附件1

武汉市医疗机构医疗保障定点管理实施细则

（征求意见稿）

第一章　总则

　　第一条　为加强和规范本市医疗机构医疗保障定点管理，根《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)、《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)等法律法规，结合我市实际，制定本实施细则。

　　第二条　医疗机构医疗保障定点管理实行属地管理。市医疗保障行政部门负责制定医疗机构定点管理实施细则、协议范本等相关政策，对全市医疗保障经办机构(以下简称“经办机构”)、定点医疗机构进行监督。区医疗保障部门负责在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对区经办机构、定点医疗机构进行监督管理。

　　第三条　市经办机构负责制定医疗机构医疗保障定点管理经办规程，通过组织定点申请、专业评估、协商谈判等环节确定全市范围内定点医疗机构，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”)，提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。区经办机构受市经办机构委托，办理本辖区内医保定点医疗机构的咨询、宣传、信访、稽核等工作。

定点医疗机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医疗服务。

第四条 全市医疗保障定点医疗机构的申请、评估、协议签订、医保服务和监督管理等，适用本实施细则。

第二章　定点医疗机构的申请与确定

　　第五条　区医疗保障行政部门根据本辖区公众健康需求、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，经专家论证或征求人大、政协等多方意见后向市医疗保障行政部门提出本区定点医疗机构配置建议，由市医疗保障行政部门统一确定本市定点医疗机构的资源配置，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。具体配置标准由市医疗保障行政部门另行制定。

　　第六条　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均可向经办机构提出医保定点申请，按照规定提交申请材料。提出申请的医疗机构应当符合法律、法规、规章规定的基本条件。

　　第七条　市经办机构应向社会公布定点医疗机构申请指引，主要包括申请条件、所需材料、受理时间、受理地点、受理时限、办理流程等基本情况，应积极利用互联网开展医疗保障定点申请受理等工作。

医疗机构有多个执业地点的，各执业地点应当分别提出医保定点申请。医疗机构向所在区经办机构提出医保定点申请，所在区经办机构经市经办机构委托应即时受理。对申请材料内容不全的，区经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医疗机构补充。区经办机构应及时逐项审核受理的医疗机构医保定点申请资料，对不予受理情形采用人工核实、部门联查等形式予以查验，并出具审核人员及经办机构负责人签名的书面审核意见。书面审核意见与申请材料一并报市经办机构。

第八条　市经办机构应组织评估小组或委托具备相应资质的律师事务所、会计师事务所、咨询评估公司等第三方机构，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、财务管理、信息技术等专业人员构成。经办机构可按照相对集中的原则，组织评估小组对申请材料完整的医疗机构进行集中评估办理。委托第三方机构评估的，双方应当签订委托协议，确定委托事项，明确评估责任。自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。

市医疗保障行政部门根据省医疗保障局制定的评估细则和本市实际明确具体评估内容、评估方法、评估标准、评估形式。

第九条 评估结果分为合格和不合格。评估结果形成后市经办机构应及时将评估结果书面报市医疗保障行政部门。

对于评估合格的，市经办机构将其纳入拟签订医保服务协议的医疗机构名单，通过市医疗保障部门官方网站等渠道向社会公示5个工作日。市经办机构负责公示期间的举报核查，市医疗保障行政部门负责对市经办机构的举报核查工作进行监督。

对于评估不合格的，市医保经办机构书面通知并告知其不合格理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改3个月后医疗机构可再次提交定点申请，评估仍不合格的，自再次评估结果产生之日起1年内不得再次申请。

第十条 医药机构对定点申请的评估结果有异议的，可向市经办机构申请复核或请求市医疗保障行政部门协调处理。

第十一条　市经办机构与评估合格且公示期间未收到举报、或公示期间收到举报事项经核查不影响评估结果的医疗机构，进行集体或个别协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。

第十二条 市经办机构与医疗机构签订后生效的医保协议，双方应妥善保存。经办机构应将协议文本电子档案永久保存。医疗机构应将医保协议上传至医保定点医药机构管理信息系统。未按规定上传医保协议的医疗机构由市经办机构责令整改。医保协议应明确双方权利、义务和责任。签订医保协议的双方应当严格执行协议约定。协议期限一般为1年。

