾病防治院（所、站）、妇幼保健院；

3.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）；

- 4.独立设置的急救中心；
- 5.安宁疗护中心、血液透析中心、护理院；
- 6.养老机构内设的医疗机构。

7.开展“互联网+医疗”服务的医院可依托其实体医疗机构申请。

（二）申请医保定点的医疗机构应当同时具备以下基本条件：

- 1.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；100 张床位以上的医疗机构应设内部医保管理部门，安排专职工作人员；
- 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有效对接，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。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.符合法律法规和医疗保障行政部门规定的其他条件。

（三）医疗机构向经营所在地经办机构提出医保定点申请，

提供以下材料：

1.定点医疗机构申请表；

2.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、统一社会信用代码复印件；

3.与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

4.与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

5.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

6.按相关规定要求提供的其他材料。

以上材料均应加盖医疗机构公章。

第八条【零售药店申请条件】 满足以下定点申请条件的零售药店，按照属地管理原则，可向经营所在地的经办机构提交医保定点申请。

（一）取得药品经营许可证，并同时符合以下条件的零售药店均可申请医保定点：

1.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有效对接，为参保人员提供直接联网结算，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.符合法律法规和医疗保障行政部门规定的其他条件。

（二）零售药店向经营所在地经办机构提出医保定点申请，提供以下材料：

1.定点零售药店申请表；

2.药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

3.执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件；

4.医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；

5.与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

6.与医保有关的信息系统相关材料；

7.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

8.按相关规定要求提供的其他材料。

第九条【增加医保支付类别】 医保支付类别原则上在签订医保协议时确定，协议期间确需增加医保支付类别的需提交书面

申请和相关医疗服务能力证明材料（包括人员资质、设施设备情况、医保信息系统改造情况等），由经办机构按照所增加医保支付类别评估其匹配的医疗服务能力，经评估达标的在医保信息系统中开通相应的医保支付类别结算功能；评估不达标的需求告知其理由，提出整改意见，整改完成后可再次提出申请。增加医保支付类别应限时办结，自收到书面申请到开通结算功能 10 个工作日内完成。

第十条【条件发布】 经办机构应当建立医药机构定点申请受理机制，并通过州政府门户网站州医疗保障局专栏、医疗保障局微信公众号等媒体发布申请条件、所需材料、受理时间、受理部门、受理时限等内容。

第十一条【受理周期】 医药机构提出定点申请，经办机构应当即时受理。自受理申请材料之日起，限时办结。

第十二条【材料受理】 经办机构受理医药机构定点申请材料时，对材料齐全的办理签收；对资料不全的，应当场或自收到材料之日起 5 个工作日内一次性告知医药机构补充，医药机构应于收到受理结果告知书后 5 个工作日内提交需补充的材料，逾期不提交的，视为放弃本次申请。经办机构要积极探索线上受理定点申请。

第十三条【不予受理】 不予受理情形的核查评估形式以卫健、市场监管、公安等政府部门信息联查为主，结合实行证明事项告知承诺制开展，其中对告知承诺内容应通过线上核查、线下

核查和公示接受监督等方式进行核查。

（一）医疗机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

1.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；

2.基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策的；

3.未依法履行行政处罚、法律责任的；

4.以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年的；

5.因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；

6.因严重违反医保协议约定而被解除协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的；

7.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，未满5年的；

8.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；

9.法律法规规定的其他不予受理的情形。

（二）零售药店有下列情形之一的，不予受理定点申请：

1.未依法履行行政处罚、法律责任的；

2.以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年的；

3.因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；

4.因严重违反医保协议约定而被解除医保协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的；

5.法定代表人、企业负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点零售药店被解除医保协议，未满5年的；

6.法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

7.法律法规规定的其他不予受理的情形。

第十四条【材料审核】 经办机构受理医药机构定点申请材料后，应当及时对申请材料的真实性、完整性开展初审，对申请增加支付类别的医药机构开展违规性审核，对同城互认或州市互认的定点医药机构开展函询审核，函询内容主要是违规情况、履约情况等。

