附件2：

克州医疗保障定点医疗机构准入规程（试行）

为加强和规范基本医疗保险定点医疗机构的管理，确保定点医疗机构准入退出公平、公正、公开，根据《自治区基本医疗保险定点医药机构协议管理暂行办法》（新人社发〔2016〕37号）《新疆维吾尔自治区 新疆生产建设兵团医疗机构医疗保障定点管理评估实施细则（试行）》《（新医保规〔2021〕1号）《新疆维吾尔自治区区本级基本医疗保险定点医疗机构协议管理准入评分标准表》，结合自治州实际，制定准入规程。

一、适用范围

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，由统筹地区经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。  
 二、医疗机构存在下列情形之一的，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。

三、申请定点医疗机构的基本条件

（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、财务、统计信息管理、医疗质量安全核心等制度,有医疗“进、销、存”管理系统,并有相应台账等；  
 （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）单位及从业人员按规定参加职工医疗保险、生育保险等社会保险，依法与从业人员签订1年及以上劳动合同，且在劳动合同有效期内；  
 （七）符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。  
 四、评估主体和评估周期

（一）成立自治州医疗保障定点医疗机构准入（退出）评估工作领导小组（以下简称评估工作组）由自治州医疗保障局牵头组织、自治州卫生健康委员会、自治州市场监督管理局相关人员及自治州定点医药机构和社区群众代表组成，派驻纪检组全程参与共同开展评估。

（二）评估主体。医疗机构申请准入的评估工作由自治州医疗保障局组建的评估工作组或委托第三方开展评估。

（三）评估周期。自治州医疗保障局每年开展两次集中评估，分为；初评；初评公示，复评；复评公示，提交审议，确认公示。

五、评估程序

（一）受理和初评。每年受理申请两次，按照属地原则，由各（县）市医疗保障局受理医疗机构申请资料开展初评并公示。县（市）医疗保障局将初评符合条件的受理医疗机构申请资料和初评报告，在5日内报自治州医疗保障局基金医药监管科。

（二）考核评估。自治州医疗保障局组织评估小组或委托第三方对县（市）医疗保障局初评合格的医疗机构进行实地考核评估赋分。其中评分85分（含85分）以上的医疗机构直接列入拟新增准入定点医疗机构名单并公示；60分以上（含60分）至85分的医疗机构，按照不超过四分之一的比例从高分到低分确定列入下一个评估周期拟新增定点医疗机构名单。如果连续两个评估周期均未通过考核评估的，三年内不予受理该医疗机构的准入申请。

（三）提交审议。自治州医疗保障局基金医药监管科将拟新增医疗机构名单提交局党组审议，会议通过后，确定新增医疗机构名单。

（四）公示确认。审批通过的新增医疗机构名单在5个工作日内在统筹地医疗保障网站公示，公示期7天。公示期间被举报不符合申请条件的，经核实情况属实的，取消申请资格，三年内不予受理该医疗机构的准入申请。公示无异议的，确认为自治州医保准入定点医疗机构，安装医保结算系统并确保正常运行。

（五）签订协议。自治州医疗保障局事业发展中心（或委托县市医疗保障局）与协商一致的准入定点医疗机构签订医保服务协议，明确双方的责任、权利和义务。协议有效期原则不超过3年，协议签订后任何一方违反协议，对方均有权解除协议。新增定点医疗机构名称、地址、联系电话等内容及时向社会公布。因医疗机构原因，未能在规定时间内签订协议的，视作自动放弃。协商谈判无法达成一致意见的，不签订协议。未签订服务协议的医疗机构要加入医保定点，需重新提出申请、重新评估。

附:

1.克州医疗机构申请定点协议管理材料清单

2.克州定点医疗机构申请定点承诺书

3.克州医保定点医疗机构协议管理准入评估评分标准

4.克州定点医疗机构协议管理申请书

附1

克州医疗机构申请定点协议管理材料清单

医疗机构向统筹地区经办机构提出医保定点申请提供以下材料：  
（一）定点医疗机构申请表；  
（二）医疗机构执业许可证、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(申请时携带原件,验证后收取复印件）；  
（三）根据医疗机构性质，提供以下证件之一:  
有效期内《营业执照》(统一组织机构代码证)、《事业单位法人证书》《民办非法人证书》；  
（四）与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；  
（五）与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；  
（六）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；  
（七）统筹地区医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

