**广州市人力资源和社会保障局 广州市卫生局关于印发《广州市社会保险定点医疗机构管理办法》的通知**

**穗人社发〔2013〕70号**

**各区（县级市）人力资源和社会保障局、卫生局，各定点医疗机构，各有关单位：**

 **现将修订后的《广州市社会保险定点医疗机构管理办法》印发给你们，请遵照执行。执行过程中若发现问题，请及时向有关部门反映。**

**广州市人力资源和社会保障局**

 **广州市卫生局**

**2013年8 月13日**

**广州市社会保险定点医疗机构管理办法**

　　**第一条** 为加强和规范本市医疗保险、工伤保险和生育保险（以下统称“社会保险”）定点（协议）医疗机构（以下简称“定点医疗机构”）的管理，根据《中华人民共和国社会保险法》、《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）、《工伤保险条例》、国务院办公厅《关于保留部分非行政许可审批项目的通知》（国办发〔2004〕62号）、《城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》（劳社部发〔1999〕14号）、人力资源社会保障部《关于进一步加强生育保险工作的指导意见》（劳社厅发〔2004〕14号）以及《广州市城镇职工基本医疗保险试行办法》的有关规定，并结合本市实际，制定本办法。

　　**第二条** 市人力资源社会保障行政部门负责本市定点医疗机构的规划、确定资格条件和操作规则等工作，并对本办法执行情况进行监督检查及对定点医疗机构违规行为实施行政处罚。

　　市社会保险经办机构协助市人力资源社会保障行政部门开展本市定点医疗机构资格条件核准的相关工作；负责与定点医疗机构签订医疗服务协议；负责对定点医疗机构执行社会保险政策法规及履行医疗服务协议情况进行监督检查和考核，对其违规行为实施相应处理。

　　市卫生行政部门参与定点医疗机构的资格条件确定、核准和监督检查等工作。

　　**第三条** 本办法所称的定点医疗机构，是指具有卫生行政部门核发的医疗机构执业许可，经市社会保险经办机构核准资格条件和市人力资源社会保障行政部门确认，并与市社会保险经办机构签订了医疗服务协议，为社会保险参保人员提供医疗服务的医疗机构。

　　**第四条** 确定定点医疗机构的原则：

　　（一）合理布局，满足参保人的就医需求。

　　（二）兼顾专科与综合、中医与西医，提高医疗资源利用效率。

　　（三）坚持公平、公正、公开，建立公平竞争机制，合理控制医疗服务成本和医疗收费价格，提高医疗服务质量。

　　（四）对符合条件的镇卫生院、社区卫生服务机构、中医医疗机构、村卫生站及养老机构开设的医疗机构给予优先定点。

　　**第五条** 本市基本医疗保险统筹区域内，依法取得卫生行政部门颁发、并按有关规定通过校验的《医疗机构执业许可证》（以下简称“执业许可证”）的医疗机构，或经军队主管部门批准有资格开展对外有偿服务的部队驻穗医疗机构，可向市社会保险经办机构申请定点医疗机构资格。

　　医疗机构有多个执业地点的，应当由主体医疗机构提交资格申请书，并由主体医疗机构统一办理各执业地点的定点资格申报手续。

　　已实行镇、村卫生服务一体化管理的村卫生站，由负责管理的镇卫生院统一办理定点资格申报手续。

　　**第六条** 定点医疗机构应当具备以下资格条件：

　　（一）遵守国家、省和市有关医疗服务及物价管理的法律、法规和标准，有健全和完善的医疗服务管理制度。

　　（二）取得执业许可证并正式营业的时限：开展单纯门诊医疗服务的医疗机构六个月以上；开展门诊及住院医疗服务的镇卫生院、社区卫生服务机构六个月以上；其他医疗机构满一年以上。

　　开展单纯门诊医疗服务的社区卫生服务机构、中医医疗机构、养老机构开设的医疗机构，镇卫生院、村卫生站不受此项规定限制。

　　（三）诊疗科目、科室设置、人员配置、设备配备、技术水平、服务设施、备药数量及质量和管理水平等符合卫生行政部门有关法律法规的要求，满足社会保险参保人的医疗服务需求。

