**重庆市医疗保障局文件**

渝医保发〔2021〕34号

|  |
| --- |
|  |

重庆市医疗保障局

关于印发《重庆市医疗机构医疗保障

定点管理暂行办法》的通知

各区县（自治县）医疗保障局，两江新区社会保障局、高新区政务服务和社会事务中心、万盛经开区人力社保局，有关单位：

现将《重庆市医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》印发你们，请遵照执行。



重庆市医疗保障局

2021年6月30日

（此件公开发布）

**重庆市医疗机构医疗保障定点管理暂行办法**

**第一章 总 则**

第一条 为加强和规范我市医疗机构医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障我市广大参保人员权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗机构管理条例》及国家医疗保障局公布的《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）等相关法律法规规章，制定本办法。

第二条 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。

第三条 市医疗保障局负责按照国家医疗保障部门要求制定我市医疗机构定点管理政策，各级医疗保障行政部门负责在定点申请、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。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”），提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。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。

**第二章 定点医疗机构的确定**

第四条 市医疗保障局根据公众健康需求、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我市定点医疗服务的资源配置。各区县（自治县）医疗保障行政部门不得自行设置定点医疗服务资源配置。

第五条 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、乡镇卫生院、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补充协议，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，由各级经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

第六条 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，为参保人员提供直接联网结算。设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库，按规定使用国家统一的医保编码；

（六）开展生育保险医疗服务的需满足以下条件：

1．取得《母婴保健技术服务许可证》；

2．《医疗机构执业许可证》的执业范围中注明“计划生育技术许可项目”；

3．设有生育或产前检查医疗服务的诊疗科目，具备生育医疗服务的技术、医疗设施、设备和仪器；

（七）符合法律法规、国家及市医疗保障局规定的其他条件。

第七条 医疗机构向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（见附件1）；

（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照复印件；

（三）与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

（四）与医保有关的医疗机构信息系统相关材料（见附件2）；

（五）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告（见附件3）；

（六）开展生育保险医疗服务的还需以下材料：

1．重庆市职工生育保险定点医疗机构申请表（见附件4）；

2．《母婴保健技术服务许可证》、《计划生育手术服务机构执业许可证》复印件；

3．生育或产前检查医疗服务的诊疗科目清单，生育医疗服务的技术、医疗设施、设备和仪器证明材料。

（七）市医疗保障局按相关规定要求提供的其他材料。

第八条 市医保中心负责及时受理中国人民解放军陆军军医大学、重庆医科大学附属医疗机构，以及按市级医保协议管理的医疗机构的定点申请，并出具受理文书（见附件5）。其他医疗机构的定点申请，按属地原则由当地经办机构负责及时受理，并出具受理文书。已定点医疗机构需新增同一法人下的分支机构或者结算点的，需向协议经办机构申请评估合格后开通医保结算，不得按新增医疗机构申请办理。对申请材料内容不全的，经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医疗机构补充，并提供受理情况回执（见附件5）。

第九条 各级经办机构应组织评估小组，以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员由医疗保障、卫生健康、药品监管、财务管理、信息技术、医疗机构等专业人员构成，且不少于5人。自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。评估内容包括：

（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；

（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；

（四）核查与医保政策对应的内部管理制度和财务制度，卫生健康部门医疗机构评审的结果；

（五）核查与医保有关的医疗机构信息系统是否具备开展直接联网结算的条件。

评估小组按照医疗机构申请定点管理评估表（见附件6）开展评估工作，经经办机构集体研究确定评估结果是否合格。对于评估合格的，将其纳入拟签订协议医疗机构名单，并向社会公示。对于评估不合格的，应告知其理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改3个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。各级经办机构应将评估结果报送同级医疗保障行政部门。

第十条 各级经办机构与评估合格的医疗机构协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。原则上，各级经办机构与医疗机构签订医保协议并向同级医疗保障行政部门备案。医保协议应明确双方权利、义务和责任。签订医保协议的双方应当严格执行协议约定。协议期限一般为1年。

第十一条 各级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、地址等，供参保人员选择。

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。

**第三章 定点医疗机构运行管理**

第十三条 定点医疗机构具有依法依规为参保人员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。

第十四条 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。定点医疗机构不得为非定点医疗机构提供医保结算。

各级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。

第十五条 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、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、监护人同意。

