

佛山市医疗保障局文件

佛医保〔2021〕93号

佛山市医疗保障局关于印发《佛山市医疗机构医疗保障定点管理实施办法》的通知

市社会保险基金管理局，市医疗保障局各分局，各定点医疗机构：

为加强和规范医疗机构医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局2号令）和《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（粤医保规〔2021〕1号）等规定，结合本市实际，我局制定了《佛山市医疗机构医疗

保障定点管理实施办法》，并已经市司法局审查批准。现印发给你们，请遵照执行。执行过程中如有问题，请及时反馈市医保局。

佛山市医疗保障局

2021年12月31日

佛山市医疗机构医疗保障定点管理实施办法

第一章 总 则

第一条 为加强和规范医疗机构医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（粤医保规〔2021〕1号）等法律、法规及有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市行政区域内医疗机构医疗保障定点管理，按照本办法执行。

第三条 医疗机构医疗保障定点管理应坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则，加强医保精细化管理，促进医疗机构供给侧改革，为参保人员提供适宜的医疗服务。

第四条 医疗保障行政部门负责制定医疗机构医疗保障定点管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）、定点医疗机构进行监督，依法查处医疗保障违法违规行为。

经办机构负责确定定点医疗机构，并与定点医疗机构签订医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”），按属地管理原则提

供经办服务，开展协议管理、考核等。对属地定点医疗机构为本地和异地参保人员提供的医疗服务承担经办管理服务职责。

第二章 定点医疗机构管理

第一节 定点医疗机构确定

第五条 市医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划等确定本市定点医疗服务的资源配置。

第六条 以下取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的医疗机构，以及经军队主管部门批准有为民医疗服务资质的军队医疗机构可申请医保定点：

- （一）综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、康复医院；
- （二）专科疾病防治院（所、站）、妇幼保健院；
- （三）社区卫生服务中心（站）、中心卫生院、镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所（站）、村卫生室（所）；
- （四）独立设置的急救中心；
- （五）安宁疗护中心、血液透析中心、护理院；
- （六）养老机构内设的医疗机构。

互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订“互联网+”医保服务补充协议。签订协议后，其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，由经办机构与其所依托的实体医疗机

构按规定进行结算。

第七条 申请医保定点的医疗机构应当同时具备以下基本条件：

（一）正式运营至少 3 个月；

（二）至少有 1 名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师；

（三）主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员；100 张床位以上的医疗机构应当设内部医保管理部门，安排专职工作人员；

（四）具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等；

（五）具有符合医保协议管理要求的医院信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息，能够为参保人提供联网直接结算。设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种、医务人员等基础数据库，按规定使用国家和省统一的医保编码；

（六）符合法律、法规、规章和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

第八条 定点医疗机构申请“互联网+”医保服务补充协议，应当同时具备以下基本条件：

（一）属于经卫生健康行政部门批准设置的互联网医院或批准开展的互联网诊疗活动；

(二) 依托医保电子凭证、电子社保卡进行实名认证, 确保就诊参保人真实身份;

(三) 能够核验患者为复诊患者, 掌握必要的就诊信息;

(四) 具备与医保信息系统数据交换的条件, 实现医保移动支付, 能够为患者提供电子票据、电子发票或及时邮寄纸质票据; 信息系统应能区分常规线下医疗服务业务和“互联网+”医疗服务业务;

(五) 能够完整保留参保人诊疗过程的电子病历、电子处方、购药记录等信息, 实现诊疗、处方、购药等全程可追溯。

符合上述条件的, 本市辖区定点医疗机构可以申请签订“互联网+”医保服务补充协议。

第九条 医疗机构向所在区经办机构提出医保定点申请, 至少提供以下材料:

(一) 定点医疗机构申请表;

(二) 医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证复印件;

(三) 医保管理、医保财务、医保统计信息管理、涉及医保服务的医疗质量安全等制度文本;

(四) 与医疗保障有关的医疗机构信息系统材料;

(五) 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告, 报告内容包括但不限于正式营业的情况(含正式营业的时间、正式营业以来的就诊人次、医疗总费用等)、年度基金拟支出总量、

使用计划、涉及的诊疗项目、药品、医用耗材类型、受益人群等；

(六)省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

医疗机构执业许可证、中医诊所备案证、军队医疗机构为民服务许可证、互联网医院批准设置或开展互联网诊疗活动有关文件等政府部门核发的证照批文，能通过数据共享查询、核验的，医疗机构无需另行提供。