　　（四）信息系统等条件能满足社会保险参保人就医管理及费用结算需求。

　　（五）医疗服务场地符合以下条件：

　　1、综合门诊部的场地建筑面积不少于四百平方米，专科门诊部的建筑面积不少于二百平方米，村卫生站、社区卫生服务站、参保单位对内服务的医疗机构建筑面积不少于一百平方米；开展门诊及住院医疗服务的建筑面积不少于两千平方米，具有卫生行政部门核定的床位编制；其中，社区卫生医疗机构的场地使用面积应符合卫生行政管理部门有关社区卫生医疗机构面积设置的规定。

　　2、从递交申请资料之日起计算，医疗服务场所使用权或租赁合同的剩余有效期限两年以上。

　　（六）在册执业医师数量：开展单纯门诊医疗服务的医疗机构五名以上，社区卫生服务站及参保单位对内服务的医疗机构两名以上，村卫生站不受此项规定限制；开展门诊及住院医疗服务的综合医疗机构三十名以上，专科医疗机构及社区卫生服务机构十五名以上；镇卫生院每个诊疗科目有一名以上执业助理医师或执业医师。

　　（七）医疗机构及其职工已按本市社会保险的规定参加社会保险，并按时足额缴纳社会保险费。参保单位对内服务的医疗机构，所属单位参保人数达一千人以上。

　　（八）医疗机构负责人及相关人员熟悉本市基本医疗、工伤和生育保险的规定与基本操作，熟悉医疗卫生的政策、法规。

　　**第七条** 符合以下条件的医疗机构，可按本办法的有关规定提出工伤保险定点医疗机构申请：

　　（一）符合本办法第五条、第六条规定的定点医疗机构资格条件。

　　（二）卫生行政部门核发的《诊疗科目核定表》中有外科或精神病服务项目。

　　（三）具有完善的急诊抢救（含职业病）和外科手术条件。

　　（四）具有住院床位编制并已开展住院医疗服务。

　　（五）申请工伤保险职业病防治定点医疗机构，应有卫生行政部门核定具有开展职业病诊断资格。

　　（六）法律法规规定的其它条件。

　　**第八条** 符合以下条件的医疗机构，可按本办法的有关规定提出生育保险定点医疗机构申请：

　　（一）符合本办法第五条、第六条规定的定点医疗机构资格条件。

　　（二）取得卫生行政部门颁发的《母婴保健技术服务执业许可证》，并准予开展助产技术、终止妊娠手术、结扎手术项目。

　　（三）已开展产科诊疗服务满一年以上。

　　（四）经卫生行政部门考核，母婴保健技术服务年度校验合格。

　　（五）法律法规规定的其它条件。

　　**第九条** 申请定点医疗机构资格应当如实提供以下资料：

　　（一）广州市社会保险定点医疗机构资格申请书。

　　（二）填写《广州市社会保险定点医疗机构资格申请表》、《大型医疗仪器设备清单》和《执业医师登记表》。

　　（三）《医疗机构执业许可证》正、副本，中国人民解放军、中国人民武装警察部队所属医疗机构还应提供《中国人民解放军事业单位有偿服务许可证》和《中国人民解放军事业单位有偿收费许可证》；《诊疗科目核定表》；组织机构代码证副本；法定代表人或企业负责人公民身份证。有大型医用设备的医疗机构另需提供《大型医用设备配置许可证》，有开展放射诊疗的医疗机构另需提供《放射诊疗许可证》。

　　营利性医疗机构另需提供营业执照和税务登记证。

　　申请工伤保险职业病防治定点医疗机构，另需提供省卫生行政部门颁发的《职业病诊断机构批准证书》。

　　申请生育保险定点医疗机构，另需提供《母婴保健技术服务执业许可证》正、副本。

　　（四）开展住院医疗服务的医疗机构，还需提供核定床位数证明材料、医院等级评审文件及相关证明材料或卫生行政部门出具的确认“相当等级”证明材料。医疗机构有多个执业地点的，各执业地点应按医疗机构设置标准分别提供相应的等级证明材料。

