

关于印发《桂林市基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》  
的通知

2016-11-01 17:20 (来源: 市人社局)

市人社发〔2013〕152号

桂林市人力资源和社会保障局关于  
印发《桂林市基本医疗保险定点医疗机构  
管理暂行办法》的通知

各县、区人力资源和社会保障局，各有关单位：

为适应我市城镇职工基本医疗保险实施市级统筹的需要，根据《桂林市人民政府关于印发桂林市城镇职工基本医疗保险暂行规定的通知》（市政〔2011〕122号）第五条第（二）项等相关规定，我局制定了《桂林市基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》，现印发给你们，请遵照执行。

2013年6月14日

# 桂林市基本医疗保险定点医疗机构 管理暂行办法

## 第一章 总则

**第一条** 为了加强和规范本市基本医疗保险定点医疗机构的服务管理，建立基本医疗保险定点医疗机构的准入和退出机制，根据《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）《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）、《桂林市城镇居民基本医疗保险暂行办法》（市政〔2008〕90号）、《桂林市城镇职工基本医疗保险暂行规定》（市政〔2011〕122号）、《桂林市老红军离休干部等人员医疗管理暂行办法》（市政办〔2009〕93号）等规定，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 基本医疗保险定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）是指经统筹地区社会保险行政部门资格审查合格，并与医疗保险经办机构（以下简称“经办机构”）签订医疗保险服务协议，并为本市基本医疗保险参保患者提供基本医疗保险服务的医疗机构。

**第三条** 审查确定定点医疗机构的原则是：方便

参保患者就医并便于管理；兼顾专科与综合、中医与西医，注重发挥社区卫生服务机构的作用；总量控制，合理布局，择优定点；促进医疗卫生资源的优化配置，提高医疗卫生资源的利用效率，合理控制医疗服务成本和提高医疗服务质量。

**第四条** 实行定点医疗机构的准入和退出机制。

**第五条** 市社会保险行政部门负责对全市及县辖区基本医疗保险工作实施行政监督和管理，并对全市经办机构和定点医疗机构执行基本医疗保险政策的情况实施监督管理；县社会保险行政部门受市社会保险行政部门委托，负责对本辖区经办机构和定点医疗机构执行基本医疗保险政策的情况实施具体监督管理。

经办机构协助社会保险行政主管部门开展本市定点医疗机构的资格审核和监督管理工作，负责与定点医疗机构签订医疗保险服务协议并对其履行医疗保险服务协议情况进行日常监控和检查工作，对定点医疗机构违反基本医疗保险政策可疑的重大违规行为，要及时向人力资源和社会保障行政部门报告并协助查处。

## **第二章 定点医疗机构的申请、确定**

**第六条** 定点医疗机构应具备以下条件：

（一）持有《医疗机构执业许可证》、《营业执照》（私营和个体医疗机构）、《收费许可证》（军队、武警所属医疗机构应持有《中国人民解放军（武警）事业单位有偿服务许可证》和《中国人民解放军（武警）事业单位有偿收费许可证》）或《税务登记证》；

（二）符合本市区域医疗机构设置规划和本市定点医疗机构布局规划；

（三）符合医疗机构评审标准；

（四）遵守国家有关医疗服务管理的法律、法规和标准，有健全和完善的医疗服务管理制度；

（五）严格执行国家、自治区物价部门规定的医疗服务和药品的价格政策，经物价部门监督检查合格；

（六）愿意承担为参保人员提供基本医疗保险医疗服务，严格执行基本医疗保险制度的有关政策规定，能够履行与经办机构签订的服务协议；建立与基本医疗保险管理相适应的内部管理制度，配备必要的管理人员和设备；

（七）按规定签订劳动合同，全体员工参加社会保险并按时足额缴纳社会保险费；

（八）在本市取得《医疗机构执业许可证》并正

常开展诊疗业务两年以上(非营利性医疗机构、中心卫生院、乡(镇)卫生院和社区卫生服务中心(站)不受时间限制)。

**第七条** 有下列情形之一的医疗机构，社会保险行政部门不予受理其定点医疗机构资格申请：

(一) 因违反基本医疗保险的有关规定被社会保险行政部门取消定点资格未满两年的；

(二) 因违反国家、自治区有关政策、法规，受到市人力资源和社会保障、卫生、财政、食品药品监督、物价行政处罚，不满1年的医疗机构；

(三) 变相承包或科室对外承包的医疗机构；

(四) 停业整顿期间的医疗机构；

(五) 未按规定时间要求申报相关资料或申报材料不齐全的。

### **第八条** 定点医疗机构的申报

符合本办法第六条规定且无第七条情形的医疗机构，如申请定点医疗机构资格，须每年4月20日至30日到市政务服务中心向市社会保险行政部门提交书面申请(县辖区范围内的医疗机构需到县政务服务中心向当地县社会保险行政部门提交书面申请)，并提供下列材料：