第十条 定点医疗机构按照以下程序确定：

(一)申请。符合第七条基本条件的医疗机构可向所在区经办机构提出定点申请。

(二)受理。经办机构应接收申请材料，材料内容齐全的，即时受理。

材料内容不全的，经办机构自收到申请材料之日起5个工作日内一次性告知医疗机构补充，经办机构自一次性告知之日起至收到医疗机构提交的补充材料之日止，不起算评估时间。医疗机构逾期不补充材料的，经办机构可以不再处理该申请。

(三)评估。经办机构受理定点申请后应组织评估小组或通过购买服务等方式委托第三方机构，以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员可由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。评估时间自受理申请材料之日起不超过3个月。评估结果分为合格和不合格，经办机构应当将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估不合格的，应告知申请人理

由，提出整改建议，自结果告知送达之日起，整改3个月后再次组织评估；评估仍不合格的，终结本次申请程序并告知申请人理由，自终结本次申请程序之日起1年内不得再次申请。

（四）公示。评估合格的，经办机构应将申请人纳入拟签订协议医疗机构名单，并向社会公示，公示期为7个工作日。

公示期间收到异议且成立的，应告知申请人理由，申请人可在3个工作日内提出复核申请，并提供相应证明材料及依据。经办机构复核通过的，可与医疗机构进行信息联网测试确认；复核不通过的，终结本次申请程序并告知申请人理由。

公示期间未收到异议或异议不成立的，经办机构进行信息系统联网测试确认。

（五）签订。经办机构与评估合格的医疗机构就双方的权利、义务和责任，以及医疗机构的服务范围、服务内容、服务质量、目录管理、价格管理、信息系统、支付标准、结算办法、异地就医管理、“互联网+”医保服务等协议内容协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。原则上，由市经办机构与医疗机构签订医保协议，并向市级医疗保障行政部门备案。市经办机构可以委托区经办机构签订医保协议，并负责指导签订医保协议的行为，区经办机构不得再次委托。协议签订日期为开始日期。首次协议签订日期为当年6月30日（含当日）以前的，有效期至当年12月31日止；首次协议签订日期为当年6月30日到12月31日之间的，有效期至次年12月31日。医疗机构同时申请“互

联网+”医保服务且符合本办法规定条件的，一并签订“互联网+”医保服务补充协议。

（六）公布。经办机构应向社会公布签订医保协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址、主要服务内容等，供参保人选择。区经办机构应当按照统一格式制作并向辖区内定点医疗机构发放定点标识。

第十一条 评估内容包括以下方面：

（一）核查医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证等相关材料；

（二）核查医师、护士、药学及医技等专业技术人员执业信息和医师第一注册地信息；

（三）核查与医保政策对应的内部管理制度和财务制度，卫生健康行政部门对医疗机构评审的结果；

（四）核查与医保有关的信息系统是否具备开展直接联网结算条件、是否具备开展“互联网+”医保服务条件；

（五）核查与服务功能相适应的诊断、治疗、手术、住院、药品贮存及发放、检查检验放射等基础设施和仪器设备。

第十二条 医疗机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围的；

（二）基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定的医药价

格政策的;

(三) 未依法履行行政处罚责任的;

(四) 以弄虚作假等不正当手段申请定点, 自发现之日起未
满 3 年的;

(五) 因违法违规被解除医保协议未满 3 年或已满 3 年但未
完全履行行政处罚法律责任的;

(六) 因严重违反医保协议约定而被解除协议未满 1 年或已
满 1 年但未完全履行违约责任的;

(七) 法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法
违规导致原定点医疗机构被解除医保协议, 未满 5 年的;

(八) 法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人
名单的;

(九) 法律、法规规定的其他不予受理的情形。

第十三条 经办机构受理医保定点申请后发现医疗机构存
在本办法规定的不予受理情形, 或不符合医保定点申请的条件,
应当终结申请程序并告知申请人理由。

第十四条 经办机构应当按季度或医疗保障行政部门的要
求统计定点医疗机构医保协议管理情况, 包括但不限于定点医疗
机构名称、违约情况、协议处理情况、违约责任履行情况等情况。

第二节 定点医疗机构动态管理

第十五条 定点医疗机构的名称、法定代表人、主要负责人

或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别等重大信息变更时，应自有关部门办理信息变更批准手续之日起 30 个工作日内向所在区经办机构提出变更申请，其它一般信息变更应当自发生变化之日起及时书面告知所在区经办机构。

区经办机构收到信息变更书面申请或告知的，应当及时审查，审查发现信息变更后的医疗机构存在不符合本办法规定的医保定点申请条件或者不予受理情形的，可以依法解除医保协议并回收相关标识。

