附件1

中山市社会医疗保险定点医疗机构

协议管理办法（征求意见二稿）

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。

属于我市定点医疗机构的社区卫生服务站列入其所属社区卫生服务中心或其管辖机构服务协议下属点，由其所属社区卫生服务中心或其他管辖机构进行医保管理。

　　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、条件核对确定及服务协议的拟定与签订等工作，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：

1. 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；

（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）受理前1年内未受到卫生健康、市场监管部门等违法违规处罚，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。

本条涉及与时间有关的条件，计至受理当日（含当日）。

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；

1. 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、副本原件和复印件；

　　（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、副本原件和复印件，军队医疗机构还应当提交军队对外有偿服务许可证原件和复印件；

（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原件；

（七）机构全体工作人员花名册（须标注身份证号码、岗位和参加社会保险情况等）及相关资质证书，注册医师须提供相关劳务合同或协议，以及在本医疗机构执业时间等情况；

（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。现场核查不符合条件的，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。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）社会公示：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。

（四）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定制并悬挂中山市社会医疗保险定点医疗机构标牌。医疗机构在公告后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负责人批准可延长1个月。

第八条 市社会保险（医疗保障）经办机构在修订服务协议内容时应当明确双方的权利义务，并征求定点医疗机构意见，本着公平、公正、公开的原则与定点医疗机构签订服务协议。具体协议内容由市社会保险（医疗保障）经办机构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需要拟定，由市医疗保障行政部门制定出台。

　　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，其中二级以上医疗机构设置医保科，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、市社会保险（医疗保障）经办机构咨询投诉电话，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、服务设施的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，确保就医参保人身份与出示的社会保障卡相符合；

　　（五）除另有文件规定外，医疗服务收费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）建立目录外医疗费用告知制度，使用自费药品、自费诊疗项目和超标准医疗服务设施时，应征得本人或家属同意并签字（急救除外）。

　　（七）使用符合《处方管理办法》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；严格按照基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围及支付标准等规定，为参保人提供医疗服务。

　　（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登记手续。

　　（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 我市定点医疗机构医疗保障支付项目包括个人帐户、住院统筹和其他统筹基金支付项目。其他统筹基金支付项目包括门诊特定（特殊）病种统筹支付、门诊基本医疗保险统筹支付、公务员补充医疗保险统筹支付等项目。

本办法实施后新申请的定点医疗机构授权个人帐户支付项目。提供住院医疗服务的定点医疗机构授权住院统筹支付项目。

门诊特定（特殊）病种统筹支付的授权需经市医疗保障行政部门及其经办机构核查。相关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。

第十五条 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。

第十六条 定点医疗机构等级系数、执行医保结算的医疗机构等级由市医疗保障行政部门确定。定点医疗机构向市医疗保障行政部门提交拟定所需要的相关材料，由市社会保险（医疗保障）经办机构协助提供相关数据或材料，由市医疗保障行政部门征求市财政、卫健等部门意见后决定。市医疗保障行政部门可根据定点医疗机构的服务协议履行情况、医疗保险违法违规情况等对其等级系数作动态调整。

第十七条　定点医疗机构应遵守服务协议有关约定，为参保人提供医保服务，如违反服务协议有关约定，视其情节轻重，市社会保险（医疗保障）经办机构依据协议给予约谈、限期整改、暂停拨付、拒付费用、暂停协议、终止协议等措施进行处理。涉嫌骗取医保基金支出的，由市医疗保障行政部门依法处理。对违反医疗保险法律法规的，在追究违约责任的同时，移交医疗保障行政部门处理；涉及其他行政部门职责的，移交相关部门；涉嫌犯罪的，依法移送司法机关处理。

第十八条　建立医保医师制度和定点医疗机构分级管理制度，相关实施办法由市医疗保障行政部门另行组织制定。

自医疗机构签订服务协议之日起，注册在该医疗机构的在册执业医师即成为在该医疗机构登记的医保医师，并纳入我市医保医师管理。定点医疗机构应当自签订协议后30日内将本机构内医保医师向市社会保险（医疗保障）经办机构进行备案，医保医师如有变化须15日内报市社会保险（医疗保障）经办机构备案。