第三章 组织评估

第十五条【评估组织】 评估工作由各级医疗保障定点管理领导小组组织开展。自受理申请之日起，评估时间不超过15个工作日，补充材料时间不计入评估期限。

第十六条【评估流程】 评估流程包括现场核查、专业评估、结果公示等环节。

第十七条【现场核查】 现场核查由评估小组抽取成员承担，人员不少于3人，参加现场核查的人员应当保守申报医药机构的商业秘密，并为提供有关情况的工作人员保密。

（一）需要现场核查的情形有：

- 1.医疗机构首次申报定点的；
- 2.零售药店首次申请定点的；
- 3.申请医保支付类别与其医药服务能力匹配情况存疑的；
- 4.协议期内有违反协议情形的；
- 5.其他需要开展现场核查的。

（二）现场核查主要看：

- 1.医药机构运营情况；
- 2.人员配备、执业资质和服务项目情况；
- 3.信息系统技术、接口标准和设备配置情况；
- 4.核心管理制度搭建情况；
- 5.其他需要核查的内容。

第十八条【专业评估】 专业评估由评估小组中抽取人员承担。

（一）评估程序

1.组织专业评估人员学习医药机构定点管理有关政策、纪律要求；

2.承办部门汇报医药机构申报定点的基本情况、材料审核情况、违规审查情况、现场核查情况和需要重点说明的情况等；

3.专业评估人员围绕申报对象具备条件和评估内容逐一发

表意见，必要时可通过无记名投票或举手方式表决，如实记录评估结果，形成会议纪要。

（二）评估内容

1.核查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；

2.核查医师、护士、药学及医技等专业技术人员执业信息和医师第一注册地信息；

3.核查与服务功能相适应的诊断、治疗、手术、住院、药品贮存及发放、检查检验放射等基础设施和仪器设备；

4.核查与医保政策对应的内部管理制度和财务制度，卫生健康部门医疗机构评审的结果；

5.核查与医保有关的医疗机构信息系统是否具备开展直接联网结算的条件；

6.核查医疗机构是否存在不予受理情形；

7.核查医疗机构的信用报告；

8.其他需要评估的相关内容。

（三）评估结果运用

评估结果分为合格、不合格。经办机构应将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估合格的，应将其纳入拟签订协议医药机构名单。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个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，自结果告知送达之日起1年内不得再次申请。

第十九条【结果公示】 经评估合格的，经办机构在3个工作日内将会议审议通过的医药机构名单在州政府门户网站州医疗保障局专栏、医疗保障部门微信公众号等媒体进行公示。公示期为7个工作日，公示期间接到相关举报投诉的，经办机构应当认真调查核实，稳妥处理。对审议未通过的应告知其理由，提出整改建议，整改合格的，及时受理。

第四章 协议签订

第二十条【协商谈判】 公示期结束后10个工作日，经办机构应通过座谈会、见面会等形式，提供与定点医药机构协商谈判的途径机会，双方本着平等公开原则，充分表达服务诉求，为修改医保协议提供参考，提高医保协议的实用性、操作性和约束力。协商谈判的主要内容应包含以下几方面：

- 1.对现行医疗保障服务协议条款的沟通与认同；
- 2.对现行信息系统和财务制度与服务协议的匹配要求；
- 3.对新增定点医药机构预算、清算、考核的管理要求；
- 4.对现行医保制度中经办服务、结算管理、日常监督审核、稽核等方面进行沟通交流；
- 5.双方协商遵守医疗保障诚信相关规定等内容；
- 6.医药机构专（兼）职医保管理人员应当全面学习掌握医保法律法规、相关政策知识；

7.其他需要协商谈判的事项。

第二十一条【协议学习】 协议协商谈判通过协议条款后，经办机构应组织拟纳入定点医药机构负责人和有关人员学习理解协议内容，强化法规意识和履约意识。

第二十二条【协议签订】 在组织学习协议后，经办机构应及时与定点医药机构签订医保协议。医保协议应当由双方法定代表人或法定代表人授权委托人签订，协议签订工作应全程公开透明。未在规定时限内签订医保协议的医药机构，视为自动放弃本次定点申请。

