

中医保规字〔2019〕3号

# 中山市医疗保障局文件

中山医保发〔2019〕34号

## 关于印发中山市社会医疗保险定点医疗机构协议管理办法的通知

市社会保险基金管理局，各定点医疗机构：

根据《中山市人民政府办公室关于加快推进中山市医疗保障相关工作的通知》（中府办函〔2019〕133号）规定，制定《中山市社会医疗保险定点医疗机构协议管理办法》，现印发给你们，请遵照执行。执行中遇到问题，请径向我局医药服务管理科反映。



（联系人：刘锦荣，联系电话：88103026）

# 中山市社会医疗保险定点 医疗机构协议管理办法

**第一条** 为加强和规范我市社会医疗保险定点医疗机构协议管理，根据《中华人民共和国社会保险法》、《人力资源社会保障部关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的指导意见》（人社部发〔2015〕98号）、《人力资源社会保障部办公厅关于印发基本医疗保险定点医药机构协议管理经办规程的通知》（人社厅发〔2016〕139号）、《中山市基本医疗保险办法》（中府〔2010〕52号）等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 本办法所称的社会医疗保险定点医疗机构（以下简称“定点医疗机构”），是指经卫生健康行政部门批准取得《医疗机构执业许可证》，经市社会保险（医疗保障）经办机构确定并签订中山市社会医疗保险定点医疗机构服务协议（以下简称“服务协议”），为本市社会医疗保险参保人（以下简称“参保人”）提供医保服务的医疗机构。

提供门诊基本医疗保险服务的社区卫生站、门诊部等基层定点医疗机构由镇（区）社区卫生服务中心或镇（区）指定的卫生服务机构统一签订服务协议，并由市社会保险（医疗保障）经办机构报市医疗保障行政部门备案。镇（区）社区卫生服务中心或镇（区）指定的卫生服务机构对服务协议内的基层定点医疗机构实行一体化医保管理。

**第三条** 市医疗保障行政部门负责全市定点医疗机构协议管理办法及服务协议的制定、监督指导、行政执法等工作。

市社会保险（医疗保障）经办机构负责定点医疗机构的申请受理、条件核对及服务协议签订等工作，并根据本办法及服务协议对定点医疗机构开展日常监督管理、考核、费用结算等工作。

**第四条** 定点医疗机构应当具备以下条件：

（一）属于卫生健康行政部门批准设立的医疗机构或者经军队主管部门批准开展对外服务的军队医疗机构；

（二）全体职工依法参加社会保险；

（三）建立与社会医疗保险管理相适应的内部管理制度、信息管理设备和软件，配备必要的管理人员，能与市社会保险（医疗保障）经办机构实行计算机联网结算；

（四）医疗服务场所使用面积和人员配备符合卫生健康部门的规定要求。从受理申请材料之日起，医疗服务场所的使用权限或租赁合同的剩余有效期限须在 2 年（含 2 年）以上，时间计至受理当日；

（五）执行国家、省、市规定的医疗服务价格政策；

（六）对开展的诊疗服务，必须配备相应从业资质的医药技术人员；

（七）受理当日前 12 个月内未受到卫生健康、市场监管和医疗保障部门涉及医药质量、欺诈经营等与医保管理、基金使用有关的违法违规处罚，或未处于立案接受调查处理阶段；

(八) 国家和省医疗保障部门及其经办机构规定的其他条件。

**第五条** 医疗机构有下列情形之一的，市社会保险（医疗保障）经办机构不受理该医疗机构申请：

(一) 以提供虚假材料、贿赂工作人员等不正当手段申请定点医疗机构，自处理违规行为之日起未满1年的；

(二) 原定点医疗机构因违反医疗保险规定而被终止服务协议，自终止之日起未满3年的；

(三) 法律法规规定以及国家、省医疗保障部门及其经办机构确定的其他情形。

**第六条** 愿意承担社会医疗保险定点服务的医疗机构，可向市社会保险（医疗保障）经办机构提出申请，并同时提供以下材料：

(一)《中山市社会医疗保险定点医疗机构登记表》；

(二)《医疗机构执业许可证》正本、副本复印件；

(三)《事业单位法人证书》、《民办非企业单位法人登记证书》、《社会团体法人登记证书》、《基金会法人登记证书》或者《营业执照》正、副本复印件，军队医疗机构还应当提交军队对外有偿服务许可证复印件；