第十六条 定点医疗机构应当制定相应的内部管理措施，严格掌握出入院指征。按照协议执行医保总额预算指标，执行按项目、按病种、按疾病诊断相关分组、按床日、按人头等支付方式。不得以医保支付政策为由拒收患者。

第十七条 定点医疗机构按有关规定执行集中采购政策，优先使用集中采购中选的药品和耗材。医保支付的药品、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“进、销、存”等情况。

第十八条 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。

第十九条 定点医疗机构应当参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训。

定点医疗机构应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，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。

第二十条 定点医疗机构在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识。

第二十一条 定点医疗机构应按要求及时向协议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协议经办机构报送药品、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。

第二十二条 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、绩效考核等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

第二十三条 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。

第二十四条 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。定点医疗机构重新安装信息系统时，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。

**第四章 经办管理服务**

第二十五条 各级经办机构有权掌握协议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、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。市级医保协议服务机构以外的定点医疗机构实行属地管理，各区县经办机构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管理服务职责，市医保中心对市级医保协议服务机构为本地和异地参保人员提供的医疗服务承担管理服务职责。

第二十六条 各级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，制定经办规程，为定点医疗机构和参保人员提供优质高效的经办服务。

第二十七条 各级经办机构应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。

第二十八条 各级经办机构应当落实医保支付政策，加强医疗保障基金管理。

第二十九条 各级经办机构应当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。

第三十条 各级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、现场检查等方式及时审核医疗费用。对定点医疗机构进行定期和不定期稽查审核。按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。

第三十一条 各级经办机构可以按国家规定向定点医疗机构预付一部分医保资金，缓解其资金运行压力。在突发疫情等紧急情况时，可以按国家规定预拨专项资金。

第三十二条 定点医疗机构违规申报费用，经审查核实的，经办机构不予支付。

第三十三条 各级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。

第三十四条 市医保中心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。各级经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

第三十五条 各级经办机构应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。

第三十六条 经办机构或其委托符合规定的第三方机构，对定点医疗机构开展绩效考核，建立动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。绩效考核细则由市医疗保障局按照国家医疗保障部门制定的考核办法制定，经办机构负责组织实施。

第三十七条 对于定点医疗机构结算周期内未超过总额控制指标的医疗费用，经办机构应根据协议按时足额拨付。对定点医疗机构因参保人员就医数量大幅增加等形成的合理超支给予适当补偿。

第三十八条 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方式：

（一）约谈医疗机构法定代表人、主要负责人或实际控制人；

（二）暂停或不予拨付费用；

（三）不予支付或追回已支付的医保费用；

（四）要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金；

（五）中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务；

（六）中止或解除医保协议。

第三十九条 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的，可视情节相应采取以下处理方式：约谈主要负责人、限期整改、通报批评，对相关责任人员依法依规给予处分。

医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规和规章的，依法依规进行处理。

**第五章 定点医疗机构的动态管理**

第四十条 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，应自有关部门批准之日起30个工作日内向协议经办机构提出变更申请。其他一般信息变更应及时书面告知。

定点医疗机构统一社会信用代码未发生变化的其他重大信息变化按信息变更办理，统一社会信用代码发生变化的，按新增定点医疗机构办理。

第四十一条 续签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。各级经办机构与定点医疗机构就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据医保协议履行情况和绩效考核情况等决定是否续签。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。

对于绩效考核结果好的定点医疗机构的年度医保协议可以每年根据具体情况调整，简化签约手续。

第四十二条 医保协议中止是指经办机构与定点医疗机构暂停履行医保协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过医保协议有效期的，医保协议可继续履行；超过医保协议有效期的，医保协议终止。

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

（一）根据日常检查和绩效考核，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）法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

第四十三条 医保协议解除是指经办机构与定点医疗机构之间的医保协议解除，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、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）法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

第四十四条 定点医疗机构请求中止、解除医保协议或不再续签医保协议的，应提前3个月向经办机构提出申请。公立医疗机构不得主动提出中止或解除医保协议。

第四十五条 定点医疗机构的部分人员或科室有违反协议管理要求的，可对该人员或科室中止或终止医保结算。

第四十六条 医疗机构与协议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，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

**第六章 定点医疗机构的监督**

第四十七条 医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协议订立、协议履行和解除等进行监督，对经办机构的内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等进行指导和监督。

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。

第四十八条 医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、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。

第四十九条 经办机构发现违约行为，应当及时按照协议处理。

经办机构作出中止相关责任人员或者所在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，要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存在违约情形的，应当及时责令经办机构按照医保协议处理，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，认为经办机构移交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。