第二十三条【协议备案】 经办机构应在签订工作完成后 5 个工作日内向同级医疗保障行政部门备案签订情况。

第五章 协议履行

第二十四条【系统开通】 协议签订完成后，经办机构应在 10 个工作日内完成医保信息系统开通并可以正常联网结算。

第二十五条【跟踪反馈】 经办机构要跟踪督导医保信息系统开通、运行、医药机构履行医保服务管理情况，积极推动解决问题。医药机构要积极向经办机构反馈医保信息系统开通运行情况及存在的困难问题，积极推进定点工作健康运行。

第二十六条【宣传培训】 经办机构应定期、不定期加强对定点医药机构医保法规、管理制度、支付政策、操作流程和服务

规范的宣传培训，定点医药机构应强化全员培训，不断提升医保法规和医保服务意识能力。

第二十七条【强化履约】 经办机构与定点医药机构应按照医保政策法规和医保协议，认真履行职能职责。经办机构应当加强医疗保障基金支出管理，通过智能审核、实时监控、现场检查、抽查、大数据分析等方式及时审核医保医疗费用和药品费用。对定点医药机构进行定期和不定期稽查审核。强化绩效考核和结果运用。按协议约定及时足额向定点医药机构拨付医保费用，原则上，应当在定点医药机构申报后 30 个工作日内拨付符合规定的医保费用。定点医药机构可采取书面、电话、邮件等形式对经办机构履行协议情况开展评价建议，双方都应认真听取、抓好改进、及时反馈，共同提升履约质量。对违反医保政策法规和医保协议的，按照有关规定执行。

第六章 违约处理

第二十八条【处理原则】 定点医药机构违约处理依据经办机构与医药机构签订的医保协议，坚持依法依规、平等公正、实事求是、适用得当的原则。

第二十九条【处理种类】 定点医药机构违约处理方式主要包括约谈定点医药机构法定代表人、主要负责人或实际控制人，责令限期整改；暂停或不予拨付费用；不予支付或追回已支付的

医保费用；要求定点医药机构按照医保协议支付违约金；中止相关责任人员或所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务；中止或解除服务协议。

第三十条【稽核程序】 经办机构对定点医药机构开展稽核，按照下达稽核通知书、开展实地稽核、送达稽核结果告知书、被稽核单位反馈意见、经办机构复核反馈意见、送达稽核处理意见书的程序组织实施。

第三十一条【结果效用】 根据稽核处理意见书，不涉及中止、解除协议和关闭医保支付系统等违约处理情形的，由经办机构根据医保协议处理。涉及中止、解除协议、关闭医保支付系统等违约处理情形的，要及时作出处置，确保基金安全。涉及行政部门行政处罚、移交司法机关等情形的，要按照法律程序组织实施。

第七章 协议动态管理

第三十二条【协议变更】 定点医药机构的名称、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、等级和类别等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起 30 个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请。其他一般信息变更应当及时书面告知，并及时在国家医保局医保业务信息编码动态维护平台进行维护。

按规定及时向经办机构申请变更，经办机构应当及时办理，

办理时限不超过 7 个工作日。未按规定向经办机构申请变更或经办机构办理不及时所产生的医保资金结算、拨付等问题，按照医保协议约定处理。

第三十三条【协议续签】 协议续签由经办机构组织。按照不留空档期原则，医保协议续签工作原则上 1 年组织 1 次，一般为每年 12 月开展，也可在医保协议期满前 1 个月组织。定点医药机构在医保协议到期前 30 日内，向属地经办机构提出续签协议申请并附信用报告，经办机构根据日常检查、专项检查、年度考核等情况，经发函征询相关部门意见后向社会公示，经公示无意义的，按规定续签协议和备案。