克州医疗机构申请定点承诺书

本单位承诺所提交的新疆维吾尔自治区克州医疗保障定点医疗机构服务申请相关材料真实、合法、有效，如有不实，愿意承担一切责任、后果。

申请单位法人（签章） 年 月 日

申请单位 （签章） 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附3 克州医疗保障定点医疗机构协议管理准入评估评分标准** | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 评定项目 | 分值 | 三级医院评分标准 | 分值 | 三级专科医院 | 分值 | 二级医院 | 分值 | 社区医院、门诊部、一级医院（乡镇卫生院） | 分值 | 社区门诊、口腔门诊及无等级医疗机构 | 提交材料 |
| 1 | 营业期限（已变更的医疗机构，提供成立时的批准文件） | 5 | （1）3个月以下不得分； （2）3个月以上得5分。 | 5 | （1）3个月以下不得分； （2）3个月以上得5分。 | 5 | （1）3个月以下不得分； （2）3个月以上得5分。 | 5 | （1）3个月以下不得分； （2）3个月以上得5分。 | 5 | （1）3个月以下不得分； （2）3个月以上得5分。 | 《医疗机构执业许可证》正、副本 |
| 2 | 属于基本医疗保险记账范围内临床科室设置数量 | 10 | （1）9个以下，得2分； （2）9个，得4分； （3）10个，得6分； （4）11个，得8分； （5）12个以上，得10分。 | 10 | （1）6个以下，得2分； （2）6个，得4分； （3）7个，得6分； （4）8个，得8分； （5）9个以上，得10分。 | 10 | （1）4个以下，得4分； （2）4个，得6分； （3）5个，得8分； （4）6个以上，得10分。 | 5 | （1）1个以下，得1分； （2）2个，得2分； （3）3个，得3分； （4）4个以上，得5分。 |  | —— | 《医疗机构执业许可证》正、副本 |
| 3 | 核定病床数量 | 5 | 编制床位数以内（含编制床位数）得5分，超出编制床位数0分 | 5 | 编制床位数以内（含编制床位数）得5分，超出编制床位数0分 | 5 | 编制床位数以内（含编制床位数）得5分，超出编制床位数0分 | 5 | 编制床位数以内（含编制床位数）得5分，超出编制床位数0分 |  | —— | 《医疗机构执业许可证》正、副本，实地核查 |
| 4 | 注册执业于该医疗机构的医师（或药师）数量 | 10 | 高级职称医师： （1）6名以下，得2分； （2）6名以上8名以下，得4分； （3）8名以上10名以下，得6分； （4）10名以上，12名以下，得8分； （5）12名以上，得10分。 | 10 | 高级职称医师： （1）6名以下，得2分； （2）6名，得4分； （3）7名，得6分； （4）8名，得8分； （5）9名以上，得10分。 | 10 | 中级职称以上医师： （1）3名以下，得4分； （2）3名，得6分； （3）4名，得8分； （4）5名及以上，得10分； | 10 | 中级职称以上医师： （1）3名以下，不得分； （2）4名以上,得10分。 | 10 | 中级职称以上医师 （1）1名,得5分； （2）2名以上,得10分。(口腔门诊为口腔专科医师) | 专业技术资格证、医师执业证书 |
| 5 | 注册执业于该医疗机构的全科医师数量 |  | —— |  | —— |  | —— | 10 | （1）无，不得分； （2）1名以上,得10分。 | 10 | （1）无，不得分； （2）1名以上,得10分。 | 全科医师资格证、医师执业证书 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6 | 注册执业于该医疗机构的护师（士）数量 | 10 | （1）9名以下，不得分； （2）9名以上，其中无中级职称以上护师，得5分； （3）9名以上，其中中级职称以上护师1名，得8分； （4）9名以上，其中中级职称以上护师2名以上或其中高级职称护师1名以上，得10分。 | 10 | （1）7名以下，不得分； （2）7名以上，其中无中级职称以上护师，得5分； （3）7名以上，其中中级职称以上护师1名，得8分； （4）7名以上，其中中级职称以上护师2名以上或其中高级职称护师1名以上，得10分。 | 10 | （1）5名以下，不得分； （2）5名以上，其中无中级职称以上护师，得5分； （3）5名以上，其中中级职称以上护师1名，得8分； （4）5名以上，其中中级职称以上护师2名以上或其中高级职称护师1名以上，得10分。 | 5 | （1）2名以下，不得分； （2）2名以上，得5分。 | 10 | （1）1名，得5分； （2）2名以上，得10分。(口腔门诊护师1名及以上) | 专业技术资格证、护士执业证书 |
| 7 | 注册执业于该医疗机构的下列医师合计数量（同一人具有多项头衔的不予重复计数）：①国家、省、市认定的“名中医”；②本市“医疗卫生三名工程”认定的“名医”；③曾任或现任的省级以上医学会或医师协会的常委或理事以上成员；④曾任或现任的三甲以上医院临床科室主任或学科带头人 | 5 | （1）无，不得分； （2）1名以上，得5分。 | 5 | （1）无，不得分； （2）1名以上，得5分。 | 5 | （1）1名(正高)得5分。（2）1名（副高）得2.5分。 | 5 | （1）1名(正高)得5分。（2）1名（副高）得2.5分。 | 5 | （1）1名(正高)得5分。（2）1名（副高）得2.5分。 | 名中医、名医、医学会常委、医师协会理事、科室主任或学科带头人的相关资格证件或任命证书、文件等 |