　　第十三条　市经办机构向社会公布签订医保协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

第三章　定点医疗机构运行管理

　　第十四条　定点医疗机构具有依法依规为参保人员提供医疗服务后获得医保结算费用，对经办机构履约情况进行监督，对完善医保政策提出意见建议等权利。

　　第十五条　定点医疗机构应当严格执行医保协议，合理诊疗、合理用药、合理收费，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，优先配备使用医保目录药品，控制患者自费比例，提高医疗保障基金使用效率。定点医疗机构不得为非定点医疗机构提供医保结算。

　　经办机构不予支付的费用、定点医疗机构按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，定点医疗机构不得作为医保欠费处理，或以医保欠费等名义宣传、报道。

　　第十六条　定点医疗机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

　　定点医疗机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意并签署自费协议书。

　　第十七条　定点医疗机构应当制定相应的内部管理措施，严格掌握出入院指征。按照协议执行医保总额预算和支付方式改革等相关工作要求。不得以医保支付政策为由拒收患者或降低医疗服务质量。

　　第十八条　定点医疗机构按有关规定执行集中采购及谈判药政策，优先使用集中采购中选的药品和耗材。各定点医疗机构要及时对本医疗机构用药目录、耗材目录进行调整和优化，及时配备、合理使用药品和耗材，不得以支付政策、医疗机构用药目录数量限制、医疗机构耗材目录数量限制、药占比、耗占比等为由影响新增药品和耗材特别是谈判成功和续约谈判成功药品和耗材的配备、使用，保障临床需求。医保支付的药品、耗材应当按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购，并真实记录“进、销、存”等情况。

　　第十九条　定点医疗机构应当严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策。

第二十条　定点医疗机构可依据自身服务能力、服务群体的变化情况，按照相关规定自愿申请开展门诊重症（慢性）疾病医保服务、纳入国家医保谈判药品“双通道”管理等，与市医保机构签订医保补充协议或增加补充条款。

开展门诊重症（慢性）疾病医保服务、纳入国家医保谈判药品“双通道”管理的定点医疗机构应按诊疗计划或药品处方配送药品或购药，应对销售的药品实现可追溯，应视情采取专区办理、送药上门等办法提高服务质量，配备销售的相关药品种类应满足参保患者基本需求。门慢及“双通道”药品定点零售药店管理规定由市医保部门另行制定。

第二十一条 定点医疗机构应当参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训。

　　定点医疗机构应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

　　第二十二条　定点医疗机构应在营业场所显著位置按规定标准悬挂统一样式的定点医疗机构标识。医保定点协议中止或解除后，医疗机构不得继续悬挂医保定点医疗机构标识，区医保经办机构应及时予以收回。

　　第二十三条　定点医疗机构应按要求及时向经办机构报送医疗保障基金结算清单等信息，包括疾病诊断及手术操作，药品、医用耗材、医疗服务项目费用结算明细，医师、护士等信息，并对其真实性负责。定点医疗机构应当按要求如实向经办机构报送药品、耗材的采购价格和数量。

　　定点医疗机构应向医疗保障部门报告医疗保障基金使用监督管理及协议管理所需信息，向社会公开医药费用、费用结构等信息。

　　第二十四条　定点医疗机构应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

　　第二十五条　定点医疗机构应当优化医保结算流程，为参保人员提供便捷的医疗服务，按规定进行医保费用直接结算，提供费用结算单据和相关资料。为符合规定的参保人员提供转诊转院服务。参保人员根据有关规定可以在定点医疗机构购药或凭处方到定点零售药店购药。

　　第二十六条　定点医疗机构应当做好与医保有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。定点医疗机构重新安装信息系统时，应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

第四章　经办管理服务

　　第二十七条　经办机构有权掌握定点医疗机构运行管理情况，从定点医疗机构获得医保费用稽查审核、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。定点医疗机构实行属地管理，各区经办机构对属地定点医疗机构为本地和异地参保人员提供的医疗服务承担管理服务职责。