(四)职工在市外参保的，提供参保地参保证明；

(五)医疗机构内部管理制度、计算机设备清单及计算机系统开发商情况、主要医疗设备清单、自拟医保成员组名单；

(六)医疗服务场所产权或者租赁合同相关资料复

印件；

（七）机构全体医务人员花名册（须标注身份证号码、岗位、入职时间和参加社会保险情况等）及相关资质证书复印件，非第一执业点注册医师须提供与该机构签订的协议复印件；

（八）符合申请条件承诺书；

（九）政府开办的社区卫生服务中心申请定点医疗机构，应同时提供其管理的社区卫生服务站相关资料。

## 第七条 定点医疗机构确定程序：

（一）受理申请：每月首 5 个工作日为定点医疗机构申请受理时间。市社会保险（医疗保障）经办机构对申请材料进行核对，材料齐全的，予以受理，材料不齐或者不符合条件的，应当在 5 个工作日内告知医疗机构。医疗机构收到材料补正通知后，应当在 5 个工作日内补正，逾期不补正的视作放弃申请。

（二）条件核对：市社会保险（医疗保障）经办机构在受理后根据本办法第四条要求，对相关材料、行政处罚等情况进行核对，必要时进行现场核查。自受理医疗机构申请至条件核对完成期间不得超过 20 个工作日。

（三）考察评估：国家卫健委等部门确定的新型医疗机构，可由市医疗保障行政部门牵头，与市卫生健康行政部门会商，确定是否可将其纳入我市定点医疗机构。

（四）结果告知：符合条件的医疗机构，由市社会保险（医疗保障）经办机构在市医疗保障行政部门或市社会保险（医疗保障）经办机构官方网站向公众予以公

示，公示期为 5 天，公示期间未收到举报或收到举报但经核查不影响核对结果的，确定为符合定点医疗机构条件，并向社会公布。不符合条件的，由市社会保险（医疗保障）经办机构下达“整改后复查”通知书，整改期为 3 个月，整改期满后医疗机构需提交整改报告，逾期不提交的视为放弃申请。

（五）签订服务协议：市社会保险（医疗保障）经办机构与定点医疗机构签订服务协议，协助其开通医保服务业务；服务协议签订后，市社会保险（医疗保障）经办机构应将新增的定点医疗机构名单和签订的服务协议报市医疗保障行政部门备案，并向社会公告。定点医疗机构应按要求悬挂市社会保险（医疗保障）经办机构发放的中山市社会医疗保险定点医疗机构标牌。医疗机构自收到通知当日起 1 个月内不签订服务协议的，视作放弃定点医疗机构资格。

市社会保险（医疗保障）经办机构自受理之日起，至确定医疗机构是否符合定点医疗机构条件并向社会公布，期间不得超过 2 个月。因特殊原因未能按时办结的，经市医疗保障行政部门批准可延长 1 个月。

**第八条** 市医疗保障行政部门本着公平、公正、公开的原则，根据社会医疗保险政策、社会医疗保险基金运行情况和监督管理等制定或修订服务协议内容。具体协议内容包括医疗服务对象、范围以及基金（资金）使用范围和支付项目。本办法实施后新增的定点医疗机构被授予个人医疗帐户和住院统筹以外的支付项目应达到

一定标准，具体标准由市医疗保障行政部门另行制定。

**第九条** 定点医疗机构应当严格遵守以下规定，为参保人提供基本医疗服务。

（一）应制定本机构社会医疗保险管理制度，完善内部管理，规范和督促医务人员做好定点医疗服务工作，按照服务协议要求及相关规范为参保人提供医疗服务，明确医疗保险分管负责人，配备社会医疗保险专（兼）职管理人员，其中二级及二级以上医疗机构设置专门的医保管理部门，配备专职人员；

（二）应在显著位置悬挂“中山市社会医疗保险定点医疗机构”标牌，设置社会医疗保险政策宣传栏，公布市社会医疗保险咨询投诉电话，设置医保服务窗口，向参保人宣传和解释社会医疗保险有关政策；

（三）将本机构开展的诊疗项目、药品、医用材料、服务设施等价格在显著位置公布或提供查询途径，价格变化时应即时更新；

（四）严格执行社会医疗保险政策及管理办法，在参保人挂号、就诊、住院、结算医疗费用时，应认真核对社会保障卡或医保电子凭证，确保就医参保人身份与出示的社会保障卡相符合；

（五）定点医疗机构实行医保支付标准，医保支付按同级别非营利性医疗机构标准执行，实行每日住院费用和门诊医药费用清单制度；

（六）建立自费告知制度，使用自费的药品、医用材料、诊疗项目和超标准医疗服务设施、特需医疗服务

费时，应征得本人或家属同意并签字（急救除外）；

（七）使用符合卫生健康行政部门规定的病历、门诊处方、大型设备检查治疗申请单和符合财政税务部门规定的医疗收费专用票据；

（八）住院、出院、转院应符合卫生健康行政部门规定的标准及社会医疗保险有关规定，特殊检查阳性率达到规定的医院分级标准。

（九）参保人确因病情需要转往市外定点医疗机构诊治的，具有转诊资格的定点医疗机构应按有关规定为其办理转诊手续；参保人符合特定（特殊）病种认定标准的，具有认定资格的定点医疗机构应按有关规定为其办理认定手续。

