

绍兴市医疗保障局文件

绍市医保〔2020〕21号

绍兴市医疗保障局关于印发《绍兴市医疗保障定点医疗机构协议管理办法（试行）》的通知

各县（市）医疗保障局，市局各分局，各有关单位：

现将《绍兴市医疗保障定点医疗机构协议管理办法（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。



绍兴市医疗保障定点医疗机构协议 管理办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为进一步加强和规范医疗保障定点医疗机构（以下简称“定点医疗机构”）管理，根据国家医疗保障局办公室《关于当前加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知》（医保办发〔2018〕21号）、人力资源社会保障部《关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的指导意见》（人社部发〔2015〕98号）、浙江省人力资源和社会保障厅《关于规范完善浙江省基本医疗保险定点医药机构协议管理的通知》（浙人社发〔2016〕60号）等规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称定点医疗机构，是指自愿与医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）签订《绍兴市医疗保障定点医疗机构服务协议》（以下简称“服务协议”），为参保人员和救助对象提供合理、基本的医疗服务的医疗机构。

第三条 市医疗保障行政部门负责全市定点医疗机构协议管理工作，制定全市定点医疗机构协议管理办法，指导、监督各区、县（市）医疗保障行政部门做好对定点医疗机构的协议管理工作。各区、县（市）医疗保障行政部门负责当地定点医疗机构协议管理工作，对当地经办机构和定点医疗机构协议管理工作程序、执行政策法规、履行服务协议等情况进行监督检查。市级经办机构负责全市

定点医疗机构协议管理经办工作，制定全市定点医疗机构协议文本、考核管理办法等，对全市经办机构进行业务指导，具体负责市级公立医疗机构的协议签订和日常经办工作。各区、县（市）经办机构具体负责当地定点医疗机构协议签订和日常经办工作。定点医疗机构遵守医保有关政策，按照服务协议约定向参保人和救助对象提供医疗服务。

第四条 各级医疗保障部门在协议管理过程中要坚持“以人民健康为中心”的理念，遵循保障基本、公平公正、择优选择、动态管理的原则，按照强化监管、优化服务的要求促进医疗保障精细化管理、促进医疗机构供给侧改革，主动接受各方监督。

第二章 申报条件

第五条 以下取得《医疗机构执业许可证》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，可根据医疗保障定点服务的需要和条件，及自身服务能力，向各区、县（市）经办机构提出定点申请，按本办法规定提交相关申报材料，配合做好相关评估工作：

（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、护理院。

（三）社区卫生服务中心（站）、中心卫生院、乡镇（街道）卫生院、门诊部、诊所、卫生所（站）、村卫生室（所）、医务室。

(四) 急救中心、急救站。

(五) 安宁疗护中心、血液透析中心。

(六) 互联网医院可依托其实体医院申请定点。

临床检验中心、医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心等作为第三方服务提供机构可以与定点医疗机构签订协议并报当地经办机构备案后，为定点医疗机构提供相关服务。相关费用由统筹地区经办机构与定点医疗机构结算。

第六条 申请定点的医疗机构须符合以下条件：

(一) 依法取得卫生健康行政部门核发的《医疗机构执业许可证》，且提出定点申请时已营业 3 个月以上（营业时间以《医疗机构执业许可证》颁发之日起算）。

(二) 严格执行卫生健康、市场监管等部门有关法律法规规定；自提出定点申请之日起前 1 年内（不足 1 年的自《医疗机构执业许可证》颁发之日起算）没有因违法违规行为被卫生健康、市场监管等部门处理的，且无重大医疗事故。

(三) 具备与医疗保障管理服务要求相适应的医保管理、医疗质量安全管理、财务管理、统计信息管理 etc 内部制度。

(四) 具备符合医疗保障定点管理要求的信息化管理系统；药品、诊疗项目、医疗收费、财务实现计算机管理，计算机网络具备与智慧医保信息管理系统联网的基本条件；安装使用药品和耗材进、销、存管理系统，并实行动态实时管理；安装对收费结算行为实施全程实时监控的音视频摄像监控系统；按规定使用统一的医保编码；承诺按智慧医保信息系统建设要求做好相关工作。