　　未提供医院等级材料的，按一级医疗机构处理。

　　（五）上年度按《全国卫生资源与医疗服务调查制度》填报的《医疗卫生机构年报表》。

　　（六）医疗服务场所产权或租赁合同相关资料原件。

　　（七）按规定应参加社会保险的医疗机构，另需提供上一个月的《社会保险基金征收核定单》及社会保险费转账凭证。

　　（八）符合第五条规定的村卫生站只需提供广州市社会保险定点医疗机构资格申请书、《广州市社会保险定点医疗机构资格申请表》和《医疗机构执业许可证》正、副本、村卫生站医生的《医师执业证书》或《乡村医师执业证书》。

　　凡采取虚构、篡改等不正当手段报送申请资料的，取消当事医疗机构及其企业负责人开办的其他医疗机构当年申报资格；当事医疗机构之后三个社保年度内，不得申报本市医疗保险定点资格。

　　**第十条** 市人力资源社会保障行政部门根据参保人医疗服务需求的动态变化，确定受理定点医疗机构资格申报时间。核准及确认定点医疗机构资格条件按以下程序办理：

　　（一）发布通知：由市人力资源社会保障行政部门委托市社会保险经办机构在广州市人力资源社会保障部门的门户网站发布开展新增定点医疗机构资格申报及条件核准工作的通知。

　　社区卫生服务机构、中医医疗机构、养老机构开设的医疗机构、镇卫生院和村卫生站由区（县级市）卫生行政部门统一收集资料，报市社会保险经办机构分批次开展其定点医疗机构资格申报及条件核准工作。

　　（二）申报登记：符合申报条件的医疗机构可登录广州市人力资源社会保障部门的门户网站，向市社会保险经办机构申报登记，并按规定提供有关资料。信息有误或资料不全的应按市社会保险经办机构的要求予以更正或提供补充材料。

　　（三）资料受理及审查：市社会保险经办机构负责对医疗机构的申报资料进行审查。在受理申报期满后三个工作日内，在受理窗口向申报医疗机构集中发放书面受理通知；不予受理的书面告知理由。

　　（四）现场核查：在完成资料受理及审查后十五个工作日内，由市人力资源社会保障行政部门、市卫生行政部门以及市社会保险经办机构、人力资源社会保障信息管理部门联合对已受理申报的医疗机构进行现场核查。

　　（五）集体核准：在现场核查后五个工作日内，参与核查的成员单位根据本办法规定的资格条件，对医疗机构的申报资料和现场核查情况进行集体核准。

　　集体核准不合格的，由市社会保险经办机构书面通知申报的医疗机构。

　　（六）核准名单公示：由市社会保险经办机构在广州市人力资源社会保障部门的门户网站公示集体核准合格的医疗机构名单，公示期为七天。

　　市社会保险经办机构在公示期限截止后五个工作日内，收集、整理公示意见。必要时再次组织核准成员单位集体研究处理。

　　（七）确认资格：由市社会保险经办机构将公示无歧义的医疗机构名单报市人力资源社会保障行政部门确认资格，并在五个工作日内，印发确定新增定点医疗机构资格名单的通知。

　　（八）培训及考试：市社会保险经办机构和市人力资源社会保障信息管理部门在收到市人力资源社会保障行政部门印发的确定新增定点医疗机构资格名单的通知后，开展对定点医疗机构相关业务培训及考试。

