

# DB4403

深 圳 市 地 方 标 准

DB4403/T XXX—XXXX

## 医疗保障定点医疗机构服务管理规范

Specification for fixed medical organization's medical security  
management and service

(送审稿)

XXXX-XX-XX 发布

XXXX-XX-XX 实施

深圳市市场监督管理局 发布



目 次

目 次..... I

前 言..... II

1 范围..... 1

2 规范性引用文件..... 1

3 术语和定义..... 1

4 组织与人员..... 1

    4.1 医疗保障管理委员会..... 1

    4.2 内部医保管理部门..... 2

    4.3 人员配备与要求..... 2

5 标识管理..... 2

6 医保服务 e 站..... 3

    6.1 服务要求..... 3

    6.2 建设要求..... 3

7 采购管理..... 4

8 医药服务价格管理..... 4

    8.1 医疗服务价格项目管理..... 4

    8.2 医疗服务项目价格管理..... 5

    8.3 药品和医用耗材价格管理..... 5

    8.4 价格公示..... 6

9 目录管理..... 6

10 医药服务..... 6

    10.1 基本要求..... 6

    10.2 诊疗服务..... 7

    10.3 医保结算..... 7

    10.4 权益保护..... 8

11 信息化管理..... 8

    11.1 设施设备..... 8

    11.2 数据管理..... 8

    11.3 网络和信息安全..... 9

12 监督管理..... 9

    12.1 质量管理..... 9

    12.2 内外部监督..... 9

参 考 文 献..... 11

## 前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别这些专利的责任。

本文件由深圳市医疗保障局提出并归口。

本文件起草单位：深圳市医疗保障局、深圳市标准技术研究院。

本文件主要起草人：彭婧婷、付湘、陈林嘉、王科、古志华、邓芳、李昊、袁源。

# 医疗保障定点医疗机构服务管理规范

## 1 范围

本文件规定了在医疗保障定点医疗机构的术语和定义、组织与人员、标识管理、医保服务e站、采购管理、价格管理、目录管理、医药服务、信息化管理以及监督管理。

本文件适用于定点医疗机构医药服务管理。

## 2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**定点医疗机构** *fixed medical institution*

自愿与统筹地区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。

### 3.2

**医保基金使用相关人员** *personnel associated with the utilization of medical insurance funds*

为参保人员提供使用基金结算的医疗类、药学类、护理类、技术类等卫生专业技术人员，以及定点医疗机构负责医疗费用和医保结算审核的相关工作人员。

## 4 组织与人员

### 4.1 医疗保障管理委员会

4.1.1 提供住院服务的定点医疗机构，应设立医疗保障管理委员会，负责本机构医疗保障工作的组织领导与决策。医疗保障管理委员会主任应由本机构主要负责人担任，副主任应由分管医保、财务、药品、设备耗材、医务、医疗质量、信息化建设的领导担任，成员应由对应职能科室主要负责人和主要临床医技科室主任组成。医疗保障管理委员会职责包括但不限于：

- 贯彻执行医疗保障法律法规规章以及政策规定，合理、规范使用医保基金，杜绝不良收费行为发生；
- 建立健全与医保基金使用相关的内部管理制度，至少每半年听取一次内部医保相关工作报告；
- 统筹指导本机构各职能管理部门和临床医技业务科室按照医保政策法规开展医疗保障工作。

4.1.2 医疗保障管理委员会下设办公室，由分管医保的领导兼任办公室主任。医疗保障管理委员会办公室主要职责包括但不限于：

- 负责督促本机构各有关职能部门落实委员会决定事项、工作部署和要求；
- 组织研究本机构医保重点工作、主要问题，提出具体措施和建议；
- 统筹按照医保政策规定及医疗保障服务协议约定开展医保工作；
- 负责医疗保障管理委员会日常事务工作。