(一) 《桂林市基本医疗保险定点医疗机构申请

书》；

(二) 《医疗机构执业许可证》、《营业执照》(私营和个体医疗机构)《组织机构代码证》、《法定代表人证》、《收费许可证》、《税务登记证》的副本和复印件(核原件留复印件)及法定代表人或负责人身份证复印件；

(三) 大型医疗仪器设备清单(三级医院提供单件(套)30万元以上;二级医院10万元以上;一级医院5万元以上;社区卫生服务机构和门诊部1万元以上设备清单)和各临床科室名称及拥有的床位数量;

(四) 上一年度业务收支情况和门诊、住院诊疗服务量(包括门诊诊疗人次、平均每一诊疗人次医疗费、住院人数、出院者平均住院日、平均每一出院者住院医疗费、出院者平均每天住院医疗费等),以及可承担医疗保险服务的能力;

(五) 全体员工的职业资格、职称证书(三级医院和二级医院提供副主任医师及以上;一级医院、社区卫生服务机构和门诊部提供主治医师及以上)、注册证原件及复印件(核原件留复印件);

(六) 物价部门监督检查合格的证明材料;

(七) 社会保险行政部门劳动监察年审合格证明;

(八) 卫生行政部门对医疗机构的等级评定证明;

(九) 单位全体员工名册、身份证复印件、《劳动合同书》复印件、《聘用合同书》复印件、《社会保险登记证》原件和复印件、员工按时足额缴纳社会保险费凭证原件和复印件(核原件留复印件);

(十) 医疗机构营业场所产权证明或租赁合同;

(十一) 社区卫生服务中心(站)提供卫生行政管理部门批准设立的批复;

(十二) 社会保险行政部门规定的其它材料。

### **第九条 定点医疗机构的确定**

市社会保险行政部门依照本办法,根据医疗机构申报材料 and 实地检查,对其定点资格进行审查,审查合格的,在接到医疗机构全部申报材料的45个工作日内确定其资格。

各县社会保险行政部门受市社会保险行政部门委托,依照本办法,对本县辖区范围内,符合本市定点医疗机构布局规划的,申请定点资格的医疗机构进行资格审查,审查合格的,确定其资格。

审核合格的由市社会保险行政部门统一颁发《桂林市定点医疗机构资格证书》,同时报自治区人力资源和社会保障厅备案。资格证书有效期为四年。期满

前两个月，定点医疗机构向社会保险行政部门提出申请，社会保险行政部门验证续效。

市经办机构与市区获得定点资格的医疗机构签订医疗保险服务协议，各县医疗机构的医疗保险服务协议由市经办机构委托当地县经办机构签订；并按规定统发“桂林市定点医疗机构”标牌，向社会公布。

定点医疗机构的分支机构，未经社会保险行政部门审定核准，不具备定点医疗机构资格。

### **第三章 定点医疗机构管理监督及变更**

#### **第十条 经办机构与定点医疗机构的协议管理**

（一）经办机构要与定点医疗机构签订包括服务人群、服务范围、服务内容、服务质量、医疗费用结算办法、医疗费用支付标准以及医疗费用审核与控制等内容的医疗保险服务协议，明确双方的责任、权利和义务。经办机构根据协议对定点医疗机构执行医疗保险服务协议情况进行监督检查。协议的有效期为1年。

（二）协议双方依照医疗保险服务协议，履行各自职责。协议有效期内任何一方违反协议，对方均有权解除协议，但须提前3个月通知对方和有关参保人，



并报社会保险行政部门备案。

(三) 定点医疗机构必须建立基本医疗保险药品目录库和基本医疗保险诊疗项目目录库并严格执行《广西壮族自治区基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《广西壮族自治区基本医疗保险和工伤保险服务项目》和医疗服务设施标准（以下简称三个目录）；若诊疗中使用三个目录规定以外的药品、诊疗和服务项目，应根据病情需要，并充分尊重参保患者的知情权和选择权，非紧急情况下应事先征得本人或家属同意自费并履行签字手续后方可使用。