| 8 | 配备的基本医疗保险目录内西药和中成药种类数（西药种类按通用名计算、中成药种类按药品标准中的正式名称计算） | 5 | （1）400种以下，得1分； （2）400种以上600种以下，得2分； （3）600种以上800种以下，得3分； （4）800种以上，得5分。 | 5 | （1）300种以下，得1分； （2）300种以上500种以下，得2分； （3）500种以上700种以下，得3分； （4）700种以上，得5分。 | 5 | （1）200种以下，得1分； （2）200种以上400种以下，得2分； （3）400种以上600种以下，得3分； （4）600种以上，得5分。 | 5 | （1）150种以下，得1分； （2）150种以上200种以下，得2分； （3）200种以上250种以下，得3分； （4）250种以上，得5分。 | 5 | （1）100种以下，得2分； （2）100种以上150种以下，得3分； （3）150种以上，得5分。 | 自拟已标识社会医疗保险药品的医疗机构药品总目录，提供年初盘库资料 |
| 9 | 医疗环境及服务，同级别同类型医疗机构距离 | 5 | （1）医疗环境良好得1分（2）服务质量好得2分（3）距离2公里以上得2分 | 5 | （1）医疗环境良好得1分（2）服务质量好得2分（3）距离2公里以上得2分 | 5 | （1）医疗环境良好得1分（2）服务质量好得2分（3）距离2公里以上得2分 | 5 | （1）医疗环境良好得1分（2）服务质量好得2分（3）距离2公里以上得2分 | 5 | （1）医疗环境良好得1分（2）服务质量好得2分（3）距离2公里以上得2分 | 提供就医环境照片及实际情况说明 |
| 10 | 申请医疗机构依法与职工签订劳动合同，并足额缴纳社保费 | 20 | 依法签订劳动合同，全员足额参保得20分，其他情况不得分 | 20 | 依法签订劳动合同，全员足额参保得20分，其他情况不得分 | 20 | 依法签订劳动合同，全员足额参保得20分，其他情况不得分 | 20 | 依法签订劳动合同，全员足额参保得20分，其他情况不得分 | 20 | 依法签订劳动合同，全员足额参保得20分，其他情况不得分 | 医疗机构出具承诺书 |
| 11 | 医疗机构建立信息管理系统，实行药品库和医（药）师标准化信息管理，并能与医保支付系统全面对接 | 5 | 信息系统已完善，并能对接得5分，其他情况不得分 | 5 | 信息系统已完善，并能对接得5分，其他情况不得分 | 5 | 信息系统已完善，并能对接得5分，其他情况不得分 | 5 | 信息系统已完善，并能对接得5分，其他情况不得分 | 5 | 信息系统已完善，并能对接得5分，其他情况不得分 | 医疗机构出具承诺书，并确保能够联网使用 |
| 12 | 有健全完善的医疗服务管理制度，有无健全的财务、人员管理制度。无医疗事故或其他违法违规行为。 | 15 | 有完善健全的医疗服务管理制度得2分，有健全的财务、人员管理制度得10分，无医疗事故或其他违法违规行为得3分，其他情况不得0分 | 15 | 有完善健全的医疗服务管理制度得2分，有健全的财务、人员管理制度得10分，无医疗事故或其他违法违规行为得3分，其他情况不得0分 | 15 | 有完善健全的医疗服务管理制度得2分，有健全的财务、人员管理制度得10分，无医疗事故或其他违法违规行为得3分，其他情况不得0分 | 15 | 有完善健全的医疗服务管理制度得2分，有健全的财务、人员管理制度得10分，无医疗事故或其他违法违规行为得3分，其他情况不得0分 | 20 | 有完善健全的医疗服务管理制度得2分，有健全的财务、人员管理制度得15分，无医疗事故或其他违法违规行为得3分，其他情况不得0分 | 医疗机构出具承诺书，财务记账凭证等，现场核查。 |
| 13 | 药品价格 | 5 | 符合药品价格相关部门要求的得5分，不符合的得0分 | 5 | 符合药品价格相关部门要求的得5分，不符合的得0分 | 5 | 符合药品价格相关部门要求的得5分，不符合的得0分 | 5 | 符合药品价格相关部门要求的得5分，不符合的得0分 | 5 | 符合药品价格相关部门要求的得5分，不符合的得0分 | 现场勘察，随机抽20个以上品种。 |
| **分值合计** | | 100 |  | 100 |  | 100 |  | 100 |  | 100 |  |  |
| 注： | 1、本表“以下”不包括本数，“以上”包括本数。需提供材料重复的只需提供一份。 2、本表第4、5、6项所涉人员计入评定分值的均须在该医疗机构连续注册执业满3个月以上，其中第7项所涉人员计入评定分值的应在该医疗机构实际执业服务时间合计至少达到每月20天。3、医疗机构建筑面积：社区服务站及同等医疗机构不得低于150㎡（以房产证为准），社区门诊及无床位门诊不得低于60㎡（以房产证为准），低于以上标准的医疗机构评分为0分。4、医疗机构有下列情形之一，其评定总分直接评为0分：①《医疗机构执业许可证》未按时校验/校验不合格的；②从递交申请资料之日起计算，医疗服务场所使用权 5、提交材料均需加盖机构公章，验原件，收复印件。 6、申请医疗机构对以上申请内容做出承诺，保证真实有效。 | | | | | | | | | | | |