4.1.3 其他定点医疗机构可根据需要设立医疗保障管理委员会。

## 4.2 内部医保管理部门

4.2.1 提供住院服务的定点医疗机构，应设立内部医保管理部门，主要职责包括但不限于：

- a) 组织制定并实施与医保管理相适应的医保管理、信息共享、沟通机制等内部管理制度；
- b) 定期召开医疗业务与医保协调会议；
- c) 统筹医保费用审核、监督检查、绩效考核等工作；
- d) 医保政策解读和政策宣传、政策咨询服务；
- e) 定期自查本机构的医保管理、医疗保障服务协议执行、医保基金支付等情况；
- f) 对医保基金使用相关人员等医保管理和服务 ([ 人员进行资质审核、信息申报、校验、备案等；
- g) 定期组织培训并考核。

注 1：仅提供门诊服务的定点医疗机构，可根据需要设立内部医保管理部门。

4.2.2 提供住院服务的定点医疗机构，应配备与医疗机构规模相适应的专职医保管理人员。专职医保管理人员数量宜满足下列要求：

- a) 床位数 >2000 张，配备 13 名以上专职医保管理人员；
- b)  $1000 < \text{床位数} \leq 2000$ ，配备 9 名以上专职医保管理人员；
- c)  $500 < \text{床位数} \leq 1000$ ，配备 8 名以上专职医保管理人员；
- d)  $300 < \text{床位数} \leq 500$ ，配备 6 名以上专职医保管理人员；
- e)  $100 < \text{床位数} \leq 300$ ，配备 4 名以上专职医保管理人员；
- f)  $0 < \text{床位数} \leq 100$ ，配备 2 名以上专职医保管理人员。

注 2：仅提供门诊服务的定点医疗机构，至少配备 1 名以上专（兼）职医保管理人员。

4.2.3 专（兼）职医保管理人员应满足下列要求：

- a) 能够正确理解、掌握和执行医疗保障政策，参加医疗保障部门培训并考核合格，能准确解读政策文件、医疗保障服务协议并转化为可操作的业务流程；
- b) 了解临床、卫生、财会、经济、管理等相关业务知识，掌握病案编码规范，能纵向对接医疗保障部门解释临床需求，横向协调临床医技科室优化诊疗规范，依法依规依约执行医保政策，对外处理参保人员的咨询与投诉；
- c) 熟练操作医保信息系统和医院管理系统，实现数据实时联网与自动传输，保障信息准确性。

## 4.3 人员配备与要求

4.3.1 应至少配备 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本医疗机构的医师。

4.3.2 医保基金使用相关人员应参加由医疗保障部门组织的宣传培训，熟练掌握医保管理政策法规、内部医保管理制度和业务经办流程，熟练使用医疗机构、医保信息系统，并考核合格。

4.3.3 应按照医疗保障部门要求对医保基金相关工作人员、医保管理人员、医保服务 e 站专（兼）职工作人员实行备案管理和动态更新。

4.3.4 应建立医保基金使用相关人员医保支付资格管理制度，实行一个自然年度 12 分记分管理，将医保基金使用相关人员记分管理情况，与其年度考核、内部通报等激励约束管理制度挂钩。

4.3.5 卫生专业技术人员应具备相应的专业技术资格证书或执业证书，并按照技术资格证书载明的或执业证书规定的执业类别、执业范围执业。定点医疗机构不得使用非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作。

## 5 标识管理

- 5.1 应严格按照医疗保障部门要求制作统一名称、样式的定点医疗机构标识，禁止擅自改动。
- 5.2 标识应统一悬挂在定点医疗机构的显著、醒目位置。在室外悬挂的，位置首选宜位于正门左侧，其次正门右侧，存在多出入口的定点医疗机构，允许在不同外立面或出入口悬挂多个标牌，但需确保样式一致。受经营环境限制无法室外悬挂的，应向医疗保障部门申请备案，改为室内悬挂。禁止自行在牌匾或门头擅自增加“医保定点单位”“省、市重点”等非规范字样。
- 5.3 定点医疗机构必须确保标牌悬挂安全，妥善保管标牌，定期进行维护，保持整洁完整，自行承担标牌悬挂及相关安全责任。定点医疗机构因自身原因造成标牌损毁或灭失的，应按全市统一的制式，重新制作标识。
- 5.4 定点医疗机构不再具备医保定点资格的，不得再悬挂定点医疗机构标识。