**第七章 附 则**

第五十条 职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助、居民大病保险等医疗保障定点管理工作按照本办法执行。

第五十一条 本办法中的经办机构是具有法定授权，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。

定点医疗机构是指自愿与各级经办机构签订医保协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

医保协议是指由经办机构与医疗机构经协商谈判而签订的，用于规范医疗服务行为以及明确双方权利、义务及责任等内容的协议。

第五十二条 本办法未尽事宜按国家医保局公布的《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》实施。

第五十三条 本办法由重庆市医疗保障局负责解释，自2021年7月1日起施行。

附件：1．重庆市基本医疗保险定点医疗机构申请表（附

　　　　《卫技人员花名册》）

　　　2．重庆市医药机构申请定点管理联网登记表

　　　3．医保基金的预测性分析报告

　　　4．重庆市职工生育保险定点医疗机构申请表

　　　5．重庆市申请医疗、生育保险定点医疗机构受理书

　　　　（经办机构留存）、重庆市申请医疗、生育保险定

　　　　　点医疗机构受理情况回执单

　 　6．医疗机构申请定点管理评估表

附件1

重庆市基本医疗保险

定点医疗机构申请表

申请单位: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申 请 时 间： 年 月 日

·重庆市医疗保障局制·

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | | | 第二名称 | | | |  | | | | | |
| 医疗机构地址 |  | | | | 统一社会信用代码 | | | |  | | | | | |
| 所有制形式 |  | | | | 是否为非营利  性医疗机构 | | | | 是　　　　否 | | | | | |
| 执业许可证号 |  | | | | 医院等级 | | | |  | | | | | |
| 开户银行  及帐号 |  | | | | 主管部门 | | | |  | | | | | |
| 正式运营时间 |  | | | | 营业面积 | | | |  | | | | | |
| 法定代表人 | 姓名 | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | |
| 身份证号码 | | | | | | | | | | | | | |
| 实际控制人 | 姓名 | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | |
| 身份证号码 | | | | | | | | | | | | | |
| 医保主管领导 | 姓名 | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | |
| 医保职能部门 | 负责人 | | | | 联系电话 | | | |  | | | | | |
| 专职人数 | | | | 兼职人数 | | | |  | | | | | |
| 床位情况 | 核定住院床位数 | | | | 实际住院开放  床位数 | | | |  | | | | | |
| 急诊观察床位数 | | | | 临时观察  床位数 | | | |  | | | | | |
| ICU床位数 | | | CCU床位数 | | | | | 特需病房床位数 | | | | | |
| 职工情况 | 在职职工人数 | | | | | | | | | | | | | |
| 卫技人员  构成  (以注册人员为准) |  | | 总人数 | | | 高级职称 | | 中级职称 | | | 初级职称 | | | |
| 医　生 | |  | | |  | |  | | |  | | | |
| 护　士 | |  | | |  | |  | | |  | | | |
| 医　技 | |  | | |  | |  | | |  | | | |
| 药　师 | |  | | |  | |  | | |  | | | |
| 合　计 | |  | | |  | |  | | |  | | | |
| 科室设置  及病床数  (以注册人员为准) | 序号 | 科室 | 住院  开放床位数 | | | 医生人数 | | 护士人数 | | | 其他 | | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | |
|  |  |  | | |  | |  | | |  | | |
| 大型医疗设备清单 | | | | | | | | | | | | |
| 品种 | | | | 型号及数量 | | | | 购买年月 | | | 有效期 | | |
| 电子束扫描诊断仪 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| X线计算机断层扫描仪（CT） | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 彩色多谱勒超声诊断仪 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 爱克斯刀（X刀） | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 医用直线加速器 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 眼科准分子激光治疗仪 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 磁共振成像仪（MRI） | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 数字减影血管造影装置（DSA） | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 核素计算机断层显象仪 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 细胞刀 | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 超高速CT(UPCT) | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 正电子发射断层扫描装置（PET） | | | |  | | | |  | | |  | | |

大型医疗设备清单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 其他大型医疗仪器设备清单 | | | |
| 品种 | 型号及数量 | 购买年月 | 有效期 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 申  请  内  容 | （单位公章）  　　　　　　　　　　　　　法人代表签字　　年　　月　　日 |
| 备  注 |  |