第十九条 定点医疗机构发生下列情形之一的，视其情节轻重，市社会保险（医疗保障）经办机构可责令该机构或其违规医师、违规科室整改1-6个月，整改期间暂停社会保险医疗服务。

1. 使用假药、劣药的；
2. 未认真核实社会保障卡，造成被他人冒名就医的或社会医疗保险基金损失的；

（三）以欺诈、伪造证明材料、虚构医疗服务、虚记费用、串换药品或诊疗项目，或者采取其他手段骗取医疗保险基金支出的；

（四）违反价格政策及有关规定造成社会医疗保险基金损失的；

（五）将社会医疗保险基金支付范围外的医疗费用，或由参保人个人支付的医疗费用纳入统筹基金支付的；（六）将应当由医疗保险基金统筹支付的医疗费用转嫁给参保人个人支付的；

（七）整改期满，不符合整改要求或拒不整改的；

（八）不配合监督、管理或不及时按要求提供医疗服务相关资料的；

（九）将医保结算信息系统提供给其他医疗机构使用的；

（十）挂床住院、分解住院、诊断升级、病历内容与实际情况不相符或将不符合住院标准的参保人收住院治疗的；

（十一）未备案的或被取消医保医师资格的执业医师提供医保服务的。

第二十条　定点医疗机构发生下列情形之一的，市社会保险（医疗保障）经办机构可终止服务协议并报市医疗保障行政部门备案。

（一）《医疗机构执业许可证》、《营业执照》（或《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》）等证件注销、被吊销或者过期失效的；

（二）采取提供虚假材料、贿赂工作人员等不正当手段成为定点医疗机构被查实的，或办理信息变更备案手续时提供虚假信息、材料的；

（三）连续12个月内因违反社会医疗保险服务协议，定点医疗机构被暂停医保服务协议2次以上（含）的；

（四）其他严重违反社会医疗保险有关规定，套取、骗取社会医疗保险基金，或造成严重后果、重大影响的违规行为；

（五）法律、法规及省、市医疗保险政策规定的其他情形。

第二十一条 定点医疗机构协议服务期间提出解除服务协议的，应提前50天以书面形式通知市社会保险（医疗保障）经办机构；经双方协商一致，同意解除服务协议的，医疗机构做好参保人的善后工作。

第二十二条 服务协议执行期间若有新增约定事项，通过补充服务协议予以明确。服务协议有效期届满前60天内，由市社会保险（医疗保障）经办机构与定点医疗机构双方协商续签事宜。

　　第二十三条　市社会保险（医疗保障）经办机构根据服务协议有关内容，对定点医疗机构进行年度考核，并根据年度考核情况返还质量保证金。

　　第二十四条　定点医疗机构因违反服务协议规定被暂停社会保险医疗服务的，在暂停期满前10个工作日内向市社会保险（医疗保障）经办机构提交恢复社会保险医疗服务申请及整改报告。市社会保险（医疗保障）经办机构收到申请20个工作日内核查确认，自确认改正有效之日起10个工作日内恢复医疗保险服务，并将确认结果报市医疗保障行政部门，市医疗保障行政部门向社会公布，逾期不申请或验收不合格的，终止服务协议。

第二十五条　定点医疗机构变更医疗机构名称、地址、法定代表人、经营性质、所有制形式、类别、级别、诊疗科目等以及合并或者分立医疗机构，应在变更当日起30天内将有关情况以书面形式报市社会保险（医疗保障）经办机构备案，逾期不备案的，根据服务协议有关规定处理。市社会保险（医疗保障）经办机构可视情况进行现场核查。

第二十六条 定点医疗机构需要停业（歇业）3个月以上的，应在停业（歇业）后10个工作日内向市社会保险（医疗保障）经办机构备案，停业（歇业）期间暂停服务协议。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。

　　第二十七条 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。

　　第二十八条 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。

　　第二十九条 国家、省关于定点医疗机构的管理有另行规定的，从其规定。

第三十条　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。

第三十一条 对本办法条文有争议的，由市医疗保障行政部门负责解释。

　　第三十二条　本办法自2020年1月1日起施行。《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。