## 6 医保服务 e 站

### 6.1 服务要求

6.1.1 定点医疗机构应建立医保服务 e 站，公布《医保服务 e 站服务事项清单》。服务内容包含但不限于：

- a) 医保政策讲解/咨询；
- b) 医保结算问题处理；
- c) 门诊/住院自费转医保补记账审核；
- d) 异地就医备案；
- e) 医保电子凭证（医保码）激活、密码维护；
- f) 深圳参保人员参保及记账信息查询；
- g) 个人账户活化使用、家庭共济关系绑定/解绑；
- h) 基层普通门诊统筹定点医疗机构选定/变更；
- i) 其他医疗保障部门要求提供的服务事项。

6.1.2 应根据办事群众数量、业务类型等，按不低于医保服务 e 站建设标准配置工作人员。工作人员知识、技能和素质应满足但不限于以下要求：

- a) 具备医疗保障相关法律、法规、规章及规范性文件等理论知识；
- b) 熟悉本机构业务范围、业务流程、进驻事项的办理规程等业务知识；
- c) 具有良好的职业道德、心理素质和文字表达能力；
- d) 熟练使用医疗机构、医保信息系统等计算机操作技能。

6.1.3 应耐心接待参保人员，及时、准确向参保人员提供服务与指引。对不能现场答复或不确定的问题，应做好记录，及时答复参保人员，不应推诿参保人员的合理诉求。

6.1.4 工作时间应在岗提供服务。工作时间离开窗口的，应安排人员补岗。特殊情况短暂（30 分钟以内）离开窗口且无法及时补岗的，在窗口摆放“暂停服务”提示牌进行离岗提示。

6.1.5 服务期间禁止从事与工作无关事项，禁止与服务对象发生大声争吵等有损医保服务 e 站形象的行为。

### 6.2 建设要求

6.2.1 应满足“四有四优四统一”建设要求，为参保人员在就医过程中遇到的各类医疗保障需求提供服务与指引，即：

- a) “四有”基础设置：有专门场所、有专用标识、有专业清单、有专属人员；
- b) “四优”服务环境：环境优美、秩序优良、服务优质、形象优雅；

c) “四统一”运行标准：统一 e 站标识、统一服务清单、统一业务流程、统一经办标准。

6.2.2 应划定专门服务场所，在醒目位置悬挂统一样式的“医保服务 e 站”标识，并根据医疗保障部门要求进行统一的标识建设，包括但不限于挂牌、台牌、服务台、背景墙等。

6.2.3 应实施统一的定点医疗机构医保服务 e 站建设标准，完善服务清单事项办理规程，建立运行医保服务 e 站内部管理制度。

6.2.4 应摆放意见箱或意见簿、公布投诉电话，接受社会公众监督。

## 7 采购管理<sup>1)</sup>

7.1 应建立完善药品、医用耗材采购内部管理制度，严格执行药品、医用耗材采购和使用相关规定。

7.2 公立医疗机构使用的药品和医用耗材应通过医药集中采购平台采购。

注3：医用耗材是指具有《医疗器械注册证》或者《医疗器械备案凭证》，属于国家医保医用耗材分类范围，且已经获得国家医保编码的医用耗材。

7.3 应按照国家、广东省药品和医用耗材集中带量采购相关规定，科学合理填报药品、医用耗材采购需求量，优先采购使用中选产品，确保按采购合同完成约定采购量。

7.4 当中选产品出现质量或供应不足等重大问题时，应及时向医疗保障部门和相关部门报告反映，并积极采取应对措施。

7.5 对采购平台上无企业挂网的短缺品种、应对公共卫生突发事件的应急审批或紧急紧缺品种、未发生实际交易或其他原因导致采购困难且临床必需、临床使用量极少等类型的药品或医用耗材，医疗机构可在规定的采购比例范围内自行采购，并及时将相关采购信息上传至医药集中采购平台备案。