　　（九）签订服务协议：医疗机构经培训考试合格并安装社会保险医疗管理信息系统后，由市社会保险经办机构与之签订服务协议、发放定点医疗机构标牌，并向社会公布。

　　在市人力资源社会保障行政部门发出确认资格通知后，培训考试不合格，或因医疗机构方问题，六十日内不能完成医疗保险信息系统安装的，即予取消本批次定点医疗机构资格。

　　**第十一条** 定点医疗机构医疗服务协议文本由市社会保险经办机构根据社会保险规定及要求拟定，报市人力资源社会保障行政部门审定后执行。

　　**第十二条** 定点医疗机构应当严格遵守以下规定，为社会保险参保人提供相应的医疗服务：

　　（一）执行社会保险政策及有关规定，履行医疗服务协议；执行卫生行政部门制定的规章、政策和医疗质量标准；执行价格主管部门规定的医疗服务价格和药品收费。

　　（二）建立与社会保险管理、医疗服务协议要求相适应的内部管理制度和社会保险管理组织，指定一名单位领导并配备专（兼）职管理人员，配合市人力资源社会保障行政部门及社会保险经办机构的管理和监督考核工作。

　　（三）建立医疗保险管理信息系统并承担相关费用，配合市社会保险经办机构和人力资源社会保障信息管理部门对参保人员就医及医疗费用结算实行计算机联网管理，并协助开展信息系统巡检工作，保障参保人数据记录的完整、准确。配合市社会保险经办机构开展异地就医联网结算和医保自助服务系统建设工作。

　　（四）主动向参保人如实提供财税部门专用票据、诊疗及药品费用明细清单和社会保险经办机构要求的其他材料，并提供有关查询服务。凡开展单纯门诊医疗服务的定点医疗机构，按一级医疗机构的收费标准对社会保险参保人收费。营利性医疗机构对社会保险参保人的医疗服务，按同等级同类型的非营利性医疗机构的医疗收费标准执行。财税部门专用票据要保留存根联或复印备查。

　　（五）按社会保险有关政策规定使用社会保险统筹基金或个人医疗帐户资金。

　　（六）按社会保险有关规定为参保病人提供外配处方，并加盖门诊专用章。

　　（七）核验参保人员的社会保险就医凭证，发现有涂改、伪造、冒用的，应拒绝使用并予记录，及时报告市社会保险经办机构处理。

　　（八）做好参保病人医疗费用的自审工作，如实填报有关结算报表，按市社会保险经办机构的要求提供审核医疗费用所需的全部诊疗材料及包括参保人自费费用在内的全部收费帐目明细清单。

　　（九）向社会保险参保人宣传社会保险相关政策规定，在医疗场所显要位置设立社会保险相关政策宣传栏；张贴有关操作规程宣传资料，并为参保人设置醒目的就医指引标识，畅通参保人咨询投诉渠道。

　　**第十三条** 市社会保险经办机构根据本办法对定点医疗机构进行年度综合考核，考核内容如下：

　　（一）社会保险医疗服务基础管理情况，占总分值18%；

　　（二）为参保人提供医疗服务情况，占总分值60%；

　　（三）信息系统建设及管理情况，占总分值12%；

　　（四）医疗费用控制情况，占总分值10%”。

　　**第十四条** 市社会保险经办机构按以下程序对定点医疗机构进行年度综合考核：

　　（一）发布通知：市社会保险经办机构发布有关开展定点医疗机构年度综合考核的通知。

　　（二）组织自评：定点医疗机构对照年度综合考核通知进行自评。

　　（三）现场考核：市社会保险经办机构组织对定点医疗机构进行现场考核。

　　（四）综合评审：在现场考核的基础上，市社会保险经办机构结合协议有效期内定点医疗机构履行医疗服务协议情况进行综合评审评分。

　　（五）结果反馈：市社会保险经办机构将年度综合考核结果向各定点医疗机构反馈。

　　**第十五条** 年度综合考核成绩低于总分值60%的为不合格，考核不合格的定点医疗机构，由市人力资源社会保障行政部门取消定点医疗机构资格，社会保险经办机构解除医疗服务协议，之后三个社保年度内不得申请本市社会保险定点医疗机构资格。年度综合考核结果同时应用于社会医疗保险基本医疗费用的年度清算、定点医疗机构分级管理等经办管理工作中。