注：卫计人员花名册由申报单位单独附表同时报送

卫技人员花名册

医疗机构名称（签章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 科室及  岗位 | 姓名 | 性  别 | 身份  证号码 | 专业种类 | 职称 | 执业资格  证及编号 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、“专业种类”应与执业证书内容相符；

2、“科室及岗位”栏填具体科室和职务；

3、此表上报时需附执业证注册证复印件并由医疗机构盖章确认，公立医院可直接提供卫生健康部门的注册情况说明。

附件2

重庆市医药机构申请定点管理联网登记表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 定点医药机构名称(加盖公章) |  | | | | | 等级 |  | |
| 详细地址 |  | | | | | 邮编 |  | |
| 医保负责人 |  | | | 手机 |  | 办公电话 |  | |
| 信息负责人 |  | | | 手机 |  | 办公电话 |  | |
| 医药机构代码 |  | | | | 批准文号 |  | | |
| 开通项目 | 医药定点  管理 |  | | 生育保险  定点管理 |  | 长护保险  定点管理 |  | |
| 连接医保专线 链路情况 | 网络营运商 |  | | 带宽 |  | 安装时间 |  | |
| IP地址  （统一规划） |  | |
|
| 医保接口情况 | 医保接口  服务商 |  | | 联系电话 |  | 项目负责人 |  | |
| HI软件商情况 | HIS商 |  | | 联系电话 |  | 项目负责人 |  | |
| 医保目录 对照情况 | 医药机构目录对照完成时间 |  | | 区县经办机构意见 |  | 审核人（签字） |  | |
|
| 医保接口与HIS  软件测试 | 医药机构HIS软件版本 |  | | 安装时间 |  | 测试时间 |  | |
| 接口版本 |  | | 安装时间 |  | 测试时间 |  | |
| 测试结果 |  | | | 测试人员签字 |  | | |
| 异地就医软件测试情况 | 测试时间 |  | 测试结果 | |  | 测试人员签字 | |  |
| 协议签订情况 | 签订时间 |  | | | 区县经办机构  (签章) |  | | |
| 市医保局医疗保障事务中心意见 | 经办人： |  | | | 组长： |  | | |
|
| 市医保局信息化工作组意见 | 经办人： |  | | | 组长： |  | | |
|
| 医药机构开通情况 | 开通时间 |  | | | 经办人： |  | | |

附件3

医保基金的预测性分析报告

1. 医疗机构基本情况

包括机构规模、人员配比、设备配备、制度建设、系统建设情况等。

1. 医疗机构运行情况

包括收支及结余情况，住院患者市内外就诊情况，患者医疗负担情况，医疗资源利用情况等。

1. 基金使用预测分析

包括对医保基金使用总额预估，收治医保患者预测，次均费用测算，门诊医保基金测算，住院医保基金测算等。

附件4

重庆市职工生育保险定点医疗机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位名称 |  | | | | | |
| 所有制形式 |  | | 法人代表 | | |  |
| 医院等级 |  | |  | | |  |
| 单位地址 |  | | | | | |
| 联系人 |  | 联系电话 | |  | | |
| 单位开户银行及帐号 | |  | | | | |
| 资质名称 | | 有 | | | 无 | |
| 生育医疗资质 | |  | | |  | |
| 母婴保健技术服务许可证 | |  | | |  | |
| 《医疗机构执业许可证》的执业范围中是否注明“计划生育技术许可项目” | |  | | | | |
| 申请内容 | | （单位印章）  法人代表签字　　年　月　日 | | | | |

附件5

**重庆市申请医疗、生育保险定点医疗机构受理书**

**（经办机构留存）**

受理经办机构（业务章）

编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请定点  医疗机构名称 |  | | | |
| 申请单位地址 |  | | | |
| 申请联系人 |  | | 联系电话 |  |
| 申请类别 | 医疗□生育□ | | 受理日期 |  |
| 受理情况 | 受理 □    不予受理□  不予受理原因： | | | |
| 受理经办机构联系人 |  | 联系电话 | |  |

