附件：

黑龙江省医药机构医疗保障协议管理

经办规程（试行）

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为进一步规范医药机构医疗保障协议管理（以下简称“协议管理”）工作，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《社会保险经办条例》《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》《黑龙江省医疗保障基金监督管理条例》等法律法规规章和有关规定，制定本规程。

第二条 本规程所指的定点医药机构，是定点医疗机构和定点零售药店的统称。定点医疗机构是指自愿与医疗保障经办机构签订医疗保障服务协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。定点零售药店是指自愿与医疗保障经办机构签订医疗保障服务协议，为参保人员提供药械服务的实体零售药店。

本规程所称医疗保障经办机构（以下简称“医保经办机构”），是指医疗保障行政部门所属的经办基本医疗保险、生育保险等社会保险的机构，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。

第三条 定点医药机构医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”），是指由医保经办机构与医药机构经协商谈判而签订的，用于规范医药服务行为以及明确双方权利、义务及责任等内容的协议；是医保经办机构为了实现医保行政管理职能和公共服务目标，与相关医药机构订立的具有行政法上权利义务内容的行政协议。

第四条 医保经办机构负责确定定点医药机构，并与定点医药机构签订医保协议，提供经办服务，开展医保协议管理、医保绩效考核、业务宣传培训等。医保经办机构应当建立定点申请、专业评估、协商谈判、动态调整等相关管理制度，配备相应的管理人员，建立相应的岗位职责。

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，执行医保协议各项条款约定，向参保人员提供医保政策解读及医药服务。

第五条 医保经办机构在确定定点医药机构和协议管理过程中应当遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则。

第六条 医保经办机构应当严格执行本统筹区的定点医药机构资源配置规划，鼓励和引导各种所有制性质的医药机构公平参与竞争，择优选择。

第七条 医保经办机构及定点医药机构在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节，应接受医疗保障行政部门监督。

第八条 本规程适用于各统筹地区的协议管理工作。

第二章 定点申请

第九条 医保经办机构应严格按照统筹地区医疗保障行政部门确定的定点医药机构资源配置规划，拟定年度执行计划，并接受医疗保障行政部门监督。

第十条 符合本行政区域卫生健康、药品监督管理、市场监督管理等相关行政部门规定的执业条件，取得相关证照并承诺愿意承担医疗保障服务的医疗机构和零售药店，可按规定申请医保定点。

第十一条 各地可根据医疗保障定点管理办法、准入评估经办规程、协议条款等相关要求，明确申请医保定点需要提供的材料。

第十二条 医保经办机构应通过公开途径向社会公布申请条件、不予受理定点申请的情形、申请材料、受理方式、受理时间、受理地点、受理部门、办理时限等。

第十三条 医药机构按规定提出定点申请，医保经办机构应按照年度执行计划及时受理。对申请材料齐全且符合申请条件的，应在规定时间内告知受理结果。对申请材料内容不全的，医保经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医药机构补充材料；对不符合申请条件的，医保经办机构自收到材料之日起5个工作日内退回申请材料，并告知不予受理的理由。

第十四条 医保经办机构可通过资料审查、函询相关部门等形式对医药机构申报材料和信息的完整性、真实性进行核实。

1. 组织评估

第十五条 医保经办机构应成立专门的评估小组或委托第三方机构开展评估。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，有条件的统筹地区可建立评估小组人员库。现场评估不得少于2人，评估开始前应向评估对象做出廉政承诺，同时应保留核查材料、影像资料等工作印证。自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月，医药机构补充材料时间不计入评估期限。

第十六条 评估小组或委托的第三方机构需对申请材料开展审查，并通过现场考察和专业评估等方式开展评估，评估工作重点核查医药机构是否满足定点申请的条件，评估情况应由医药机构签章确认。评估内容可包括：医药机构类型、医药机构资质、专业技术人员资质及注册地信息、执业范围、场地设施、科室设置、人员配备、管理能力、特色服务、与服务功能相适应的基础设施和仪器设备、与医保政策对应的内部管理制度和财务制度、医保直接联网结算条件、所在区域原有定点医药机构布局情况等。