(四) 定点医疗机构应认真落实基本医疗保险制度的有关规定，规范医疗行为：

1. 严格履行医疗保险服务协议，与经办机构共同做好参保患者的基本医疗保险服务管理工作；

2. 严格执行卫生行政主管部门制定的规章、政策和医疗质量标准，包括：入院、出院、转诊、转院、医疗护理质量标准或要求，以及诊疗常规、技术操作规程等，确保医疗服务质量。做到合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费。

(五) 经办机构要严格按照本办法和有关基本医疗保险政策及医疗保险服务协议中的有关规定，按时足额结算费用。对不符合基本医疗保险支付范围的费

用，医疗保险基金不予支付；已经支付的，予以追回。

### **第十一条 定点医疗机构的监督管理**

（一）定点医疗机构不得自立收费项目，需增加医疗保险诊疗项目、医院制剂等新服务内容时，须按规定向市社会保险行政部门申办项目列入手续。未经市社会保险行政部门核准，新增诊疗项目、医院制剂不得列入基本医疗保险基金支付范围。

（二）定点医疗机构不得拒绝或阻碍参保患者选择处方外配的要求，应当按照规定为门诊就诊的参保患者提供门诊外配处方。

（三）定点医疗机构应在本单位显著位置悬挂“桂林市定点医疗机构”标牌，在院内设立基本医疗保险政策宣传栏，在挂号处、收费处等明示经办机构的监督电话，设立医疗保险意见簿或投诉箱。

（四）建立医师医疗保险处方权备案制度。由经办机构负责对医疗保险处方实行跟踪监控。对定点医疗机构医师多次或严重违反医疗保险有关规定，开大处方、超量配药、冒名配药、搭车带药等造成医疗保险基金流失的，暂停该医师6个月以上一年以下医保处方权或取消医保处方权，被取消医保处方权的医生在6个月内不得重新进行医保处方权备案，并上报社会保险行政部门和向卫生行政部门通报。

定点医疗机构不得有下列行为：

1. 违反法律法规和有关医疗保险管理的政策规定，造成医疗保险基金损失；
2. 将应由参保人员个人负担的医疗费用计入统筹基金支付；
3. 不按参保患者实际病情提供医疗服务或超出协议约定的服务范围；
4. 多收多记医疗费用，提供虚假医疗保险费用结算单据、发票和报表；
5. 擅自提高医疗收费标准，分解住院人次、分解医疗收费项目，挂名（床）住院；
6. 医务人员不按规定验证患者身份，导致他人冒名住院造成统筹基金损失；
7. 采取各种形式用医保卡套现；
8. 将不符合住院条件的参保患者收治住院或以住院定额标准资金已用完为由，让参保患者提前出院或自费住院或以种种借口拒绝、推诿、滞留参保患者；
9. 违反社会保险部门规定的其他行为。

（六）定点医疗机构应积极配合社会保险部门的检查和调查取证等工作并及时主动提供检查、取证等所需要的有关资料。

**第十二条** 定点医疗机构经卫生行政管理部门批

准同意发生名称、法定代表人（负责人）、机构性质、医院等级、床位数量和科室变更（变化）的，应在变更（变化）之日起 15 日内持新旧《医疗机构执业许可证》、《营业执照》等相关证明材料及变更申请到市（县）政务服务中心报市（县）社会保险行政部门办理备案后，再到相应经办机构办理变更登记手续。

定点医疗机构的地址在 500 米范围以内发生变更的，应在变更之日起 15 日内持相关证明到市（县）政务服务中心报市（县）社会保险行政部门重新办理资格认定手续，在取得资格重新认定之前，暂停其定点医疗机构医疗保险服务；在 500 米范围以外发生变更的（社区卫生服务机构在社区内变更地址的除外），视为其自动放弃定点医疗机构资格，经办机构与其终止定点医疗机构医疗保险服务协议并报社会保险行政部门备案。要重新申请定点医疗机构资格的，按新申请的程序办理。

定点医疗机构不按上述规定办理以上手续的，中止其定点医疗机构医疗保险服务，暂停支付医疗保险基金。

**第十三条** 定点医疗机构的定点资格实行两年一次的年检制，由社会保险行政部门会同有关部门对定点医疗机构基本医疗保险管理及服务态度等进行年度

监督检查，合格者由社会保险行政部门验证续效保留资格。

取得《桂林市定点医疗机构资格证书》之后，每满两年的当年10月10日至11月10日为申请年检时间（资格证书验证续效当年与年检合并进行），定点医疗机构须按此规定时间到政务服务中心提交年检申请及相关材料，逾期未提出年检申请和提交相关材料的，中止其定点医疗机构医疗保险服务协议，暂停支付医疗保险基金。