第十六条 续签协议应由定点医疗机构于医保协议期满前 3 个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。经办机构与辖区内定点医疗机构就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据协议履行和绩效考核（包括年度考核）等情况决定是否续签。协商一致的，可续签医保协议；未达成一致的，医保协议到期后自动终止。

绩效考核（包括年度考核）达标的定点医疗机构，经办机构可以采取固定医保协议和年度医保协议相结合的方式签订协议，固定医保协议有效期为 2 年，年度医保协议由经办机构每年根据具体情况调整，简化签约手续。

第十七条 医保协议中止是指经办机构与定点医疗机构暂停履行协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过协议有效期的，协议可继续履行；超过协议有效期的，

协议自动终止。

定点医疗机构可提出中止协议申请，经经办机构同意，可以中止协议，但中止时间原则上不得超过180日（自然日），定点医疗机构在医保协议中止超过180日（自然日）仍未提出继续履行医保协议申请的，医保协议自动终止。定点医疗机构有下列情形之一的，经办机构应当中止医保协议：

（一）根据日常检查和绩效考核（包括年度考核），发现对医疗保障基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的；

（二）未按规定向经办机构及医疗保障行政部门提供有关数据或提供数据不真实的；

（三）根据医保协议约定应当中止医保协议的；

（四）法律、法规、规章规定的应当中止的其他情形。

第十八条 医保协议解除是指经办机构与定点医疗机构解除医保协议约定，协议关系不再存续，协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。

定点医疗机构有以下情形之一的，经办机构应当解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的医疗机构名单：

（一）医保协议有效期内累计2次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位的；

（二）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

（三）经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；

(四)为非定点医疗机构或处于中止医保协议期间的医疗机构提供医保费用结算的;

(五)拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核(包括年度考核)、监督检查等,情节恶劣的;

(六)被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的;

(七)定点医疗机构停业或歇业后未按规定向经办机构报告的;

(八)医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中,发现定点医疗机构存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的;

(九)被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的;

(十)法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行医保协议约定,或有违法失信行为的;

(十一)未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的;

(十二)定点医疗机构主动提出解除医保协议且经办机构同意的;

(十三)根据医保协议约定应当解除医保协议的;

(十四)法律、法规、规章规定应当解除的其他情形。

第十九条 定点医疗机构请求中止、解除医保协议的,应当提前3个月向所在区经办机构提出申请;经办机构同意的,书面

告知定点医疗机构，医保协议自告知之日起中止或解除。公立医疗机构不得主动提出中止或解除医保协议。

定点医疗机构请求不再续签医保协议的，应当在医保协议期限届满前3个月内向所在区经办机构提出申请；经办机构同意的，医保协议到期后自动终止。经办机构未续签新年度医保协议，视为同意不再续签。

定点医疗机构被其他统筹地区经办机构中止或解除医保协议，该定点医疗机构在本市的医保协议也同时中止或解除。

第二十条 定点医疗机构的部分人员、科室（部门）有违反协议管理要求或医疗保障政策法规的，经办机构可按照医保协议或相关医疗保障政策法规的规定对该医务人员、科室（部门）中止或终止医保结算。

第三节 定点医疗机构运行管理

第二十一条 定点医疗机构具有依法依规为参保人提供医疗服务后获得医保结算费用，对经办机构履约情况进行监督，对完善医保政策提出意见建议等权利。

定点医疗机构与经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行协商解决或者请求同级医疗保障行政部门协调处理，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

定点医疗机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医疗服务。

第二十二条 定点医疗机构应当严格执行医保协议，合理诊疗、合理收费，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，优先配备使用医保目录药品，控制患者自费比例，提高医疗保障基金使用效率，减轻参保人医疗费用负担。定点医疗机构不得为非定点医疗机构、中止医保结算的医疗机构等提供医保结算。

经办机构不予支付的费用、定点医疗机构按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，定点医疗机构不得作为医保欠费处理。

第二十三条 定点医疗机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证，按照卫生健康行政部门公布的诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和病历、诊疗用药记录等相关资料，不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

定点医疗机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属（包括配偶、父母、子女、孙子女、外孙子女、祖父母、外祖父母）、监护人同意，相关材料存档备查。

第二十四条 定点医疗机构应当制定相应的内部管理措施，严格遵循卫生健康行政部门公布的诊疗规范，掌握出入院诊断和指征，执行本市有关医保支付政策及医保协议，不得以医保支付政策为由拒收患者、转院或减少医疗服务。