统筹地区医疗保障行政部门可以在此基础上，根据实际情况，制定具体评估细则，确定标准并量化。医保经办机构应按照统一标准及口径，公平、公正开展评估。

第十七条 医保经办机构应对评估结果建立集体决策机制，并将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。

第十八条 评估结果分为合格和不合格。

对于评估合格的，医保经办机构应向社会公示拟签订医保协议的医药机构名单。公示期间接到相关投诉举报的，医保经办机构需调查核实，情况属实且不符合定点条件的，不得签订医保协议。

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个月后可再次申请并组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。医药机构补充材料时间不计入评估期限。

1. 协议签订

第十九条 医保部门在依据全省协议范本制定本统筹区协议文本时，可进一步细化量化协议条款，但不得删减或降低协议范本条款标准。在发布定点医药机构服务协议文本前，需将协议文本（标注修改内容）报送省级行政部门审定通过后方可开展本统筹区的协议签订工作。

第二十条 医保经办机构应向拟签订协议的医疗机构、零售药店公布本统筹地区医保协议文本。协议文本应明确双方权利、义务和责任，协议内容应包括服务人群、服务范围、支付方式、支付范围、费用审核结算流程、价格管理要求、全国统一的医保信息平台建设要求、数据质量要求、协议履行核查、医保绩效考核、违约责任、协议时效、争议处理等内容。协议期限一般为1年。

第二十一条 医保经办机构与评估合格且公示通过的医药机构协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。双方可按照电子签章管理等有关规定，线上签订电子协议。医保协议应当由医保经办机构、定点医药机构双方的法定代表人或授权代表签订。医保经办机构应做好宣传、培训、解读及考试工作，确保定点医药机构的相关工作人员充分了解协议内容和具体要求。通过培训考试后，医保部门应及时与定点医药机构签订服务协议。因医药机构原因，未能在约定时限内签订医保协议的，视作自动放弃。调整医保协议内容的，应征求定点医药机构代表意见。

第二十二条 医保经办机构应向社会公布新签订医保协议的定点医药机构信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

第二十三条 医保协议生效后，定点医药机构应在显著位置悬挂统一样式的定点医药机构标识。

第二十四条 签订医保协议后，定点医药机构应及时在国家医保信息业务编码标准数据库按照要求填报本机构基础信息以及实施医保支付资格管理的相关人员信息，取得定点医药机构和相关资质人员的医保代码。自医保协议生效之日起，医保经办机构应为定点医药机构开通医保信息平台权限，开展医保基金结算业务等。

定点医药机构本机构和人员信息发生变化时，应要求其及时动态维护更新，并将退出本机构的人员信息进行归档处理。

有条件的地区，应为参保人员提供定点医药机构名称、地址、服务范围、协议状态、协议处理、定点医药机构相关人员医保支付资格管理记分、医保协议有效期等信息的查询服务。

第二十五条 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（药品经营范围）、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个工作日内向医保经办机构提出变更申请。其他一般信息变更应及时书面告知。

医保经办机构审核通过的，应及时告知定点医药机构按规定在国家医保信息业务编码标准数据库同步变更信息。

定点医药机构变更注册地址的（实际营业地址不变的除外），应提前5个工作日告知医保经办机构，医保经办机构暂停医疗保障基金结算。完成变更后，定点医药机构应在规定时限内向医保经办机构提出现场评估申请，经评估符合定点条件的，恢复医疗保障基金结算；不符合定点条件的，医保协议终止。以上重大信息变更的视情况进行现场评估。

第二十六条 定点医药机构股权变动、法定代表人变更、名称变更，但营业执照（事业单位法人证书、民办非企业单位登记证书等）、医疗机构执业许可证（药品经营许可证、医疗器械经营许可证等）未重新申请的，医保协议继续有效，由变更后的经营主体继续履约并承继违约责任。变更后的经营主体不能提供变更前与医疗保障基金结算有关的数据、资料的，医保经办机构可拒付或追回相关费用。

定点医药机构因股权变动、法定代表人变更等注销营业执照（事业单位法人证书、民办非企业单位登记证书等）、医疗机构执业许可证（药品经营许可证、医疗器械经营许可证等）后重新申请的，与医保经办机构签订的医保协议终止，经营主体须重新申请医保定点。