　　**第十六条** 定点医疗机构应当按照医疗卫生管理和社会医疗保险相关规定为社会保险参保人员提供医疗服务，不得有以下行为：

　　（一）对参保人员检查、治疗、用药或选择医用材料不符合诊疗常规和技术操作规程。

　　（二）擅自提高收费标准、增加收费项目、分解收费项目多收费等违反物价政策收费。

　　（三）不按社会保险有关政策规定使用社会保险统筹基金或个人医疗帐户资金，包括使用社会保险统筹基金或个人医疗帐户资金支付社会保险目录范围以外的费用、将属于社会保险统筹基金支付的医疗费用转由参保人支付；或违规使用社会保险统筹基金支付非参保人员医疗费用。

　　（四）将出院医嘱中的诊疗项目及医疗服务设施费用纳入统筹记账，不按社会保险限定的剂量开药、出院带药或不按医嘱或处方为参保人员提供检查、治疗及配药。

　　（五）对市社会保险经办机构日常医疗费用审核或监督管理工作不配合，或出具虚假证明，影响市人力资源社会保障部门相关管理工作；或原定点医疗机构发生地址迁移、停业或被撤销、关闭后未按规定向市社会保险经办机构报告。

　　（六）无正当理由拒绝为本市社会保险参保人提供相应医疗服务，或拒绝为参保人提供外配处方服务；或不如实将参保人员的医疗费用明细全部录入医疗保险信息系统的，或不如实填报参保病人自费费用明细；或对社会保险政策、办法进行误导性、欺骗性广告宣传。

　　（七）串换诊疗项目或药品；或将医疗保险管理信息系统提供给其他机构（包括未取得定点医疗机构资格的分支机构）使用。

　　（八）不按有关要求及规定安排参保病人住院、出院、转院，或出现参保人住院期间不在院。

　　（九）以各种方式引导参保人外购药品、材料等医疗卫生物品在定点医疗机构使用；或组织或协助变卖使用社会医疗保险基金所得药品或者医用材料。

　　（十）采取分解住院、重复住院、故意延长病人住院时间等违规手段增加医疗保险住院人次及费用。

　　（十一）采取挂床住院、虚假住院，办理冒名记账就医或者以欺诈、伪造证明材料等违规手段骗取社会保险基金支出。

　　（十二）违反医疗保险规定及相关法律法规的其他情形。

　　**第十七条** 定点医疗机构发生本办法第十六条第（一）至（六）项行为之一的，由市社会保险经办机构视情节给予通报处理，违规行为涉及的医疗费用社会保险基金不予支付，已支付的违规医疗费用由市社会保险经办机构予以全额追回。

　　**第十八条** 定点医疗机构协议期内被通报两次以上的，或首次发生本办法第十六条第（七）至（十）项行为之一的，由市社会保险经办机构责令限期整改，并视整改情况由市社会保险经办机构暂停医疗服务协议一至三个月。违规行为涉及的医疗费用社会保险基金不予支付，已支付的违规医疗费用由市社会保险经办机构全额追回。

　　**第十九条** 定点医疗机构协议期内被通报三次以上的，或再次发生本办法第十六条第（七）至（十）项行为之一的，或首次发生本办法第十六条第（十一）项行为的，或暂停服务协议期满仍整改不合格的，以及对社会保险基金、参保人员利益造成严重损害以及社会不良影响的其他行为，由市人力资源社会保障行政部门取消定点医疗机构资格，并根据《中华人民共和国社会保险法》第八十七条的规定，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款，并由市社会保险经办机构解除医疗服务协议。违规行为涉及的医疗费用社会保险基金不予支付，已支付的违规医疗费用由市社会保险经办机构全额追回。