第二十五条 定点医疗机构按有关规定执行医疗保障行政部门制定的集中采购政策，优先使用集中采购中选的药品和医用耗材。医保支付的药品和医用耗材应当按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购，并真实记录医保支付的药品和医用耗材的名称、规格、数量、生产日期或者生产批号、保质期、进货日期、销售或使用日期、以及供货者、购买者、使用者名称、地址、联系方式等“进、销、存”情况，并妥善保存相关记录备查。

第二十六条 定点医疗机构应当严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策，执行统一的医保支付标准。

第二十七条 定点医疗机构应当参加由医疗保障部门组织的宣传和培训，并组织开展医疗保障基金相关政策培训学习，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为，并将检查纠正情况报告所在区医疗保障部门。

第二十八条 定点医疗机构在服务场所显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识，不得私自制作、悬挂。

第二十九条 定点医疗机构应按要求及时向所在区经办机构报送医疗保障基金结算清单等信息，包括疾病诊断及手术操作，药品、医用耗材、医疗服务项目费用结算明细，医师、护士

等信息，并对其真实性负责。定点医疗机构应当按要求如实向所在区经办机构报送药品和医用耗材的采购价格和数量。

定点医疗机构应向医疗保障部门报告医疗保障基金使用监督管理及协议管理所需信息，向社会公开医药费用、费用结构等信息。

第三十条 定点医疗机构应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核（包括年度考核）等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按要求提供相关材料。

第三十一条 定点医疗机构应当优化医保结算流程，为参保人员提供便捷的医疗服务，按规定进行医保费用直接结算，提供费用结算单据和病历、诊疗用药记录等相关资料。为符合规定的参保人员提供转诊转院服务。参保人员根据有关规定可以在定点医疗机构购药或凭处方到定点零售药店购药。

第三十二条 定点医疗机构应当做好与医保有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。定点医疗机构更新、重新安装或更换信息系统时，应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

第三章 经办管理服务

第三十三条 经办机构有权掌握定点医疗机构运行管理情况，从定点医疗机构获得医保费用稽查审核、绩效考核（包括年

度考核)和财务记账等所需要的信息数据等资料。

第三十四条 经办机构应当完善定点申请、组织评估和协议签订、协议履行、协议变更和解除等管理流程,为定点医疗机构和参保人员提供优质高效的经办服务。

第三十五条 经办机构应当做好对定点医疗机构医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训,提供医疗保障咨询、查询服务。

第三十六条 经办机构应当落实医保支付政策,建立完善的内部控制制度,明确对定点医疗机构申报费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位责任及风险防控机制,完善重大医保费用支出集体决策制度,加强医疗保障基金管理。

第三十七条 经办机构应当加强医疗保障基金支出管理,通过智能审核、实时监控、现场检查、定期和不定期稽核审查等方式及时审核医疗费用,经审核违规的医保费用,经办机构不予支付。经办机构应当按医保协议约定及时足额向定点医疗机构拨付医保费用,原则上应当在定点医疗机构申报后 30 个工作日内拨付符合规定的医保费用。

医疗保障部门建立医疗保障基金预付机制,按国家和省的规定向定点医疗机构预付一部分基金,缓解其资金运行压力。在突发疫情等紧急情况时,经办机构可以按国家和省的规定预拨专项资金。

第三十八条 经办机构应当依法依规支付参保人员在定点

医疗机构发生的医疗费用，为参保人员提供医保政策咨询。除急诊和抢救外，参保人员在非定点医疗机构就医发生的费用医疗保障基金不予支付。

工伤职工在认定工伤前的医疗费用，定点医疗机构应当先按照基本医疗保险规定为其提供医疗服务和结算服务，在认定工伤后由工伤保险基金按照规定向基本医疗保险基金结算。工伤职工在治疗工伤期间，治疗其他疾病或伤害的医疗费用，定点医疗机构应按照基本医疗保险规定及时为其提供医疗服务和结算服务。

第三十九条 经办机构应当遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私，确保医疗保障基金安全。

经办机构应当向社会公开医保信息系统数据集和接口标准。定点医疗机构自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商。经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

第四十条 经办机构应当组织实施或委托第三方机构对定点医疗机构开展绩效考核(包括年度考核)，建立动态管理机制。经办机构应当在每个社保年度结束前1个季度内按照医保协议对定点医疗机构开展年度考核评分。考核结果报同级医疗保障行政部门，并与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。关于绩效考核国家、省另有规定的从其规定。