第二十七条 续签应由定点医药机构于医保协议期满前3个月向医保经办机构提出申请或由医保经办机构统一组织。医保经办机构与定点医药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医保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。

1. 协议履行

第二十八条 医保经办机构或其委托符合规定的第三方机构，对定点医药机构开展医保绩效考核，建立动态管理机制。

第二十九条 医保经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价等方式对定点医药机构进行协议管理，畅通投诉举报渠道，及时发现问题并进行处理。

第三十条 定点医药机构应当配合医保经办机构开展医保费用审核、协议履行核查、医保绩效考核等工作，并按规定保管、提供相关材料。

第三十一条 医保协议履行期间，国家法律、法规、规章及政策发生调整的，从其规定。针对调整部分，协议双方应当按照新规定对医保协议进行修订和补充，其效力与原协议等同。

第三十二条 定点医药机构违反医保协议的，医保经办机构可以督促其履行医保协议，按照规定进行处理。

1. 协议变更和解除

第三十三条 医保经办机构应结合本统筹地区定点医药机构资源配置规划、医保绩效考核、定点医药机构履约情况等，建立定点医药机构退出机制。

第三十四条 医保协议中止是指医保经办机构与定点医药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，中止协议期满后医保经办机构对其进行验收，验收合格的，医保协议继续履行；验收不合格的，解除医保协议。超过协议有效期的，中止协议期满后医保经办机构对其进行验收，验收合格的，可按规定续签医保协议；验收不合格的，解除医保协议。

定点医药机构可主动提出中止医保协议申请，经医保经办机构同意，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。

定点医药机构因违法违规违约等情形被中止医保协议的，原则上中止协议时间不超过1年。

第三十五条 医保协议解除是指医保经办机构与定点医药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。

医药机构主动提出解除协议的，医保经办机构视既往协议履行情况、提出解除协议的原因，或有违法违规违约嫌疑、线索的，可对该机构1至2年内医保基金结算费用开展复核。其中定点医药机构因涉嫌违法违规违约处于核查期间，主动提出解除医保协议的，医保经办机构先行中止医保协议，待事实核查清楚后，按规定受理解除医保协议申请，符合不予支付或追回已支付的医保费用、支付违约金、扣除质量保证金等相关情形的，做好资金清算后解除医保协议。

第三十六条 定点医药机构主动提出中止、解除医保协议或不再续签医保协议的，原则上应提前3个月向医保经办机构提出申请。

第三十七条 医保经办机构对定点医药机构作出协议处理决定前，应当告知定点医药机构拟作出的处理决定及事实、依据，并告知其依法享有陈述权和申辩权。

定点医药机构对拟作出的协议处理决定有异议的，应当在医保经办机构告知7日内作出陈述和申辩，并提供申辩事实或证据。双方可通过组织专家评审等方式对相关情况进行复核，或提请同级医疗保障行政部门协调处理。定点医药机构提出的事实或证据成立的，医保经办机构应予以采纳；不予采纳的，应当说明理由。复核后认定符合协议处理情形的，按照协议约定作出协议处理。对协议处理结果仍有异议的，定点医药机构可依法提起行政复议或行政诉讼。

第三十八条 医保经办机构应通过公开途径发布定点医药机构中止、终止、解除医保协议的相关信息，与定点医药机构对在院、出院未结算、退费重结等参保人员共同做好善后工作，并在国家医保信息平台停止费用结算。定点医药机构终止、解除医保协议的，医保经办机构应及时在国家医保信息业务编码标准数据库进行归档处理。

定点医药机构在中止医保协议期间，或终止、解除医保协议后，应在其营业场所显著位置进行公告，并向参保人员解释说明，不得再悬挂定点医药机构标识。

第三十九条 对违反医保协议的定点医药机构相关责任人员，根据行为性质和负有责任程度等，按照医保支付资格管理要求进行记分，当记分达到一定分值，暂停或终止相关责任人员医保支付资格和费用结算。

第四十条 医保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、终止和解除医保协议等处理时，应及时报告同级医疗保障行政部门。

第四十一条 医药机构与医保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同级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。

1. 附则

第四十二条 本规程自发布之日起施行。

第四十三条 本规程由黑龙江省医疗保障局负责解释。