

# 武汉市医疗保障局文件

武医保规〔2019〕3号

---

## 关于印发《武汉市基本医疗生育保险定点医药机构协议管理办法（试行）》的通知

各区医疗保障局、各医疗保险经办机构：

为进一步加强基本医疗保险和生育保险定点医药机构协议管理工作，现将《武汉市基本医疗生育保险定点医药机构协议管理办法（试行）》印发给你们，请遵照执行。

武汉市医疗保障局  
2019年11月22日



# 武汉市基本医疗生育保险定点医药 机构协议管理办法（试行）

## 第一章 总则

**第一条** 为规范基本医疗保险和生育保险定点医药机构的协议管理，根据《中华人民共和国社会保险法》、国家医疗保障局《关于当前加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知》（医保办发〔2018〕21号）等相关法律法规，结合本市实际，制定本办法。

**第二条** 本办法所称的基本医疗保险和生育保险定点医药机构（以下简称“定点医药机构”），是定点医疗机构和定点零售药店的统称。定点医疗机构是指与医疗保险经办机构（以下简称“经办机构”）签订服务协议，为基本医疗保险和生育保险参保人提供医疗服务的医疗机构。定点零售药店是指与经办机构签订服务协议，为基本医疗保险参保人提供处方外配和非处方药等零售服务的药店。

本办法所称的定点医药机构服务协议是指经办机构与定点医药机构签订的，用于规范双方权利、义务及违约处理等办法的专门合约。

**第三条** 市医疗保障行政部门是本市定点医药机构协议管

理工作的行政主管部门，负责统筹、制定全市定点医药机构协议管理办法，指导、监督本市定点医药机构协议管理工作。

各区医疗保障行政部门按照属地管理原则，负责监督管理本辖区医保定点医药机构的医疗服务行为和医疗费用，依法查处辖区内医疗保障领域违法违规行为。

市经办机构负责全市定点医药机构协议管理组织实施和评审工作，承担中心城区和武汉东湖新技术开发区、武汉经济技术开发区、市东湖生态旅游风景区定点医药机构申请受理、审核、签约、监督管理等经办工作。