　　被卫生行政部门吊销执业许可证的，取消定点医疗机构资格。被吊销《母婴保健技术服务执业许可证》的，取消生育保险定点医疗机构资格。

　　因违规被取消定点资格的医疗机构，在之后的三个社保年度内不得申报本市定点医疗机构资格。

　　**第二十条** 定点医疗机构名称、所有制性质、经营类别（营利/非营利）、法定代表人、诊疗科目及大型诊疗项目、服务对象、床位数以及医院等级等发生变化，应当在卫生行政部门办理变更手续后三十日内，持书面变更申请、已变更资料原件及复印件等有关证明材料，到市社会保险经办机构申请办理变更手续。定点医疗机构出现分立、合并、停业或被撤销、关闭等情况，应提前十个工作日到市社会保险经办机构办理相关手续。

　　定点医疗机构经登记机关（卫生行政部门）批准停业装修，应报市社会保险经办机构申请保留定点资格，市社会保险经办机构可在其装修期间暂停医疗服务协议，保留其定点资格六个月。

　　超过六个月未恢复正常营业的，取消定点医疗机构资格，并解除医疗服务协议。

　　定点医疗机构因政府行为导致不能在原地址继续经营，在同一行政区（县级市）内进行地址迁移，从执行地址迁移之日起三个月内，取得相关有效证照，并正常营业，经现场考查确认符合定点医疗机构条件，保留定点资格，给予办理地址变更手续，但在协议期内仅准予办理一次地址变更手续。

　　**第二十一条** 协议执行期间有新增约定事项，通过补充医疗服务协议予以明确。医疗服务协议有效期限届满前三十天内，由市社会保险经办机构与定点医疗机构双方协商续签医疗服务协议。

　　在续签新社会保险年度医疗服务协议时，定点医疗机构有下列情形之一的，由市人力资源社会保障行政部门取消定点医疗机构资格，社会保险经办机构不予续签医疗服务协议，之后三个社保年度内不得申请本市社会保险定点医疗机构资格：

　　（一）日常检查中发现有本办法第十九条第一款违规情形的。

　　（二）经市社会保险经办机构年度综合考核不合格的。

　　（三）定点医疗机构不愿继续履行医疗服务协议的。

　　（四）《医疗机构执业许可证》未按有关规定通过登记机关校验的。

　　（五）《母婴保健技术服务执业许可证》未按有关规定通过登记机关校验的，不予续签生育保险医疗服务协议。

　　（六）定点医疗机构信息系统不能满足社会保险医疗服务需求的。

　　**第二十二条** 定点医疗机构标牌由市社会保险经办机构统一制作、管理、颁发。定点医疗机构应妥善悬挂、保管、维护，不得伪造、转让或损毁，遗失或意外损毁应及时向市社会保险经办机构报告予以更换。

　　市社会保险经办机构与定点医疗机构终止或解除协议后的十个工作日内，医疗机构应当将医疗服务协议及标牌交回市社会保险经办机构处理。

　　**第二十三条** 参加本市基本医疗保险的大中专院校的在校学生，其普通门诊定点医疗机构按以下程序确定：

　　（一）由学校以学生为整体选择依法取得卫生行政部门颁发的《医疗机构执业许可证》、并具备普通门诊医疗费用结算信息系统的医疗机构（以下简称“门诊医疗机构”）。

　　（二）由学校与门诊医疗机构联合向市人力资源社会保障行政主管部门申报。

　　门诊医疗机构属于本市社会保险定点医疗机构的，由社会保险经办机构与之签订补充协议，并按规程开通医疗保险普通门诊医疗费用结算信息系统。

　　门诊医疗机构不属于本市社会保险定点医疗机构的，由市人力资源社会保障行政主管部门按有关程序确定定点资格后，再按上述程序办理。

　　**第二十四条** 非本市基本医疗保险统筹区域内的异地合作医疗机构，由本市社会保险经办机构会同当地社会保险经办机构与拟定点的医疗机构协商确定，由本市社会保险经办机构与拟定点的医疗机构签订医疗服务协议，并报送本市人力资源社会保障行政部门。

　　**第二十五条** 本办法自2013年9月1日开始施行，有效期五年。有效期届满，根据实施情况进行评估修订。《关于印发〈广州市社会保险定点医疗机构管理办法〉的通知》（穗劳社医〔2009〕2号）同时废止。