（十）严格按照基本医疗保险药品目录、医用材料目录、诊疗项目和医疗服务设施范围为参保人服务，做到合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，不得无故拒绝、推诿或滞留就医的参保人。

（十一）新开展的诊疗项目按国家、省、市社会医疗保险诊疗项目和服务设施范围管理办法执行，新增诊疗项目未经申请批准的，其费用不能纳入医疗保险支付范围。

**第十条** 定点医疗机构应按照市社会保险（医疗保障）经办机构规定的时间和要求，及时调整医疗机构医保管理信息系统。

**第十一条** 定点医疗机构须为参保人联网结算医疗费用，因特殊情况经市社会保险（医疗保障）经办机构

同意，参保人未在定点医疗机构联网结算的，各定点医疗机构应按照市社会保险（医疗保障）经办机构的要求，提供每日住院费用明细清单、分段结算的住院费用明细清单及住院费用结算单等资料；参保人就医发生的医疗费用中，同时含有基本医疗保险基金支付和不予支付的情形时，定点医疗机构应协助做好医保费用核定工作。

参保人住院期间确因病情需要，需到其他市内定点医疗机构或市外医疗机构检查、检验或购药所发生的费用，应由住院所在的定点医疗机构垫付，出院结算时将垫付的费用纳入该次住院费用。

**第十二条** 定点医疗机构在每月 15 日前将上月参保人的月结信息报市社会保险（医疗保障）经办机构，经确定后，市社会保险（医疗保障）经办机构按医保统筹费用的 5%作为质量保证金。

**第十三条** 定点医疗机构与参保人、市社会保险（医疗保障）经办机构医疗费用结算按我市社会医疗保险费用结算办法有关规定执行。

医联体的结算方式由市医疗保障部门会同市卫生健康部门，报省医疗保障部门批准后另行制定。

**第十四条** 国家卫健委等部门确定的新型医疗机构如医学影像诊断中心、病理诊断中心、血液透析中心、医学检验实验室、安宁疗护中心、康复医疗中心、护理中心、消毒供应中心、健康体检中心等，其相应的申请和核查流程由市医疗保障行政部门根据基本医疗保险省级统筹的要求制定。

疗保障)经办机构进行现场核实,逾期不提交申请的,根据服务协议有关规定处理。

**第二十五条** 定点医疗机构需要停业(歇业)3个月以上的,应在停业(歇业)前1个月内向市社会保险(医疗保障)经办机构备案,停业(歇业)期间暂停服务协议。逾期不备案的,根据服务协议有关规定处理。定点医疗机构停业(歇业)超过12个月未恢复正常服务的,服务协议自动终止。

**第二十六条** 定点医疗机构应当组织医疗保险政策和业务培训,医疗保险管理负责人、经办人员等应当熟悉医疗保险政策。

定点医疗机构应当认真履行服务协议,健全各项管理制度,根据服务协议要求严格执行社会医疗保险有关规定。定点医疗机构及相关人员须配合市社会保险(医疗保障)经办机构的监督管理工作,并根据需要提供各类相关材料。

**第二十七条** 市社会保险(医疗保障)经办机构应当按照医疗保险政策、服务协议等有关规定对定点医疗机构进行监督检查。市社会保险(医疗保障)经办机构及其委托的政府购买服务组织可采取实地调查、书面调查、网上询问和约谈等方式,开展日常、专项监督工作,可通过参保人满意度调查、引入第三方评价、聘请社会监督员、畅通投诉举报途径等多种方式进行监督,也可联合卫生健康行政主管部门、公立医院管理机构、市场监督管理部门等进行监督检查。开展监督检查工作时,可采用笔录、录音、录像、照相、复制等方式留存与监督检查工作事项有关的

资料。定点医疗机构应当积极配合市社会保险(医疗保障)经办机构监督检查，并确保提供的资料和数据真实有效。

**第二十八条** 国家、省关于定点医疗机构的管理有另行规定的，从其规定。

**第二十九条** 本办法实施前已取得定点的医疗机构，其服务协议继续履行。

**第三十条** 对本办法条文有争议的，由市医疗保障行政部门负责解释。

**第三十一条** 本办法自 2020 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2024 年 12 月 31 日。《印发中山市社会医疗保险定点医疗机构管理试行办法的通知》(中人社发〔2016〕150 号) 同时废止。

公开方式：主动公开