各新城區经办机构按照属地管理原则，做好辖区内定点医药机构申请受理、审核、签约、监督管理等经办工作。

**第四条** 定点医药机构协议管理应遵循以下原则：

（一）供需平衡。定点医药机构的新增、定点和签约服务，应与参保人员的就医购药需求相适应。

（二）竞争择优。鼓励各种所有制性质的医药机构在质量、价格、费用等方面公平竞争，对服务质量好、价格合理、管理规范医药机构应优先签订服务协议。

（三）动态管理。对定点医药机构执行政策、履行服务协议情况加强监督管理，建立能进能出、优胜劣汰机制。

## 第二章 申请受理

**第五条** 市医疗保障行政部门根据参保人员就医购药需求，充分考虑医保基金支付能力等因素，按年度制定新增定点医药机构的计划，明确新增医药机构的批次。

市经办机构根据新增医药机构计划，向社会发布新增定点医药机构的信息，明确申请条件、受理期间、所需材料等有关内容。

**第六条** 基本医疗保险定点医药机构应具备以下条件：

（一）符合国家、省、市有关行政管理部门规定的医药机构设置、执业标准，取得相应执业或经营许可证；

（二）遵守国家、省、市医疗保险、医疗服务、药品及物价管理等有关法律、法规、政策和行业标准；

（三）有稳定的执业或经营场所，配备相应的医药专业技术人员和必要的管理人员及设备，工作人员具备相应的从业资质；

（四）信息系统建设符合本市基本医疗保险医药服务、费用结算和监督管理的要求，能够与医疗保险管理信息系统对接；

（五）依法依规与所有从业人员签订劳动合同，并为其办理社会保险且按时足额缴纳社会保险费；

（六）有健全和完善的医药服务管理制度，建立了与基本医疗保险管理相适应的内部管理制度；

(七) 诚信经营，具备良好的商业道德，机构法人及法定代表人、主要负责人或实际控制人无严重失信行为；

(八) 符合国家和省、市有关规定的其他条件。

**第七条** 生育保险定点医疗机构应具备以下条件：

(一) 符合本办法第六条规定的条件；

(二) 具备为孕、产妇提供医疗服务的专业资质；

(三) 符合法律、法规规定的其他条件。

**第八条** 申请定点的医药机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

(一) 不符合本办法第六条或第七条规定的；

(二) 因虚构、篡改、瞒报申请资料被查实未满 3 年的；

(三) 因违法违规行为被解除服务协议未满 3 年的；

(四) 不符合医疗保险政策规定的其他情形。

**第九条** 医药机构在规定的受理期间内通过指定网站按要求向相应经办机构（中心城区和武汉东湖新技术开发区、武汉经济技术开发区、市东湖生态旅游风景区的医疗机构向市经办机构申请，新城区的医药机构向各新城区经办机构申请）提出申请。医药机构有多个执业地点的，各分支机构应当分别向相应经办机构提出申请。

**第十条** 各相应经办机构自接收医药机构网上申请资料之

日起的7个工作日内完成初审。符合条件的，予以受理；不符合条件的，不予受理并告知原因；资料不全的，在网上一次性告知需更正或补充的材料，相关医药机构接到网上告知后，应在5个工作日内通过网上或书面提交需更正、补充的材料。未按规定时限和要求提交相关材料，或申请材料不齐全、不符合规定形式以及规定时限内不能补正的，不予受理并告知原因。

### 第三章 评审签约

**第十一条** 初审通过后，各相应经办机构应组织两名以上工作人员对医药机构所申报的材料和信息进行现场考察核实，考察核实后的信息由医药机构负责人签署意见。

**第十二条** 各相应经办机构应在受理期间结束后的20个工作日内完成现场考察核实。现场考察核实属实的，将申请资料和核查信息整理汇总，提交市经办机构组织评审；现场考察核实不属实的，书面告知其原因。

**第十三条** 市经办机构成立由卫生健康、市场监管、人力资源与社会保障、医疗保障等相关部门工作人员以及医药专家、人大代表、政协委员等人员组成的评审委员会。每次评审，市经办机构应制定评审标准，并从评审委员会中随机抽选不少于7名（单数）成员组成评审工作组。

**第十四条** 评审工作组在收齐资料后的20个工作日内对医

药机构的资质情况、所在地定点医药机构布局、场地设施、执业范围、人员配置、管理能力、服务特色等内容公正客观地进行评审。评审工作组的评审结果仅供经办机构当次签订服务协议使用。

**第十五条** 市经办机构根据评审委员会的评审结果，统筹考虑医药服务资源配置、服务能力和特色、医保基金的支付能力和信息系统建设及参保人员就医意向等因素，在评审结束后的20个工作日内拟定新增定点医药机构名单。

**第十六条** 市经办机构在指定网站公示拟新增定点医药机构名单，公示时间为5个工作日。公示期间接到相关举报投诉的，由各相应经办机构根据举报内容进行核实，经核实不符合定点医药机构条件或其他相关政策规定的，不得进入谈判程序。

**第十七条** 各相应经办机构与拟新增定点医药机构本着平等自愿原则，按照有关法律、法规和政策规定，就医疗和生育保险服务协议的约定内容进行协商谈判，每期谈判期限不超过20个工作日。双方经协商谈判达成一致意见的，应在5个工作日内签订服务协议书；双方未能达成一致意见的，不予签订协议。服务协议有效期一般不超过两年。市经办机构将新增医药机构名单汇总报市医疗保障行政部门备案后，向社会公布。

#### 第四章 协议履行

**第十八条** 经办机构与定点医药机构签订协议，明确各方的权利和义务，双方应遵守协议条款。协议内容包括服务范围、服务内容、服务质量、医疗费用结算办法、医疗费用支付标准以及违约责任等。

**第十九条** 经办机构要加强医保基金预算管理，按照本市现行的付费方式及结算办法有关规定，向定点医药机构拨付应当由医保基金支付的医疗费用，并预留一定比例的履约保证金，履约保证金在清算时根据考核结果返还。

**第二十条** 经办机构应对定点医药机构的信息进行管理。定点医药机构的合并重组及名称、法定代表人、级别、地址等重要信息发生变更后，应在 30 日内向相应经办机构申报，经办机构对定点医药机构的变更内容进行资料审核确认，办理信息变更备案并重新签订服务协议。变更地址时，经办机构应先暂停医疗保险服务协议并组织现场考察，根据审核、考察结果决定是否重新签订服务协议。