注4：医用耗材的自行采购应严格履行院内审批程序，按照公平原则协商，以不高于本机构最新现行采购价进行线下议价采购。

7.6 应按照国家、广东省及深圳市有关政策规定与相关生产经营企业签订药品、医用耗材购销合同，并按照合同约定严格诚信履约，及时结清款项。

## 8 医药服务价格管理

### 8.1 医疗服务价格项目管理

8.1.1 公立医疗机构、社会办非营利性医疗机构应按照本市医疗服务价格项目提供医疗服务。政府部门未公布实施的医疗服务价格项目，不得向患者收费。

8.1.2 社会办营利性医疗机构在本市医疗服务项目外设立医疗服务项目的，应符合医疗服务技术规范，并报卫生健康部门备案。

8.1.3 本市现行医疗服务价格项目未覆盖的新医疗技术或新医疗活动，可按规定提出新增医疗服务价格项目申请。

8.1.4 公立医疗机构应当建立科学、规范的医疗服务项目管理制度，规范新增、修订以及转归医疗服务价格项目和特需医疗服务价格项目内部审核流程，按相关规定完整、真实地向医疗保障部门提交申报材料。

8.1.5 公立医疗机构应加强内部审核，对属于以下情形的，不予提出相关新增医疗服务价格项目申请：

a) 属于非医疗活动的，包括但不限于教育培训、科研随访、数据处理、资料复制、便民服务、生活照料、精神慰藉、养生保健等；

---

1) <sup>1</sup> 公立医疗机构的药品、医用耗材采购应符合本章节相关规定，其他医疗机构可参照执行。



- b) 属于医疗活动，但服务和收费的性质属于公共卫生服务、行政事业性收费、经营服务性收费，或医疗机构代收费的；
  - c) 属于医疗活动，但仅发生于医疗机构之间、医疗机构与其他机构之间，不直接面向患者服务的；
  - d) 项目名称不规范，没有项目内涵或内涵不清晰，变更全省统一医疗服务价格项目名称、内涵的；
  - e) 按照技术细节、操作步骤、岗位分工、应用场景等拆分重组医疗服务价格项目的；
  - f) 按特定设备、耗材、发明人、技术流派等要素设立，具有排他性的；
  - g) 属于现行医疗服务价格项目可兼容的新医疗技术或新医疗活动；
  - h) 虽然使用新技术、新设备、新试剂等，但诊疗目的、服务产出与全省统一医疗服务价格项目内的项目一致，诊疗效果无明显提高，成本上升较大的；
  - i) 不符合国家医疗保障局发布的立项指南相关精神，或国家医疗保障局明确不予新增的；
  - j) 不符合法律法规、规章、规范性文件规定，或被相关职能部门取消或废止的。
- 8.1.6 对医疗保障部门正式公布的新增、修订或优化整合后的医疗服务价格项目，应及时组织内部学习培训，相应调整信息系统及内部质控规则，确保及时、准确执行。
- 8.1.7 新增医疗服务价格项目试行期结束前，原申报医疗机构认为确有必要保留的，应按相关规定向医疗保障部门提出转归申请。
- 8.1.8 根据临床需要，可就现行医疗服务价格项目的名称、内涵、除外内容、计价单位、说明等要素向医疗保障部门提出修订建议。
- 8.1.9 符合条件的医疗机构开展特需医疗服务的，特需服务价格项目应在广东省现行医疗服务价格项目目录内选择形成，并明确特需医疗服务内容，不得以特需服务价格项目的形式变相新增医疗服务价格项目。
- 8.1.10 应控制特需医疗服务规模，特需医疗服务要在保证基本医疗服务供给规模和服务质量的前提下开展，不得挤占基本医疗服务资源。

## 8.2 医疗服务项目价格管理

- 8.2.1 公立医疗机构提供基本医疗服务应当执行本市政府指导价及价格档次管理相关规定；提供试行期内新增医疗服务价格项目、市场调节价目录内医疗服务价格项目和特需医疗服务的，应遵循公平、合法和诚实信用的原则自行制定合理价格，按规定向医疗保障部门备案后执行，并在一定时期内保持稳定。
- 8.2.2 非公立定点医疗机构向参保人提供基本医疗服务时，其收费价格应当参照执行我市基本医疗服务价格，并按照本市公立医疗机构价格档次管理相关规定确定价格档次。
- 8.2.3 公立医疗机构应密切监测医疗服务成本和收入结构变化，配合如实提供调价所需的相关资料，合理提出调整医疗服务项目价格的意见建议。
- 8.2.4 各级各类医疗机构应建立顺畅的调价流程，及时调整或通知院内相关部门调整医疗服务项目价格，并做好公示工作。
- 8.2.5 同一次诊疗服务，同一服务项目的特需医疗服务价格项目与基本医疗服务价格项目不得同时收费。
- 8.2.6 各级各类医疗机构应严格遵守医疗服务价格政策，依法依规提供医疗服务并收取费用，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。

