云南省医疗保障局关于印发云南省药品和医用耗材招标采购业务投诉处理暂行办法的通知

各州、市医疗保障局，省级医疗机构，省政府采购和出让中心，相关药品和医用耗材生产、经营企业：

为进一步规范我省药品和医用耗材招标采购业务投诉行为，保护当事人合法权益，建立权责对等、公平公正、简便高效的投诉处理工作机制，现将《云南省药品和医用耗材招标采购业务投

诉处理暂行办法》印发你们，请遵照执行。

云南省药品和医用耗材招标采购业务投诉处理暂行办法

第一章　总则

第一条　为进一步规范我省药品和医用耗材招标采购投诉行为，保护当事人合法权益，建立权责对等、公平公正、简便高效的投诉处理工作机制，参照《中华人民共和国招标投标法》及其实施条例、《中华人民共和国政府采购法》及其实施条例，制定本办法。

第二条　参与我省药品或医用耗材招标采购工作的管理机构、工作机构、药品或医用耗材生产企业、经营企业和医疗机构适用本办法。

第三条　本办法所称投诉人是指参与药品或医用耗材招标采购的投标人。

第四条　本办法所称质疑（申诉）是指投诉人认为招标采购文件、采购过程和中标结果使其合法权益受到损害，请求招标采购工作机构给予核实和处理的行为。

本办法所称投诉是指投诉人认为其参与我省药品或医用耗材招投标过程中招标采购工作机构对质疑（申诉）或评审的处理结果违反有关政策及文件，请求保护其合法权益的行为。

第五条　云南省政府采购和出让中心负责药品和医用耗材招标过程中发生质疑（申诉）的处理。

第六条　云南省医疗保障局负责接收和处理省药品和医用

耗材招标采购过程中产生的投诉。

第七条 云南省药品集中采购平台是由云南省政府设立的云南省公立医疗机构唯一的药品和医用耗材招标采购、交易、信息汇总平台。

第二章 投诉的提起和处理

第八条 认为云南省药品集中采购平台对质疑（申诉）或评审处理结果违反有关政策及文件，或者云南省药品集中采购平台未在规定时间内作出处理的，可向省医疗保障局进行投诉。

投诉应当在云南省药品集中采购平台相关处理结果公布5个工作日内向云南省医疗保障局提起。

第九条 投诉人应当在质疑（申诉）处理结果公告规定时限内提起投诉，登录云南省医疗保障局投诉系统，填报并打印《云南省药品和医用耗材招标采购业务投诉登记表》，加盖公章后，和其他相关材料一并提交云南省医疗保障局。投诉以纸质材料递交时间为准。投诉材料不得多头报送、交叉报送。

第十条 投诉人应当提交投诉书和必要的证明材料，投诉书应当包括下列内容：

（一）投诉人和被投诉人（企业）的姓名或者名称、通讯地址、邮编、联系人及联系电话；

（二）具体、明确的投诉事项和与投诉事项相关的投诉请求；

（三）事实依据和法律依据；

（四）云南省药品集中采购平台质疑（申诉）或评审处理结

果及相关证明材料；

（五）有效的法定代表人授权书（含厂址、法定代表人签章以及授权人和授权人身份证复印件等）。

第十一条 云南省医疗保障局投诉处理工作人员和机关纪委共同对投诉件进行接收登记，在接收投诉截止时间后10个工作日内对接收的投诉进行审查，受理和不予受理的情况均通过云南省医保障局网站和云南省药品集中采购平台进行公告。

