云南省人力资源和社会保障厅 云南省卫生和计划生育委员会关于统一城乡居民基本

医疗保险定点医疗机构管理的通知

云人社发〔2016〕308号

各州（市）人力资源和社会保障局、卫生和计划生育委员会：

根据《云南省人民政府关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（云政发〔2016〕72号）、《云南省人力资源和社会保障厅关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的实施意见》（云人社发〔2016〕39号）和《 云南省卫生和计划生育委员会关于印发云南省新型农村合作医疗定点医疗机构管理办法（2015年修订版）（云卫基层发〔2016〕10号）》，现就统一城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）定点医疗机构管理的若干问题通知如下：

一、统一城乡居民医保定点医疗机构范围

（一）按照先纳入、后规范的原则，整合城镇居民医疗保险（以下简称城镇居民医保）和新型农村合作医疗（以下简称新农合）定点医疗机构范围，实行统一的城乡居民医保定点医疗机构，加强管理、控制不合理医疗费上涨，确保城乡居民医保基金安全。

（二）各地要将统筹区内原城镇居民医保或新农合定点医疗机构（在本通知下发之前已经定点或符合条件接受申请的医疗机构）统一纳入城乡居民医保定点医疗机构范围，违反协议管理规定以及欺诈骗取医保基金或新农合基金被取消定点的医疗机构不得纳入定点。

（三）定点医疗机构应当为参保人员提供合法、合规、合理、安全有效的医疗服务，鼓励将优质医疗服务延伸偏远地区，为城乡居民医保参保人员提供便捷医疗服务。

（四）医疗机构可向城乡居民医保管理经办机构申请定点，各统筹地按照统一程序办理并将相关信息及时报省级管理经办机构，同时主动向社会公开定点医疗机构情况。

二、统一定点协议管理

（一）强化定点协议管理。城乡居民医保定点医疗机构实行定点协议管理，简化办理程序；公立医疗机构、民营医疗机构相同准入条件、相同退出机制、相同监督管理、相同审核标准。管理经办机构应按照法律法规、国家和省有关城乡居民医保政策、医疗卫生政策规定与定点医疗机构签订协议。

（二）规范定点准入条件。定点医疗机构应是依法设立的各级各类医疗机构（包括公立医疗机构、非公立医疗机构及其他性质医疗机构），具备为参保人员提供基本医疗服务条件，自愿申请并承诺为城乡居民提供合法合理、安全有效的基本医疗服务，鼓励医养结合机构提供基本医疗服务。对存在医托、发布虚假医疗广告，内部管理混乱被卫生计生行政部门认定存在严重医疗安全隐患或出租、承包科室，以及造成其它不良社会影响的医疗机构不接受定点申报。

（三）建立定点退出机制。经查实存在违反协议管理、欺诈骗取医疗保险基金或其他违法违规行为的定点医疗机构，暂停或取消其定点。

（四）优化医疗资源配置。各统筹地区定点医疗机构数量要兼顾区域卫生规划，合理配置医疗资源。原则上，统筹地每千参保人占住院床位比低于规划指标的可适当扩大定点范围；高于规划指标的，通过建立退出机制均衡参保规模和定点医疗机构数量。省级管理经办机构根据各统筹地定点医疗机构数量（住院床位数）及各地统筹规模（参保人数），向社会公开各统筹地每千参保人占有定点医疗机构住院床位数。

三、明确定点监管责任

城乡居民医保定点医疗机构实行分级定点和分级管理，原则上，各县区经办机构负责本县区的县区级医疗机构、乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心和卫生服务站定点确定、退出和监管；各统筹地区经办机构负责本统筹区内州市级及其他医疗机构定点的确定、退出和监管，指导统筹区内定点管理工作；省级管理经办机构负责省级定点医疗机构的确定、退出和监管，负责省外异地就医定点医疗机构的确定及对全省定点医疗机构的指导和监管。

明确各级、各部门监管责任，医疗行为监管主要由卫生计生部门负责，医保基金监管主要由城乡居民医保经办机构负责。

四、强化就医管理

（一）参保城乡居民按有关政策规定在定点医疗机构范围内选择就医，符合规定的医疗费纳入医保支付；病情危急或其他特殊情况可以在非定点范围就医并及时向医保经办机构备案，医疗费按规定纳入医保支付。

（二）通过实施分级诊疗和双向转诊，构建合理就医秩序。卫生计生部门制定分级诊疗实施办法，实行基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动，参保人员应当遵守就医秩序、配合分级诊疗双向转诊，城乡居民医保经办机构从基金支付、预算确定等方面同步跟进、配合分级诊疗。

（三）加强就医管理，引导合理医疗。按照不同级别医疗机构提供合理医疗服务，统筹门诊和住院，引导合理医疗。鼓励需要长期治疗的慢性病、特殊疾病在门诊治疗，控制慢性病住院，鼓励符合条件的医疗机构开设日间病房，提供日间治疗和手术，支持开展家庭医生签约服务。

（四）加强药品耗材及诊疗项目管理。全省统一城乡居民医保药品、耗材及诊疗项目范围，各州市县级经办管理机构及定点医疗机构统一执行、不得调整，参保人员在规定范围内的医疗费用纳入医保支付。省级管理机构根据管理需要和基金风险适时调整药品、耗材及诊疗项目范围，国家医保目录调整随之调整。

突出保基本功能，医保基金支付重点保证主要治疗性用药、控制辅助用药、保证国产医用耗材、控制进口高值耗材、保证慢性病门诊治疗用药、控制慢性病住院用药，按照整治抗生素滥用、辅助用药、临床诊疗规范、用药指南和临床路径的规定提供医疗服务并加强管理。

五、完善费用审核及支付结算

（一）定点医疗机构通过信息系统为参保人员提供费用即时结报服务。参保人员在定点医疗机构就医，按政策规定支付应由个人承担的费用，其余部分由医保经办机构与定点医院结算，医保经办机构确保合规资金及时拨付。

（二）定点医疗机构要按照国家和省城乡居民医保相关政策、临床路径、临床诊疗技术规范、用药指南和辅助用药等规定切实控制医疗费用不合理上涨，医保经办机构要按照以上原则加强医疗费审核。

（三）管理经办机构通过完善医保支付方式经充分协商，合理确定医保支付标准，切实降低参保人员医疗负担。定点医疗机构无论是营利性或非营利性，医保支付统一按照物价部门公布的非营利性价格或医保支付标准执行。

六、本通知自2017年1月1日起执行。各地各部门要按照本通知要求抓好贯彻落实，加强定点医疗机构管理，确保参保人员按政策规定享受医疗待遇，有效控制医保基金风险。在执行过程中有什么问题，请及时向省人力资源社会保障厅和省卫生计生委报告。

云南省人力资源和社会保障厅 云南省卫生和计划生育委员会

2016年9月29日