## 8.3 药品和医用耗材价格管理

- 8.3.1 公立医疗机构应执行药品和医用耗材“零加成”政策。纳入医保定点的非公立医疗机构，按照双方签订的医疗保障服务协议约定执行。
- 8.3.2 公立医疗机构应充分参考医用耗材集中采购平台提供的价格信息，与生产企业进行实质性议价采购。

## 8.4 价格公示

8.4.1 医疗机构应遵循公开、公平、诚实信用的原则，对所提供的医疗服务项目、药品、医用耗材等明码标价，通过机构官网、电子屏、公示栏、公示牌、价目表等方式，在服务场所显著位置清晰公示并及时更新医疗服务项目、药品、医用耗材的价格。不得在公示的价格之外另行收取费用。不得强制服务并收费，不得将以任何理由转嫁向患者多收费。公示内容包括但不限于：

- a) 医疗服务价格公示内容：医疗服务项目编码、项目名称、计价单位、执行价格、项目内涵、除外内容、项目说明、自付比例等相关信息。公立医疗机构对属于市场调节价的项目应注明“自主定价”。
- b) 药品价格公示内容：药品通用名、商品名、计价单位、销售价格、规格、剂型、生产厂家、医保属性。
- c) 医用耗材价格公示内容：医用耗材的注册证名称、注册证编号、产品名称、注册证规格、注册证型号、计价单位、销售价格、生产厂家。

8.4.2 应向参保人员提供价格咨询服务，主动告知查询方式，如人工咨询、电子查询、纸质清单等。

8.4.3 应在服务场所显著位置公布 12345 热线电话和本机构价格咨询、投诉电话。

## 9 目录管理

9.1 应根据国家、广东省医保药品、医用耗材、诊疗项目目录的动态调整，及时更新，确保参保人员使用目录范围内项目所发生的费用，能按照规定进行医保记账。

9.2 应优先配备、使用医保目录药品。建立本机构药品配备与医保药品目录联动机制，根据医保药品目录调整结果及时对本机构用药目录进行调整和优化。不得以医保支付方式、医疗机构用药目录数量限制、药占比等为由减少医保药品目录内药品的合理配备、使用。

9.3 应严格执行国家医保谈判药品政策，及时召开药事会，配备国家医保谈判药品，并合理使用。暂时无法纳入本机构供应目录，但临床确有需求的，应通过临时采购或纳入外购药品目录方式予以保障（特殊管理药品除外）。

9.4 经药品监督管理部门批准生产和使用的医疗机构制剂，应按规定在本医疗机构或调剂范围内使用，属于医保基金支付范围的，按规定予以医保记账。

9.5 药品、医用耗材、诊疗项目目录是医保基金支付药品、医用耗材、诊疗项目费用的标准。临床医师进行诊疗或开具处方时，应基于患者病情进行专业判断，不受医保目录限制。参保人员在购买和使用药品时，也有权根据实际情况和临床医师建议进行选择，不受医保目录束缚。

9.6 应执行医保限定支付范围，审核适应症限制范围、特殊疾病用药条件、基金支付类别等，留存限定支付范围使用依据。应建立内部审核机制，发挥信息系统的预警作用，将相关医保限定支付规定转换为智能监控规则并不断完善，防止发生超医保限定支付范围记账行为。