附4：

克州定点医疗机构协议管理申请书

（ 年）

申请单位（签章）：

申请时间：

填表说明

一、有关“表1”填写说明：

1.单位名称：须填写医疗单位全称。

2.机构代码：指唯一标识码，填写执业许可证副本上的组织代码。

3.是否在或者曾在其他医疗机构任职：有则需填写机构名称，注明是否定点，无则填无。

4.所有制形式：公立或非公立（如为非公立的需按照执业许可证副本内容如实填写具体所有制形式）。

5.执业范围：指正在开展的诊疗科目。

二、有关“表2”填写说明：

1.科室设置及病床数：要求填写到专业科室情况（如神经内科等）。

2.特需医疗科室：指医疗机构根据市场需求和自身条件，经批准成立的特需医疗部门，包括医院内的合资病房、特需病区等。

3.编制床位数：指卫健委颁发的执业许可证副本中所规定的床位数。

4.实有床位数：指医疗机构现有床位数。

5.没有病床的，本表填无。

三、有关“表3”填写说明：

1.平均门诊人次费用、平均处方额、平均住院人次费用、日均住院医疗费等应如实填报。

2.特色科室情况：如医师职称、是否有住院床位及床位数等。

四、有关“表4”的填写说明：

1.申请内容：是指由医疗机构填写申请签订医保服务协议的意向。

2.上级主管意见：指本单位管理机构，如各局、总公司、各计划单列企业、控股公司等；无上级单位填无。

备注：此表一式三份，一份报克州医疗保障局、一份报县（市）医疗保障局、一份定点医疗机构留存，同时报电子版。

表1（签章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | |
| 机构代码 |  | 法定代表人 |  | 身份证号码 |  |
| 电话号码 |  |
| 法定代表人是否同时或曾在其他医疗机构任职 |  | | | | |
| 所有制形式 |  | 院长姓名 |  | 机构类别 |  |
| 医院等级 |  | 医院建筑  总面积（m2） |  | 门诊建筑  面积(m2) |  |
| 单位地址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 执业许可证号码 |  | 执业范围 |  | 发放执业  许可证时间 |  |
| 医保负责人姓名 |  | | 联系电话 |  | |
| 单位开户  银行及账号 |  | | | | |
| 信息系统  开发商名称 |  | | | | |
| 卫生技术人员  构成情况 | 人员 分类 | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 |
| 医 生 |  |  |  |  |
| 护 士 |  |  |  |  |
| 医技 人员 |  |  |  |  |
| 药剂 人员 |  |  |  |  |
| 其它 人员 |  |  |  |  |
| 合 计 |  |  |  |  |

表2（签章）

| 科 室 设 置 及 实 有 床 位 数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 总计 |  |
| 编制床位数 张 （实有床位数 张） | | | | | |
| 特 需 医 疗 科 室 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 | 科室 | 床位数 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

表3（签章）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医 疗 机 构 上 一 年 度 费 用 情 况 | 业务总收入 | 万元 | 其中药品收入 | 万元 |
| 门诊总收入 | 万元 | 其中药品收入 | 万元 |
| 累计门诊人次 |  | 平均日门诊人次 |  |
| 平均门诊人次费用 | 元 | 平均处方额 | 元 |
| 住院总收入 | 元 | 其中药品收入 | 元 |
| 住院总人次 |  | 平均住院人次费用 | 元 |
| 日均住院医疗费用 | 元 | 平均住院日 | 天 |
| 特色科室情况 |  | | |

表4 （签章）

|  |  |
| --- | --- |
| 申请内容 | （盖章）  法人代表签字： 年 月 日 |
| 上级主管部门意见 | （盖章）  法人代表或负责人签字： 年 月 日 |