在定点医药机构接受与医疗保险管理和基金使用有关的调查、处理期间，经办机构不接受其信息变更申请。

**第二十一条** 定点医药机构应严格执行医疗保险有关政策规定，严格履行协议，切实加强内部管理，坚持因病施治、合理检查、合理治疗、合理用药、依规收费，为参保人员提供必要、



合理的医疗服务。定点医药机构在协议履行期间应持续符合定点条件。

**第二十二条** 定点医药机构应积极配合医保支付方式改革，自愿接受医疗保障基金总额预算管理和支付标准，执行药品、医用耗材等采购和价格相关规定。

**第二十三条** 异地就医医疗服务实行就医地管理，定点医疗机构应保证异地就医参保人员接受与本地参保人员同等的医疗服务。

## 第五章 违约责任

**第二十四条** 服务协议双方应当严格履行协议，不得违反协议约定的内容，否则应当按照协议约定追究违约方责任，但因政策调整等不可抗力导致的违约除外。

**第二十五条** 定点医药机构有下列行为之一，但未造成医保基金损失的，经办机构可对医药机构进行约谈，并责令其限期整改：

（一）未按要求悬挂张贴相关医疗生育保险政策公示牌、宣传品，或对医疗生育保险政策及管理规定进行误导性、欺骗性宣传的；

（二）遗失或损毁服务协议书的；

（三）门诊、住院均次医疗费用增长过快的；

(四)其他违反基本医疗生育保险政策规定或服务协议,情节较轻的。

**第二十六条** 定点医药机构有下列行为之一的,经办机构可暂停拨付相关结算费用:

(一)存在本办法第二十五条第(一)、(二)、(三)款所列行为,未按要求进行整改的;

(二)名称、地址、法定代表人(企业负责人)经相关行政部门批准变更后30日内未向相应经办机构申请信息变更或停止营业30日以上未到相应经办机构备案的;

(三)其他违反基本医疗生育保险政策规定或服务协议的行为。

**第二十七条** 经查实,定点医药机构有下列行为之一的,经办机构应要求其限期整改,根据情节轻重作出拒付(追回)费用、按金额加倍扣减的处理,并在其总额预算中扣除相应额度:

(一)自行增设、延伸医疗保险管理信息系统服务网点或私自篡改、侵害医疗保险管理信息系统信息的;

(二)定点医疗机构不按入院标准收治住院、挂床治疗、过度诊疗,以及不按政策规定履行费用分担责任、增加医保基金和参保人员负担的;

(三)定点医药机构存在未核准参保人员真实身份、申报资

料和费用与实际不符、串换项目结算等问题，造成医保基金损失的；

（四）采取其他损害医保基金的方式，进行费用结算的。

**第二十八条** 经查实，定点医药机构有下列行为之一的，经办机构应可作出暂停协议 3 至 6 个月的处理：

（一）存在本办法第二十七条所列行为，情节严重或未按要求整改的；

（二）名称、地址、法定代表人（企业负责人）发生变更，经相关行政部门批准后超过 6 个月仍未向相应经办机构申请变更的；

（三）对医疗保障部门开展的监管工作存在拖延、回避，或存在缺乏合理理由不签字确认医疗保障部门检查结果等情况影响有关工作开展的。

（四）其他违反基本医疗生育保险政策规定或服务协议，情节较重的。

**第二十九条** 经查实，定点医药机构有下列行为之一的，经办机构一律解除协议：

（一）存在本办法第二十八条第（一）、（二）、（三）款所列行为，造成恶劣影响的；

（二）协议期内未经同意超过 6 个月未正常为参保人员提供

服务的；

（三）申请变更信息时虚构、伪造、篡改批准文书的；

（四）通过伪造医疗文书、财务票据或凭证等方式，虚构医疗服务“假住院、假就诊”骗取医保基金的；

（五）为其他机构提供医保基金结算、盗刷职工医保个人账户或居保门诊统筹基金、对职工医保个人账户基金进行套现交易、将医保目录范围之外的项目按照目录内项目申报医疗保险结算的；