## 10 医药服务

### 10.1 基本要求

10.1.1 应提供电话、网络、现场等多渠道预约挂号服务，支持参保人员使用医疗保障凭证支付费用。

10.1.2 应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。积极使用智能核卡系统核验就医人员真实身份，在住院环节实行智能核卡全覆盖，在门诊环节对重复开药、超量开药等重点人群开展智能核卡。发现人证不符等情况的，不得进行医保结算。因特殊原因需要委托他人代为购药的，应核验委托人和受托人的身份证明，并做好记录。

10.1.3 为已办理个人账户家庭关联的参保人员提供医疗服务的，应刷取被授权人医疗保障凭证。

10.1.4 禁止以任何形式存、押医疗保障凭证。禁止将医保电子凭证以拍照、视频、截图等方式变相进行远程医保费用结算。

## 10.2 诊疗服务

10.2.1 应按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务。

10.2.2 首次接诊外伤参保人员时，应载明受伤的时间、地点、原因、伤情和接诊时间。

10.2.3 应执行检查检验结果互认工作，合理利用参保人员在其他医疗机构所做的检查检验结果。

10.2.4 应按照国家、广东省及本市处方管理有关规定，做好处方开具、调剂、保管工作。

10.2.5 应执行处方外配相关规定，并通过医保电子处方中心提供处方外配服务，外配处方应清楚显示外购标志、医保或自费费用类别、处方通道类型等信息。支持参保人员凭处方到定点零售药店购药，支持将医保电子处方打印成纸质处方，明确告知参保人员购药流程和注意事项。

10.2.6 提供门诊特定病种诊断服务的，应严格按照医疗保障部门规定的门诊特定病种诊断标准进行认定，不得出具虚假认定资料。

10.2.7 应严格执行入院、出院指征和重症监护病房收治标准。禁止以任何理由推诿、拒绝符合住院条件的参保人员住院治疗；禁止将不符合入院标准的参保人员收治住院；禁止以医保支付政策等任何理由，要求未达到出院标准的参保人员提前出院或转自费住院；不得挂床住院，不得以减免起付标准、减免个人负担费用、发放实物、发放卡券、返还现金、免费体检等名义，诱导参保人员住院。

10.2.8 应按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院，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，不得串换药品、医用耗材、诊疗服务和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

10.2.9 应按照卫生健康、中医药等部门要求为参保人员做好病历记录，记录应清晰、完整，并按保管期限要求妥善保管备查。病历记录应与票据、费用清单等相吻合。

## 10.3 医保结算

10.3.1 应优化医保结算流程，为本地和异地参保人员提供同等、便捷的医疗服务，按规定进行医保费用直接结算。

10.3.2 医疗费用中属于参保人员个人自费部分，通过自助服务机、手机移动端、人工窗口等多种支付模式满足微信、支付宝、银行卡、现金等方式支付。

10.3.3 因系统故障、社会保障卡损坏或者补办、无法出示医保电子凭证等原因导致参保人员不能直接结算的，应协助参保人员做好补记账手续。

10.3.4 应建立费用清单（含电子清单）制度，向参保人员提供医疗服务、药品、医用耗材等费用明细清单、医疗收费专用票据或发票，并提供打印服务。票据和清单应进行分类小计与合计，并与医保实际结算项目保持一致。费用明细清单包括但不限于：

- a) 门诊费用明细清单应列明发生项目的名称、规格、医保目录编码、计价单位、数量、单价、医保统筹基金以及个人账户记账金额、总金额等；
- b) 住院费用明细清单应列明各发生项目的类别、名称、规格、医保目录编码、计价单位、数量、单价、自费项目、金额、总金额、医保记账金额等。

10.3.5 医保基金使用相关人员登记状态为暂停及终止的，其提供服务发生的医保费用不予结算。

10.3.6 不得为处于中止协议期间的医疗机构或者不具备医保结算资格的其他机构提供医保结算。未经医疗保障部门批准开展特定医保服务的科室不得提供医保结算业务。

10.3.7 应建立医疗保障基金结算清单质量控制制度，严格按照医疗保障基金结算清单填写规范要求，在规定时间内及时、准确、规范填写和上传清单信息，上传医保信息平台的数据应经过本机构质控。