第十二条 有下列情形之一的投诉，不予受理：

（一）投诉人不是药品和医用耗材招投标活动的投标者；

（二）没有提出评审违规事项，仅就专家评审结果申请重新评审的；

（三）投诉事项不具体，且未提供有效线索，难以查证的；

（四）投诉书未签署投诉人真实姓名和有效联系方式的；

（五）针对某专项采购项目的投诉，超过接收投诉公告期限的；

（六）已经作出处理决定，并且投诉人没有提出新的证据的；

（七）已进入行政复议或行政诉讼程序的；

（八）投诉人主动撤回投诉后，又以同一事实和理由重复提出投诉的；

（九）不属于医保部门药品和医用耗材监管职责范围的；

（十）其他不予受理的情况。

第十三条 涉及药品和医用耗材招标管理机构和工作机构相关工作人员违规违纪的，不在本办法受理范围，可直接向相关

主管部门或相应的纪检监察部门举报、投诉。

第十四条 云南省医疗保障局负责投诉处理的工作人员，有下列情形之一的，应当主动回避：

（一）近亲属是被投诉人、投诉人，或者是被投诉人、投诉人的主要负责人；

（二）与被投诉人、投诉人有其他利害关系，可能影响对投诉事项公正处理的。

第十五条 投诉处理由云南省医疗保障局机关纪委全程参与监督指导，重大事项要向省纪委省监委驻卫健委纪检组报告。

受理投诉后应在30个工作日内处理完毕，情况特别复杂的不超过60个工作日，投诉处理过程中需要检验监测、专家评审的，所需时间不计算在投诉处理期限内。

第十六条 投诉处理过程中，有下列情形之一的，应当驳回投诉：

（一）受理投诉后发现不符合受理条件的；

（二）投诉事项缺乏事实依据，投诉事项不成立的；

（三）投诉人捏造事实、提供虚假材料或以非法手段取得证明材料。

第十七条 在投诉处理过程中调取、查阅有关文件，调查、核实有关情况，应当由两名以上工作人员进行，并做笔录，交被调查人签字确认。

第十八条 在投诉处理过程中，应当听取被投诉人的陈述和申辩，必要时可通知投诉人和被投诉人进行质证，情况复杂的，

可组织专家论证。情况特别复杂、涉及面广的重大投诉事项，应会同有关的部门进行联合调查，共同研究后做出处理决定。

第十九条 做出投诉处理决定前，投诉人要求撤回投诉的，应当以书面形式提出，并视以下情况决定是否准予撤回：

（一）撤回投诉不损害国家利益、社会公共利益或者其他当事人合法权益的，准予撤回；

（二）已经查实有明显违法违规行为的，不予撤回，移交相关部门或直至做出处理决定。

撤回投诉的，投诉处理过程终止，投诉人不得以同一事实和理由再次提出投诉。

第二十条 投诉人提起的投诉事项，经查证属实的，应当认定投诉事项成立。经认定成立的投诉事项不影响招标结果的，继续开展招标活动。影响或者可能影响招标结果的，按照下列情况处理：

（一）涉及评标专家评审过程的投诉，有必要组织专家论证的，以专家论证结论为投诉处理结果；

（二）涉及招标程序的投诉，组织专家论证采购方案或有关政策文件，如招标程序违背相关法律法规、政策文件，应重新组织招标活动；

（三）经查实违反招标文件相关规定的招标行为，中标结果无效，采购合同已经签订但尚未履行的，撤销合同；

（四）采购合同已经履行，给他人造成损失的，相关当事人可依法提起诉讼。

第二十一条 在处理投诉事项期间，云南省医疗保障局可以视具体情况书面通知云南省药品集中采购平台暂停采购活动，暂停采购活动时间最长不得超过30日。

第二十二条 投诉处理结果不涉及国家秘密、商业秘密等不宜公开情形的，应在云南省医疗保障局网站和云南省药品集中采购平台对外公开，接受监督。公开内容包含：

（一）投诉人（企业）和被投诉人（企业）的名称；

（二）查明的事实和相关依据，具体处理决定和依据；

（三）相关当事人申请行政复议的权利、行政复议机关和行政复议申请期限，以及提起行政诉讼的权利和起诉期限；

（四）作出处理决定的日期。

第二十三条 在投诉处理中发现属于其他部门职权范围的，移交相关部门处理。

第二十四条 投诉处理结束后，应当建立投诉处理档案，并做好保存和管理工作，接受有关方面的监督检查。

第二十五条 投诉人有下列行为之一的，属于虚假、恶意投诉，由云南省医疗保障局纳入医保信用监管记录，对其涉及的药品和耗材采取暂停挂网、撤销挂网或1—3年内禁止参加云南省药品和医用耗材招标采购活动的处理。

（一）捏造事实；

（二）提供虚假材料；

（三）以非法手段取得证明材料。证据来源的合法性存在明显疑问，投诉人无法证明其取得方式合法的，视为以非法手段取

得证明材料。

第二十六条 投诉人在我省一年内三次以上投诉查无实据，由云南省医疗保障局纳入医保信用监管记录，按规定给予相应处理，并在云南省药品集中采购平台予以公告。

第三章 责任和义务

第二十七条 负责处理投诉的工作人员应当严格遵守保密规定，对于在投诉处理过程中所接触到的商业秘密应当予以保密，不得将相关事项透露给与投诉无关的其他单位和个人。

第二十八条 在投诉调查处理过程中，投诉人、被投诉人以及与投诉事项有关的当事人应当予以配合，如实提供有关资料及情况，不得拒绝、隐匿或者伪报。

第二十九条 负责处理投诉的工作人员在履行职责中违反本办法规定及存在其他滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊等违纪违法行为的，依照国家有关规定追究相应责任，涉嫌犯罪的，依法移送司法机关处理。

第四章 附则

第三十条 本办法由云南省医疗保障局负责解释。

第三十一条 本办法自印发之日起执行。

附件：1．云南省药品和医用耗材招标采购业务投诉登记表

2．投诉调查笔录

附件 1

云南省药品和医用耗材招标采购业务投诉登记表

招标采购项目名称：　　编号：

<table>
<tr><td rowspan="2">投诉人</td><td>企业名称</td><td></td><td>通讯地址</td><td></td></tr>
<tr><td>被授权人姓名</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>被投诉企业</td><td>企业名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>投诉事项及投诉请求</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>相关证明材料清单（材料另附）</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>接收人签字</td><td colspan="2"></td><td>接收时间</td><td></td></tr>
<tr><td>监督人签字</td><td colspan="2"></td><td>时间</td><td></td></tr>
</table>

投诉被授权人签字：_____

附件 2

投诉调查笔录

调查事由_____

调查时间____年_____月____日___时_____分至_____时_____分

调查地点_____

调查人_____记录人_____

在场人_____

被调查人_____性别____身份证号_____

工作单位 _____职务_____

被调查人联系电话_____

调查记录：

被调查人确认及签字_____

调查人签字_____

抄送：省纪委省监委驻省卫生健康委纪检监察组。

云南省医疗保障局办公室　　2020年6月11日印发