**第十四条** 定点医疗机构有下列情形之一的，由经办机构根据定点医疗机构医疗保险服务协议视情节给予通报处理，违规行为涉及的医疗费用医疗保险基金不予支付，已支付的违规医疗费用由经办机构予以全额追回：

（一）有下列情形之一的涉及违规费用累计10000元以下的：

1. 对参保患者检查、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的；
2. 擅自提高收费标准、增加收费项目、分解收费项目多收费的；
3. 不按医疗保险有关政策规定使用医疗保险统筹基金或个人医疗帐户资金的；

4. 不按规定的剂量开药、出院带药或不按医嘱或处方为参保患者提供检查、治疗及配药的；

5. 以各种方式引导参保患者外购药品、材料等医疗卫生物品在定点医疗机构使用的；

6. 参保患者住院期间要求其在门诊检查治疗的；

7. 违反基本医疗保险有关政策造成医疗保险统筹基金或个人医疗帐户资金损失的。

(二) 有下列情形涉及违规数量累计 10 人次及以下的：

1. 采取分解住院、重复住院等违规手段增加医疗保险住院人次及费用的；

2. 不按有关要求及规定安排参保患者住院、出院或转院的；

3. 无正当理由拒绝为参保患者提供相应医疗服务，或拒绝为参保患者提供外配处方服务的；

4. 不如实填报参保患者自费费用明细的；

5. 串换诊疗项目或药品的；

6. 对经办机构日常医疗费用审核或监督检查工作不配合，或出具虚假证明，影响社会保险部门相关管理工作的；

7. 违反基本医疗保险有关政策造成医疗保险统筹基金或个人医疗帐户资金损失的。

本条所列情形由定点医疗机构自查自纠后主动向社会保险行政部门或社会保险经办机构报告的，不作通报处理，但所涉及的违规医疗费用经办机构基金不予支付，已支付的予以追回。

**第十五条** 定点医疗机构有下列情形之一的，由经办机构报社会保险行政部门责令限期整改，并由经办机构根据定点医疗机构医疗保险服务协议，暂停其医疗保险服务协议 1-3 个月。违规行为涉及的医疗费用医疗保险基金不予支付，已支付的违规医疗费用由经办机构全额追回：

（一）有本办法第十四条第（一）项情形涉及违规费用累计 10000 元以上、50000 元以下的。

（二）有本办法第十四条第（二）项情形涉及违规数量累计 11 人次以上 15 人次以下的。

（三）年度内因违规被经办机构通报两次以上的。

（四）定点医疗机构违规使用医疗保险统筹基金或个人医疗帐户资金支付非参保人员医疗费用的。

**第十六条** 定点医疗机构有下列情形之一的，由社会保险行政部门取消定点医疗机构资格，并由经办机构解除医疗保险服务协议。违规行为涉及的医疗费用医疗保险基金不予支付，已支付的违规医疗费用由

经办机构全额追回：

（一）有本办法第十五条情形，累计违规费用或违规数量超过责令整改限量范围或其他情节严重的；

（二）采取虚假住院等违规手段骗取住院人次费用 5 人次以上的；

（三）受到社会保险行政部门责令限期整改处理，整改期满仍不合格的；

（四）被卫生行政主管部门吊销执业许可证的；

（五）定点医疗机构资格证书有效期期满后逾期两个月未提出验证续效申请的或者变更（变化）后逾期两个月未按本办法规定办理相关手续的或者逾期两个月未提出年检申请和提交相关材料的。

**第十七条** 被社会保险行政部门取消定点资格的医疗机构，其定点医疗机构资格证书及定点标牌失效，社会保险部门应及时予以收回。该医疗机构两年内不得进入基本医疗保险定点范围。

**第十八条** 各县社会保险行政部门在本辖区范围内，应在确定、取消和验证续效定点医疗机构资格及完成年检后 15 个工作日内将结果报市社会保险行政部门备案。

## 第四章 附则



**第十九条** 经办机构应严格履行社会保险法定职责，切实加强协议管理；社会保险行政部门和经办机构工作人员应严守工作纪律，严禁泄露定点医疗机构和个人的相关信息，对违反规定的将予以相应的处理处分。相关银行应遵守相关协议和基本医疗保险有关规定，未经社会保险行政部门批准，不得擅自为非医保定点单位装设用于医保卡刷卡的 POS 机，对违反规定的将通报其主管部门，作出相关处理。

桂林市人力资源和社会保障局办公室 2013年6月14  
日印发

分享到：