10.3.8 应按要求如实向医疗保障部门申报医保费用，并留存结算清单、票据等相关资料备查，确保申请结算的材料完整、真实。

10.3.9 应全面对接医保智能监管系统开展日常审核，配合医疗保障部门开展异常数据申诉。

#### 10.4 权益保护

10.4.1 除急诊抢救等特殊情形外，提供医保基金支付范围以外的医药服务，须经参保人员或者其近亲属、监护人签字同意确认。

10.4.2 参保人员在诊疗活动中受到损害且涉及医保费用的，应与参保人员协商解决，符合规定的可纳入医保结算。

10.4.3 参保人员选定、变更或者解除定点医疗机构的，不得以任何理由干预、拒绝。

10.4.4 应遵守相关法律法规和医学伦理规范，对参保人员的隐私信息予以严格保密，并采取必要的技术和管理措施防止信息泄露。

### 11 信息化管理

#### 11.1 设施设备

11.1.1 应配置符合医疗保障部门要求的医保费用结算设备、密码键盘，支持参保人员使用医保电子凭证（医保码）、身份证、社会保障卡联网结算；相关设备不得转借或者赠予他人，不得改变使用场地。

11.1.2 应配备满足医疗保障部门要求的移动支付、医保综合服务终端应用的设备，以及电子技术监控设备（视频监控、人脸识别、实名制监管等功能）、智能核卡设备、考勤设备等。

11.1.3 应具有符合医疗保障服务协议管理要求的信息系统和接口标准，实现与国家医疗保障信息平台对接，配合完成信息系统改造、维护和数据上传等工作。

11.1.4 应按规定接入国家医疗保障信息平台电子处方中心，实现电子处方流转与国家医疗保障信息平台的对接。医师开具的外配处方应经本机构药师线上处方审核后流转。

11.1.5 应按照医疗保障部门有关要求，实现与国家医疗保障信息平台追溯码功能模块有效对接，实现入库和销售环节追溯信息全量规范采集并上传至国家医疗保障信息平台。

11.1.6 应对接智能监控系统，积极运用事前提醒、事中审核功能，在医生开具处方医嘱时，实现违法违规行为的弹窗提醒，并合理反馈或遵从，积极配合做好事中审核的查询、反馈工作。

11.1.7 应接入医保支付资格管理模块，实时更新维护医保基金相关人员的登记备案状态。

11.1.8 定点医疗机构信息系统出现故障影响参保人员就医的，应立即通知医疗保障部门，启动应急预案。

#### 11.2 数据管理

11.2.1 设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材等基础数据库，按照规定使用国家和广东省统一的医保编码，在国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台按照医疗保障信息业务编码等标准和要求，按照医疗保障部门要求做好动态更新维护。

11.2.2 应按照医疗保障部门要求上传全量诊疗、结算数据，同时满足直接调取访问的需求，确保数据的准确性和真实性。

11.2.3 应按照医疗保障部门有关要求，配备功能完善的进销存管理系统，实现与国家医疗保障信息平台有效对接，实时或定期上传医保药品、医用耗材的全部“进、销、存”数据至国家医疗保障信息平台。

11.2.4 应完整保留参保人员互联网诊疗过程中的电子病历、电子处方、购药记录等信息，实现就医诊疗、处方开具、处方流转、费用结算、药品配送等全程可追溯。

11.2.5 应按要求全面开展药品、医用耗材追溯码扫码入库、扫码销售工作，实现应扫尽扫，确保数据上传质量符合医疗保障部门监管要求。

### 11.3 网络和信息安全

11.3.1 应按照国家网络安全、数据安全、个人信息保护等法律法规要求，定期检查网络和安全设备，防范网络违法犯罪活动，落实网络安全、数据安全主体责任，保护国家安全、社会公共利益及参保人员个人合法权益，保护参保人员个人信息。

11.3.2 应申请医保数据专线，接入医保专网，禁止医保专线与其他互联网线路混用。

11.3.3 应具备相应的保护与防攻击措施，确保医保数据不被篡改和非法获取。安装终端安全监控和管理软件，不安装来源不明软件，不得一机多网连接，严禁处理涉密信息。

11.3.4 应采用有效的安全隔离措施，保证信息系统网络与互联网物理隔离。

11.3.5 应保护参保人员隐私及数据安全，不得利用参保人员信息谋取私利。

## 12 监督管理

### 12.1 质量管理

12.1.1 应符合本市定点医疗机构资源配置管理要求，持续符合定点医疗机构基本条件。

12.1.2 应遵守医保相关法律法规及规章制度，建立符合医疗保障服务协议管理要求的内部管理制度、标准和流程，包括但不限于医保管理制度、进销存管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等。