**重庆市申请医疗、生育保险定点医疗机构受理情况回执单**

受理经办机构（业务章）

编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请定点  医疗机构名称 |  | | | |
| 申请单位地址 |  | | | |
| 申请联系人 |  | | 联系电话 |  |
| 申请类别 | 医疗□生育□ | | 受理日期 |  |
| 受理情况 | 受理 □    不予受理□  不予受理原因： | | | |
| 受理经办机构  联系人 |  | 联系电话 | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件6 | |  | |  |  |  |  | |
| 医疗机构申请定点管理评估表  申请医疗机构名称： 时间： 年 月 日 | | | | | | | | |
| **序号** | **项目** | | **基本条件** | | **核查要点** | **核查获取**  **信息** | | **评估结果** |
| 1 | 功能定位和基本配备 | | 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服务资质的军队医疗机构 | | 1. 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是否齐备； 2. 卫生健康部门医疗机构评审的结果是否符合要求； 3. 市场监管部门制发的营业执照信息是否与卫生健康部门颁发的许可证相关信息一致； 4. 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是否符合行业主管部门相关要求。 |  | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 2 | 运营时间 | | 正式运营至少3个月 | | 以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发放时间为正式营运起算时间计算是否达到3个月；申请表运营有关信息是否符合要求。 |  | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 3 | 专业技术人员 | | 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 | | 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是否真实，并符合要求。 |  | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 4 | 医保管理岗位设置 | | 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设内部医保管理部门，安排专职工作人员 | | 1. 机构主要负责人基本信息和主要职责是否明确； 2. 机构设置情况，床位设置情况； 3. 100张床位以下机构医保管理人员配备情况和职责要求是否清晰明确； 4. 100张床位以上机构医保管理部门及人员设置配备情况，部门及岗位职责要求是否清晰明确。 |  | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 5 | 管理制度 | | 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 | | 1. 医保管理制度是否符合医保协议管理要求； 2. 财务制度是否符合医保协议管理要求； 3. 统计信息管理制度是否符合医保协议管理要求； 4. 医疗质量安全核心制度是否符合医保协议管理要求。 |  | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 6 | 信息技术条件 | | 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，为参保人员提供直接联网结算。设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库，按规定使用国家统一的医保编码 | | 1. 信息系统技术和接口标准是否符合医保协议管理要求； 2. 信息系统对接是否到位； 3. 全部就诊人员相关信息是否按要求向医保信息系统及时传送； 4. 是否具备为参保人员提供直接联网结算条件； 5. 是否建立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库； 6. 是否支持医保电子凭证各项业务； 7. 是否按规定使用国家统一的医保编码，专机专用。 |  | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 7 | 生育保险 | | 取得《母婴保健技术服务许可证》；《医疗机构执业许可证》的执业范围中注明“计划生育技术许可项目”；设有生育或产前检查医疗服务的诊疗科目，具备生育医疗服务的技术、医疗设施、设备和仪器 | | 1. 核查《医疗机构执业许可证》的执业范围中是否注明“计划生育技术许可项目”； 2. 核查《母婴保健技术服务许可证》是否真实有效； 3. 核查是否设置生育或产前检查医疗服务的诊疗科目； 4. 核查是否具备生育医疗服务的技术、医疗设施、设备和仪器 |  | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 8 | 执业范围与合规经营 | | 无不予受理情形（另附后表分项评估） | | 根据申请表、预测性分析报告、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以及法定代表人、主要负责人或实际控制人身份信息等核查相关执业范围、经营、履约信息 |  | | 符合 □/ 不符合 □ |
| 评估结论 | | | 合格 □/ 不合格 □ | | | 经办机构（盖章） | | |

注：1、基本医疗保障定点管理机构除第7项外，其他项目均符合，评估结论为合格，有一项不符合即为不合格。

2、申请生育保险定点管理机构此表格所有项目均符合，评估结论为合格，任一项目不符合即为不合格。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构申请不予受理情形评估 | | | | |
| **序号** | **不予受理情形** | **核查形式** | **核查获取信息** | **评估结论** |
| 1 | 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 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □ 其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |
| 2 | 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 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □ 其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |
| 3 | 未依法履行行政处罚责任的 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □ 其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |
| 4 | 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 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □ 其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |
| 5 | 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 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □ 其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |
| 6 | 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 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □ 其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |
| 7 | 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 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □ 其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |
| 8 | 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 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □ 其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |
| 9 | 申报后经整改再次评估不合格，再次评估之日起未满1年的 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □ 其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |
| 10 | 法律法规规定的其他不予受理的情形 | 部门联查 □/ 承诺事项公示 □ 其他：（说明具体方式） |  | 存在 □/ 不存在 □ |

|  |  |
| --- | --- |
| 重庆市医疗保障局办公室 | 2021年6月30日印发 |