

中山市社会医疗保险 定点医疗机构管理试行办法

第一条 为规范我市社会医疗保险定点医疗机构管理，根据《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）及《中山市基本医疗保险办法》（中府〔2010〕52号），制定本办法。

第二条 本办法所称的定点医疗机构（以下简称“定点医疗机构”），是指经卫生行政部门批准取得《医疗机构执业许可证》，经市社会保险经办机构评审确定并签订医疗服务协议，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。

第三条 市社会保险行政部门负责制定定点医疗机构评定标准；市社会保险经办机构负责组织评审、确定定点医疗机构、签订服务协议。

第四条 定点医疗机构应当具备以下条件：

- （一）持有效的《医疗机构执业许可证》；
- （二）按照《中山市社会医疗保险定点医疗机构综合评定项目及量化评分标准表》评分达到85分（含85分）以上。

第五条 具备本办法第四条规定条件，并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评审申请书》；

（二）《医疗机构执业许可证》正本、副本复印件；

（三）《中山市医疗服务价格事项备案表》复印件；

（四）医疗机构设置批复文件；

（五）《中山市社会医疗保险定点医疗机构综合评定项目及量化评分标准表》自评的评分标准表及相关证明材料。

第六条 定点医疗机构评审程序：

（一）每月首 5 个工作日为定点医疗机构申请受理时间。市社会保险经办机构对医疗机构提交的申请材料进行审核，申请材料齐全的，予以受理；材料不齐全的，告知备齐所需资料后，在 5 个工作日内备齐材料的予以受理。

（二）市社会保险经办机构在受理后 40 个工作日内根据《中山市社会医疗保险定点医疗机构综合评定项目及量化评分标准表》要求，组织对申请的定点医疗机构进行评审并向有关部门核查相关情况。

（三）评分达到 85 分以上的医疗机构，在市社会保险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评分结果的，确定为符合定点医疗机构条件，并向社会公布；经评审不符合定点医疗机构条件的，由市社会保险经办机构送

达书面通知。

（四）市社会保险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。定点医疗机构应按要求定制中山市社会医疗保险定点医疗机构标牌。

第七条 医疗机构注册登记地址以外的分支机构，应单独申请定点。

第八条 医疗机构有下列情形之一的，市社会保险经办机构不受理其定点医疗机构申请：

（一）根据《中山市社会医疗保险定点医疗机构申请书》自评分未超过 85 分的；

（二）因违规违法被取消定点医疗机构资格不满 3 年的；

（三）法律法规规定的其他情形。

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）应制定本院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，按照社会医疗保险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职管理人员。

（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、社会医疗保险政策电子查询屏和社会医疗保险意见箱，向参保人

宣传和解释社会医疗保险有关政策。

（三）应在显著位置公布常用诊疗项目、药品的价格，价格变化时应及时更新。

（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，确保就医参保人员身份与出示的社会保障卡相符合。

（五）医疗服务收费和药品价格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，价格较高的药品和特殊检查治疗的自费项目，应征得参保人或家属同意并签字后方可收费（危急、抢救情况除外）。

（七）使用符合《处方管理办法》规定且有医疗保险标识及医疗保险号填写栏的病历、门诊处方、审批表格、大型设备检查治疗申请单和统一的医疗收费收据；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院诊治的，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。

（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本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 定点医疗机构应配置满足社会医疗保险管理需要的信息管理设备和软件，与市社会医疗保险信息管理系统相连接。定点医疗机构应按照市社会保险经办机构规定的时间和要求，及时调整医院医保管理信息系统。

第十一条 因特殊情况经市社会保险经办机构同意，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。

第十二条 定点医疗机构发生下列情形之一的，视其情节轻重，由市社会保险行政部门予以责令整改 1 至 3 个月，整改期间暂停社会保险医疗服务。

（一）未认真核实社会保障卡，造成社会医疗保险基

金损失的；

（二）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；

（三）违反价格政策及有关规定，造成社会医疗保险基金损失的；

（四）将不符合住院标准的参保人收住院治疗，或采用挂床住院、分解住院、病历内容与实际情况不相符等方式造成医保基金损失的；

（五）拒绝收治本医疗机构诊治能力范围内病人的。

第十三条 定点医疗机构发生下列情形之一的，除追回社会医疗保险基金损失外，由市社会保险行政部门责令其整改 3 至 6 个月或取消其定点，整改期间暂停社会保险医疗服务，并予以通报批评。

（一）严重违反社会医疗保险有关规定，套取社会医疗保险基金的；

（二）同一社保年度内因违反社会医疗保险服务协议被中止医保服务协议 2 次以上（含 2 次）的，或被中止医保服务时间累计超过 1 年以上（含 1 年）的；

（三）经责令整改拒不整改的；

（四）将医保结算信息系统提供给其他医疗机构使用的；

（五）使用伪劣药品的。

第十四条 定点医疗机构与参保人、定点医疗机构与

市社会保险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。

第十五条 定点医疗机构在每月 10 日前汇总上月结算凭证报市社会保险经办机构，经审核后，市社会保险经办机构按医保统筹费用的 5%作为质量保证金。

第十六条 建立定点医疗机构医保服务年终考核与质量保证金相挂钩的制度。市社会保险经办机构根据《中山市社会医疗保险定点医疗机构服务协议》有关内容，对定点医疗机构进行年终考核，并根据年终考核情况返还或扣减质量保证金。

第十七条 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，如需恢复，应当在暂停期满前 10 个工作日内向市社会保险经办机构提交恢复社会保险医疗服务申请书、违规改正情况报告以及改进措施报告。市社会保险经办机构收到申请 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。

第十八条 变更法定代表人、变更经营地址或经营地址与机构名称均变更的，需提前 30 个工作日书面通知市社会保险经办机构，并按本办法第五条向市社会保险经办机构提交资料，评审通过后方可重新签订医保服务协议。

第十九条 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；被取消定点的医疗机构，自取消定点

之日起，3年内不再进行定点医疗机构评审。

第二十条 本办法自发布之日起施行。《中山市社会保险定点医疗机构管理办法的通知》（中人社发〔2010〕47号）同时废止。