12.1.3 应适应医疗服务价格和医保支付方式改革形势，规范诊疗行为，保证医疗质量，严格控制医疗费用的不合理增长。

12.1.4 应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。

12.1.5 应符合医疗机构开设科室的人员、基础设施和仪器设备基本标准。

12.1.6 应按规定保管诊疗过程中的病历、处方、明细清单、药品和医用耗材出入库记录等单据资料，门（急）诊病历、住院病历（含电子）保管期限按照卫生健康等行政部门要求执行；处方单、治疗单、检查报告、明细清单等单据保存期限不少于2年。法律法规规章对资料保存期限有更长规定的，依照其规定执行。

### 12.2 内外部监督

12.2.1 应加强行业自律，规范医药服务行为，依法、合理使用医疗保障基金。

12.2.2 应配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、专项检查、绩效考核、政策宣传等工作，接受监督检查，并按规定提供相关材料。

12.2.3 应加强信息公开，通过公示栏、官方网站等渠道，主动公开医疗机构资质、医师执业信息、医疗服务价格、医疗质量指标等内容，接受社会监督。

12.2.4 应建立投诉与纠纷调解机制，设立投诉举报电话和邮箱，及时受理和处理患者投诉，维护参保人员合法权益。

12.2.5 应接受新闻媒体、医保社会监督员、参保人员监督。

12.2.6 宜积极参与医疗保障相关的国家标准、行业标准、地方标准、团体标准及企业标准的制修订工作。配合医疗保障部门或行业协会制定、发布及实施医疗保障相关倡议书。

12.2.7 应配合完成以下违反医疗保障服务协议处理，因违反医疗保障部门相关规定且情节属实，导致相关处理结果，包括但不限于以下结果：约谈医疗机构法定代表人、主要负责人或实际负责人，整改、

暂停或不予拨付费用，不予支付或追回已支付的医保费用，按照医疗保障服务协议支付违约金，中止相关责任人员或所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务，中止医疗保障服务协议，解除医疗保障服务协议等情形。

参 考 文 献

[1] 全国人民代表大会常务委员会. 中华人民共和国社会保险法:全国人民代表大会常务委员会第七次会议. 2018年

[2] 全国人民代表大会常务委员会. 中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法:全国人民代表大会常务委员会第十五次会议. 2019年

[3] 国务院. 医疗保障基金使用监督管理条例:中华人民共和国国务院令〔2021〕735号. 2021年

[4] 国务院. 社会保险经办条例:中华人民共和国国务院令〔2023〕765号. 2023年

[5] 国家医疗保障局. 医疗机构医疗保障定点管理暂行办法:国家医疗保障局令〔2020〕2号. 2020年

[6] 国家医疗保障局. 关于建立定点医药机构相关人员医保支付资格:国家医疗保障局令〔2024〕23号. 2024年

[7] 广东省医疗保障局. 广东省医疗保障局特需医疗服务项目和价格管理办法:粤医保规〔2023〕7号. 2020年

[8] 广东省医疗保障局关于印发新增医疗服务价格项目管理办法的通知:粤医保规〔2024〕2号. 2024年

[9] 深圳市人民政府. 深圳市医疗保障办法:深圳市人民政府令〔2023〕358号. 2023年

[10] 深圳市医疗保障局. 深圳市医疗保障局关于做好我市公立医疗机构价格档次管理的通知:深医保发〔2019〕13号. 2019年

[11] 深圳市医疗保障局. 深圳市医疗保障局关于进一步加强医用耗材挂网采购管理的通知:深医保规〔2024〕8号. 2024年

[12] 深圳市医疗保障局. 深圳市公立医疗机构药品采购管理办法:深医保规〔2021〕7号. 2021年

---