　　第二十八条　经办机构应做好对定点医疗机构医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，提供医疗保障咨询、查询服务。

　　第二十九条　经办机构应当落实医保支付政策，加强医疗保障基金管理，提高基金风险防控能力。

　　第三十条　经办机构应当建立完善的内部控制制度及风险防控机制，明确对定点医疗机构申报费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位责任，完善重大医保费用支出集体决策制度。

　　第三十一条　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疗费用。对定点医疗机构进行定期和不定期稽查审核。按协议约定进行费用拨付时应预留一定比例的质量保证金，质量保证金在清算时根据考核结果退还。原则上应当在定点医疗机构申报后30个工作日内拨付符合规定的医保费用。

　　第三十二条　市经办机构可以按国家规定向定点医疗机构预付一部分医保资金，缓解其资金运行压力。在突发疫情等紧急情况时，可以按国家和省的规定预拨专项资金。

　　第三十三条　定点医疗机构违规申报费用，经审查核实的，经办机构不予支付。

　　第三十四条　经办机构应当依法依规支付参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用，为参保人员提供医保政策咨询。除急诊和抢救外，参保人员在非定点医疗机构就医发生的费用医疗保障基金不予支付。

　　第三十五条　市经办机构向社会公开医保信息系统数据集和接口标准。定点医疗机构自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商。经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

　　第三十六条　经办机构应遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私，确保医疗保障基金安全。

　　第三十七条　经办机构或其委托符合规定的第三方机构，对定点医疗机构开展绩效考核，建立动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。

　　市经办机构可依据国家医疗保障部门制定的绩效考核办法，结合实际情况，制定具体考核细则，并负责组织实施。

　　第三十八条　经办机构应按照总额预算办法根据协议按时足额拨付定点医疗机构结算周期内的合规医疗费用，对定点医疗机构因参保人员就医数量大幅增加等形成的合理超支给予适当补偿。

　　第三十九条　经办机构发现定点医疗机构存在违反协议约定情形的，应按协议约定相应采取以下处理方式：

　　(一)约谈医疗机构法定代表人、主要负责人或实际控制人；

　　(二)暂停或不予拨付费用；

　　(三)不予支付或追回已支付的医保费用；

　　(四)要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金；

　　(五)中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务；

　　(六)中止或解除医保协议。

　　第四十条　经办机构违反医保协议的，定点医疗机构有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

　　医疗保障行政部门发现经办机构存在违反医保协议的，可视情节相应采取以下处理方式：约谈主要负责人、限期整改、通报批评，对相关责任人员依法依规给予处分。

　　医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规和规章的，依法依规进行处理。

第五章　定点医疗机构的动态管理

第四十一条　定点医疗机构的名称、法定代表人、主要负责人、注册地址等重大信息发生变更的，应自有关部门批智慧准之日起30个工作日内向区经办机构提出变更申请。区经办机构应及时对定点医疗机构的变更内容进行资料审核确认,报市经办机构复核，复核合格的重新签订服务协议。涉及法定代表人、主要负责人、实际控制人信息变更的，区经办机构应核实是否存在本实施细则第七条所列不予受理情形。涉及注册地址变更的，市经办机构应中止医保协议并组织评估，根据审核、评估结果作出是否予以变更的决定。

定点医疗机构实际控制人、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别及其他一般信息变更应及时书面告知区经办机构，由区经办机构进行变更。银行账户变更应及时联系市经办机构财务部门办理变更。

　　第四十二条　协议续签应由定点医疗机构于医保协议期满前3个月向区经办机构提出申请或由区经办机构统一组织，并将相关信息报市经办机构。市经办机构与定点医疗机构就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据医保协议履行情况和绩效考核情况等决定是否续签。协商一致的，可续签医保协议；未达成一致的，医保协议到期后自动终止。