（六）协议有效期内累计 3 次被暂停协议或暂停协议期间未按时限要求整改或整改不到位的；

（七）拒绝、阻挠医疗保障部门开展监督检查的；

（八）被吊销《医疗机构执业许可证》或《药品经营许可证》或《营业执照》的；

（九）出现机构撤销、关闭等情形的；

（十）存在其他造成严重后果、重大影响的违约行为的。

**第三十条** 被暂停协议的定点医药机构应按要求进行整改。暂停协议期满后一个月内，定点医药机构可提出恢复服务协议申请，连同整改情况报告一并提交原作出暂停协议处理的经办机构，经办机构应及时受理，并对定点医药机构的申请和整改情况进行审核，根据审核情况决定恢复协议或解除协议。定点医药机

构逾期未提出恢复服务协议申请的，视作医药机构解除协议。市经办机构及时将解除服务协议的医药机构名单汇总报市医疗保障行政部门备案后，向社会公布。

**第三十一条** 经办机构有下列行为的，定点医药机构可要求其纠正，或提请同级医疗保障行政部门督促其整改：

（一）未及时告知定点医药机构医保政策和管理制度、操作流程变化情况的；

（二）未按服务协议约定时限进行医疗费用结算拨付的；

（三）其他违反基本医疗保险法律、法规的行为。

## **第六章 监督管理**

**第三十二条** 经办机构应当加强对定点医药机构履行协议情况的监督管理，构建现场检查与非现场检查、自查与抽查、人工检查与智能监控、事先告知与突击检查相结合、相补充、多维度、全覆盖的检查模式。

**第三十三条** 经办机构对定点医疗机构应采取日常检查、专项检查 and 年终检查的方式开展检查。

日常检查：根据实际情况确定检查频率和检查程序。

专项检查：结合医保大数据分析、费用审核等发现的问题，经办机构应制定检查方案，开展专项行动，进行重点检查。

年终检查：结合年底清算，对通过相关信息系统筛查有异常

指标的医疗机构，经办机构可要求其提交相关材料进行审核，审核未通过的，开展实地核查。

**第三十四条** 经办机构对定点零售药店应采取日常检查、专项检查等方式加强监管。

**第三十五条** 经办机构对检查发现的问题应当按照以下方式处理：

（一）对查实违约的定点医药机构，严格按照协议约定追究违约责任；

（二）对查实具有骗取医保基金等违规行为的医师（药师），视情节严重程度给予停止 1-5 年医保医师（药师）资格，并将违规行为通报有关行政部门；

（三）涉嫌违反法律或行政法规的，提请行政部门依法依规进行行政处罚或由行政部门移送司法机关依法追究刑事责任。

**第三十六条** 市、区医疗保障行政部门根据国家、省、市的医疗保障相关法律法规和政策规定，对经办机构和定点医药机构执行医保政策法规情况、履行服务协议情况、各项监督管理制度的落实情况等进行监督检查。对于违法违规情形，应当提出整改意见。涉及其他行政部门职责的，移交相关部门处理。

## 第七章 附则

**第三十七条** 医药机构对定点申请的办理结果以及违约处

理有异议的，可向相应的经办机构提出申诉，经办机构应组织复核，并作出认定。对经办机构的复核认定结果不服的，可向同级医疗保障行政部门提出复查申请，同级医疗保障行政部门应予复查。

**第三十八条** 市、区医疗保障行政部门、经办机构及其工作人员应依法依规履行工作职责，在日常管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法依规处理。

**第三十九条** 市经办机构应当依照本办法的相关规定制定定点医药机构协议管理的规程和服务协议范本，报市医疗保障行政部门集体审议通过后公布实施。

**第四十条** 本办法由武汉市医疗保障行政部门负责解释。

**第四十一条** 本办法自 2019 年 12 月 22 日起施行。

