

云南省医疗保障局文件

云医保〔2022〕6号

云南省医疗保障局关于印发《云南省医疗保障 定点管理经办规程（暂行）》的通知

各州、市医疗保障局，省医保中心：

《云南省医疗保障定点管理经办规程（暂行）》已经2022年第1次局党组会议审议通过，现印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。

（此件公开发布）



云南省医疗保障定点管理经办规程（暂行）

第一章 总则

第一条【政策依据】 为加强和规范全省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），结合我省实际，制定本规程。

第二条【目标原则】 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】 统筹地区（含统筹地区内）经办机构负责组织开展医药机构定点工作，与定点医药机构签订医疗保障服务协议（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【适用范围】 省、州（市）、县（市区）经办机构开展定点管理工作适用本规程。

第二章 定点申请

第六条【申请条件】 满足国家医疗保障局令第2号、第3号医疗保障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申请医保定点。

定点后需要增加医保支付类别的，申请材料可以简化，具体需要的材料由统筹地区根据实际予以明确。医保支付类别评估的标准条件由各统筹地区制定。

第七条【条件发布】 经办机构应建立医药机构定点申请受理机制，通过医疗保障官网或政府门户网站发布申请条件、所需材料、受理时间、受理部门、受理时限等内容。

第八条【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，包括组织评估和协议签订。

第九条【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。鼓励支持经办机构积极探索线上受理定点申请。

第十条【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，对同城互认或省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

第十一条【评估组织】 评估工作由统筹地区（含统筹地区内）经办机构组织开展。评估工作应组织评估小组或委托第三方机构，以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员由医疗保障、医药卫生、信息技术、法律和财务等专业人员构成，第三方机构应当具备相关资质条件。

第十二条【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。

第十三条【现场核查】 现场核查从评估小组中抽取人员承担。现场核查的情形有：

1. 医疗机构首次申报定点的；

2. 单体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。

现场核查主要查看：

1. 医药机构试运营情况；
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等。

第十四条【专业评估】 专业评估人员从评估小组中抽取人员承担成。

（一）评估程序

1. 组织学习医药机构定点有关政策规定和纪律要求；
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. 按照国家医疗保障局令第2号、第3号规定的申请定点

医药机构条件开展核查；

2. 核查医药机构资质、等级、能力和资源配置等情况与所申请的医保支付类别是否相符；

3. 核查是否属于评估不合格整改后仍不合格未超过 1 年的情形；

4. 核查法定代表人、主要负责人或实际控制人是否是替代曾因严重违法违规导致原定点医药机构被解除医保协议未满 5 年的法定代表人、主要负责人或实际控制人。

5. 其他需要评估的相关内容。

（三）评估结果

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，1 年内不得再次申请。

第十五条【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定通过的医药机构名单在医疗保障官网或政府门户网站进行公示。公示期为 7 个工作日，公示期间接到相关举报投诉的，经办机构需认真调查核实，稳妥处理。对未审议通过的，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

第十六条【协商谈判】 公示期结束后 10 个工作日内，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，双方本着平等公平原则，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。

第十七条【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。

第十八条【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。

第十九条【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支付系统开通。

第二十一条【跟踪反馈】 经办机构要跟踪督导系统开通、系统运行、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。

第二十二条【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。

第二十三条【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

第二十四条【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。

第二十五条【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；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。

第二十六条【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。

第二十七条【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，由经办机构和被稽核单位按照医保协议限期抓好整改落实。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。涉及需要提请医疗保障行政部门行政处罚、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

第二十八条【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，并在贯标动态平台维护。

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。

第二十九条【协议续签】 协议续签由经办机构组织。按照不留空挡期原则，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。对于绩效考核结果好或近 3 年内绩效考核结果连续合格的定点医药机构，可以采取固定协议和年度医保协议相结合的方式，简化续签手续。

第三十条【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。

第三十一条【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。

第三十二条【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

第三十三条【细则制定】 州（市）、县（市区）各经办机构可结合本地实际，制定实施细则。

第三十四条【解释生效】 本规程由云南省医疗保险基金管理中心负责解释，自 2022 年 3 月 1 日起施行。