第三十四条【协议中止】 医保协议中止包括定点医药机构申请中止和经办机构按规定主动中止，公立医疗机构不得主动提出中止医保协议。经办机构收到定点医药机构中止申请或作出中止处理之日中止医保协议，暂停医保支付系统，中止基金结算。

（一）定点医药机构提出中止医保协议申请，经经办机构同意，可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过 180 日，定点医药机构在医保协议中止超过 180 日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。

（二）定点医药机构有下列情形之一的，经办机构应中止医保协议：

1.根据日常检查和绩效考核，发现对医疗保障基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的；

2.未按规定向经办机构及医疗保障行政部门提供有关数据或提供数据不真实的;

3.根据医保协议约定应当中止医保协议的;

4.法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

第三十五条【协议解除】 医保协议解除包括定点医药机构申请解除和经办机构按规定主动解除,公立医疗机构不得主动提出解除医保协议。经办机构收到定点医药机构解除申请或作出解除处理之日解除医保协议,关停医保支付系统。医保协议解除情况及时向医疗保障行政部门备案。

(一)定点医疗机构有以下情形之一的,经办机构应解除医保协议,并向社会公布解除医保协议的医疗机构名单:

1.医保协议有效期内累计2次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位的;

2.以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的;

3.经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的;

4.为非定点医疗机构或处于中止医保协议期间的医疗机构提供医保费用结算的;

5.拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核、监督检查等,情节恶劣的;

6.被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的;

7.定点医疗机构停业或歇业后未按规定向经办机构报告的;

8.医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中,发现定

点医疗机构存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的；

9.被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的；

10.法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的；

11.未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

12.定点医疗机构主动提出解除医保协议且经办机构同意的；

13.根据医保协议约定应当解除医保协议的；

14.法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

（二）定点零售药店有下列情形之一的，经办机构应解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的零售药店名单：

1.医保协议有效期内累计2次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位的；

2.发生重大药品质量安全事件的；

3.以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

4.以伪造、变造医保药品“进、销、存”票据和账目、伪造处方或参保人员费用清单等方式，骗取医疗保障基金的；

5.将非医保药品或其他商品串换成医保药品，倒卖医保药品或套取医疗保障基金的；

6.为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算的；

7.将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的；

8.拒绝、阻挠或不配合经办机构开展智能审核、绩效考核等，情节恶劣的；

9.被发现重大信息发生变更但未办理变更的；

10.医疗保障行政部门或有关执法机构在行政执法中，发现定点零售药店存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的；

11.被吊销、注销药品经营许可证或营业执照的；

12.未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

13.法定代表人、企业负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的；

14.因定点零售药店连锁经营企业总部法定代表人、企业负责人或实际控制人违法违规导致连锁零售药店其中一家分支零售药店被解除医保协议的，相同法定代表人、企业负责人或实际控制人的其他分支零售药店同时解除医保协议；

15.定点零售药店主动提出解除医保协议且经经办机构同意的；

16.根据医保协议约定应当解除协议的；

17.法律法规和规章规定的其他应当解除的情形。

第三十六条【系统关停】 对未续签的定点医药机构，经办机构应当于医保协议期满之日，按程序关停医保支付系统。

第八章 附 则

第三十七条【工作要求】 州、县（市）经办机构应当做好定点管理统计工作，建立新增定点医药机构、机构重要信息变更、机构履行协议检查、协议处理、绩效考核等工作台账，按要求及时上报统计报表。执行协议经办管理工作时，应严格遵守相关法律、法规及有关规定，恪守廉洁纪律，坚持公开公平公正，切实维护好医保基金安全，严格履行自身责任，主动接受有关部门及社会各界监督。

第三十八条【政策衔接】 经办机构与医药机构签订、履行、变更、中止或者解除服务协议，如遇国家、省相关政策调整，按国家、省有关规定执行。

第三十九条【解释生效】 本实施细则由楚雄州医疗保障局负责解释，自发布之日起施行。原楚雄州医保部门制定的有关定点医药机构管理规定与本实施细则不相符的，依照本实施细则执行。