第四十一条 经办机构发现定点医疗机构存在违反协议约定情形的，可按协议约定相应采取以下处理决定：

- (一) 约谈医疗机构法定代表人、主要负责人或实际控制人；
- (二) 限期整改违约行为；
- (三) 暂停或不予拨付费用；
- (四) 不予支付或追回已支付的费用；
- (五) 要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金；
- (六) 中止相关责任人员或者所在科室（部门）涉及医疗保障基金使用的医疗服务；
- (七) 中止或解除协议。

第四十二条 定点医疗机构违反服务协议的，经办机构应当督促其履行处理决定。定点医疗机构及其相关责任人员有权进行陈述、申辩。

定点医疗机构收到协议处理决定后在法定期限内未申请行政复议或者提起行政诉讼，且仍不履行，协议内容具有可执行性的，经办机构应当依法催告，并及时依法申请人民法院强制执行。

第四章 监督管理

第四十三条 经办机构发现定点医疗机构存在违约行为，应当及时按照协议处理。

经办机构作出中止相关责任人员、科室（部门）涉及医疗保障基金使用的医药服务、中止和解除医保协议等处理时，应当及时报告同级医疗保障行政部门。

医疗保障行政部门发现定点医疗机构涉嫌存在违约情形的，

应当要求经办机构及时处理，经办机构应当及时按照医保协议处理。

医疗保障行政部门依法查处违法违规行为时，认为相关违法线索事实不清的，可组织补充调查或要求经办机构补充材料。

第四十四条 定点医疗机构涉嫌违反医保协议约定，同时涉嫌违反《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条规定的，经办机构按照医保协议作出处理决定后5个工作日内将处理决定等材料移交同级医疗保障行政部门。

定点医疗机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保障基金支出的，经办机构应当初步核查有关线索，形成核查报告后将有关案件移交同级医疗保障行政部门。

案件移交材料和程序由市医疗保障行政部门另行规定。

第四十五条 经办机构违反医保协议的，定点医疗机构有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

医疗保障行政部门发现经办机构存在违反医保协议约定的，视情节可采取约谈主要负责人、限期整改、通报批评，以及对相关责任人员按规定提请给予处分等处理。

医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规的，依法进行处理。委托社会保险经办机构承办医保经办的，按照有关规定，由医疗保障部门会同人力资源社会保障部门对相关责任人员和违反法律法规的社会保险经办机构依法进行处理。

医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点医疗机构的协议履行情况、医疗保障基金使用情况、医疗服务行为、购买涉及医疗保障基金使用的第三方服务等进行监督。

第四十六条 医疗保障行政部门和经办机构应当拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点医疗机构进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

第四十七条 医疗保障行政部门可以视情况将定点医疗机构日常监督检查、行政处罚、违规违约等处理结果纳入国家、省、市信用信息平台及其他相关信息公示系统，按照有关规定实施惩戒。

第四十八条 定点医疗机构违反法律、法规、规章等规定，导致参保人损失的，应当依法承担赔偿责任。

第五章 附 则

第四十九条 本办法所称医疗保障部门是指医疗保障行政部门和经办机构。

医疗保障行政部门是指市医疗保障局及其派出机构。

定点医疗机构是指自愿与本市医疗保障经办机构签订医疗保障服务协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

经办机构是指具有法定授权，实施医疗保障管理服务的职能

机构，是医疗保障经办的主体。

医疗保障服务协议是指由医疗保障经办机构与医疗机构经协商谈判而签订的，用于规范医药服务行为以及明确双方权利、义务及责任等内容的协议。

第五十条 医保协议内容应当与法律、法规、规章和医疗保障政策调整变化相一致，调整医保协议内容应当征求相关定点医疗机构意见。

市医疗保障行政部门根据实际情况细化制定本市医保协议范本。

市经办机构在省经办规程基础上，根据实际情况细化制定本市医疗机构医疗保障定点管理经办规程。

第五十一条 法律、法规、规章或上级政策文件另有规定的，从其规定。

本办法施行前确定的定点医疗机构，未能完成与国家医疗保障信息平台有效对接的，应于2022年12月31日前完成。

前款规定的定点医疗机构，符合本办法规定的其他申请医保定点的范围和条件，医保协议有效期可延长至2022年12月31日，相关管理参照本办法执行。逾期未完成与国家医疗保障信息平台有效对接的，不再签订医保协议。

第五十二条 本办法由市医疗保障行政部门负责解释。本办法自2022年1月1日起施行，有效期2年，《佛山市医疗保险和生育保险定点医药机构协议管理办法》（佛人社〔2016〕121号）

同时废止。

抄送：广东省医疗保障局，佛山市司法局。

佛山市医疗保障局办公室

2021年12月31日印发