　　对于绩效考核结果好的定点医疗机构可以采取固定医保协议和年度医保协议相结合的方式，固定医保协议相对不变，年度医保协议每年根据具体情况调整，简化签约手续。

　　第四十三条　医保协议中止是指市经办机构与定点医疗机构暂停履行医保协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过医保协议有效期的，医保协议可继续履行；超过医保协议有效期的，医保协议终止。中止期间不履行续签医保协议手续，中止期结束后，可按规定续签医保协议。

　　定点医疗机构可提出中止医保协议申请，经市经办机构同意，可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过180日，定点医疗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。定点医疗机构有下列情形之一的，市经办机构应中止医保协议：

　　(一)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；

　　(二)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；

(三)医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中发现重大问题，需要中止协议的;

(四)根据医保协议约定应当中止医保协议的；

　　(五)法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

　　第四十四条　医保协议解除是指市经办机构与定点医疗机构之间的医保协议解除，协议关系不再存续，协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。定点医疗机构有以下情形之一的，市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：

(一)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；

(二)以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

　　(三)经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；

　　(四)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；

　　(五)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；

　　(六)被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的；

　　(七)定点医疗机构停业或歇业后未按规定向经办机构报告的；

　　(八)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；

　　(九)被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的；

　　(十)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；

　　(十一)未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

　　(十二)定点医疗机构主动提出解除医保协议且经办机构同意的；

　　(十三)根据医保协议约定应当解除医保协议的；

　　(十四)法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

第四十五条　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个月向区经办机构提出申请，由市经办机构与定点医疗机构中止、解除协议。公立医疗机构原则上不得主动提出中止或解除医保协议。

医疗机构与其他地市级及以上统筹地区经办机构中止或解除医保协议，该医疗机构在本市的医保协议也同时中止或解除。

　　第四十六条　定点医疗机构的部分人员或科室有违反协议管理要求的，经办机构可对该人员或科室中止或终止医保结算。

　　第四十七条　医疗机构与市经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行协商解决或者请求市医疗保障行政部门协调处理，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

第六章　定点医疗机构的监督

　　第四十八条　医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协议订立、协议履行和解除等进行监督，对经办机构的内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等进行指导和监督。

　　医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点医疗机构的协议履行情况、医疗保障基金使用情况、医疗服务行为、购买涉及医疗保障基金使用的第三方服务等进行监督。

　　第四十九条　医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点医疗机构进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

　　第五十条　经办机构发现违约行为，应当及时按照协议处理。

　　市经办机构作出中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务、中止和解除医保协议等处理时，应在作出处理之日起5个工作日内书面报告市医疗保障行政部门。

　　医疗保障行政部门发现定点医疗机构存在违约情形的，应当及时责令经办机构按照医保协议处理，经办机构应当及时按照医保协议处理。

医疗保障行政部门依法查处违法违规行为时，认为经办机构移交相关违法线索事实不清的，可组织补充调查或要求经办机构补充材料。

医疗保障行政部门对经办机构在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节进行监督的过程中，发现滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊等违规违纪行为的，应依法追究负责主管人员和直接责任人员责任，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第七章　附则

　　第五十一条　我市职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险等医疗保障定点管理工作按照本实施细则执行。

　　第五十二条　本实施细则中的经办机构是具有法定授权，实施医疗保障管理服务的职能机构，是医疗保障经办的主体。

　　定点医疗机构是指自愿与市经办机构签订医保协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

　　医保协议是指由经办机构与医疗机构经协商谈判而签订的，用于规范医疗服务行为以及明确双方权利、义务及责任等内容的协议。

　　第五十三条　市医疗保障行政部门可依据上级医疗保障行政部门制作修订的医保协议范本，结合实际细化制定本市协议范本。医保协议内容应与法律、法规、规章和医疗保障政策调整变化相一致，医疗保障行政部门调整医保协议内容时，应征求相关定点医疗机构意见。

　　市经办机构可依据国家医疗保障经办机构制定的经办规程，结合实际情况，制定本市经办规程。

　　第五十四条　本办法由市医疗保障行政部门负责解释，自2022年 月 日起施行，有效期 年。