(五) 医疗机构开展的符合《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》内服务项目数量占该机构已开展的医疗服务总项目数量比例、配备的符合《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》内药品数量占该机构已配备的总药品数量比例均达到 70%以上。能确保为患者提供良好的就医诊疗、配药等医药服务。

(六) 承担住院医疗服务的医疗机构住院床位数不少于 50 张 [按国家规定设立的社区卫生服务中心、中心卫生院、乡镇(街道)卫生院除外]，眼科类等专科医疗机构不少于 20 张。口腔类医疗机构治疗椅不少于 20 张。

(七) 专业技术人员配置的数量符合国家有关医疗机构设置标准(未评定等级的医疗机构，按卫生健康部门《设置医疗机构批准书》中确定的“建设级别”为准)；依法为应参保职工办理社会保险参保并按时足额缴纳各项社会保险费；在本单位连续参保 3 个月以上的职工占应参保职工的 50%以上；退休人员需提供相关依据(劳务合同、工资清单)。

(八) 配备专(兼)职医保管理人员负责医保工作，并由医疗机构负责人分管医保工作。核定床位 100 张以上的医疗机构应设医疗保障办公室，应配备一定数量的专职工作人员。

第七条 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、种牙植牙等非基本医疗服务为执业范围的。

(二) 医保部门处罚期未结束或经济处罚未缴清的。

(三) 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。

(四) 医疗机构因违反医保有关法律法规,解除协议未满3年或已满3年但受医保部门经济处罚未缴清的;其法定代表人或主要负责人新开办的医疗机构及分支机构未满3年的。

(五) 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。

第八条 已定点的社区卫生服务中心[中心卫生院、乡镇(街道)卫生院,下同],其下属社区卫生服务站(村卫生室)需纳入医保定点,符合以下条件的,可由社区卫生服务中心申请,报各区、县(市)经办机构审核同意后直接纳入所在社区卫生服务中心结算:

(一) 与社区卫生服务中心属于同一财务核算单位。

(二) 药品由社区卫生服务中心统一配送。

(三) 工作人员由社区卫生服务中心聘用。

(四) 计算机系统与社区卫生服务中心联网,并与本地卫生信息管理系统联网。

第三章 办理流程

第九条 办理流程包括受理申请、初步审核、组织评估、结果公示、签订协议等主要环节。

第十条 医疗机构自愿向各区、县(市)经办机构提出定点申请,并提供以下材料:

(一) 《绍兴市医疗保障协议定点医疗机构申请书》一式3份。

(二) 《绍兴市医疗保障协议定点医疗机构自评表》1份。

(三) 《医疗机构执业许可证》的正、副本复印件。营利性医疗机构另需提供《营业执照》的原件及复印件各1份。

(四) 县级及以上卫生健康部门确认的医疗机构等级证书(无等级不需提供)、执业医师(包括执业助理医师、乡村医师)注册证书等相关材料原件及复印件各1份。

(五) 已开展的医疗服务项目及价格清单、药品及价格清单,经省级卫生健康部门批准购置的大型医用设备清单1份。

(六) 医疗机构用房产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同等相关资料原件及复印件各1份。

(七) 法定代表人身份证复印件1份及医疗机构工作人员花名册。

第十一条 符合条件的医疗机构可提出定点申请,各区、县(市)经办机构应即时受理。各区、县(市)经办机构应对申请材料进行初审,材料齐全的予以受理,材料不齐或不符合条件的,应自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医疗机构。医疗机构应自收到材料补正通知之日起5个工作日内补正,逾期不补正的视作放弃申请,须3个月后方可再次申请。

第十二条 各区、县(市)医疗保障行政部门应建立定点医疗机构评估工作专家库,成员由当地医疗保障行政部门、医保经办机构、卫生健康、市场监管、定点医疗机构、人大代表或政协委员等人员组成,并根据需要进行调整完善。

第十三条 各区、县(市)经办机构按全市统一的评估规程(详

见附件 1)，选取专家组成评估小组进行评估。自受理申请之日起，评估时间不超过 3 个月。评估费按相关规定执行。

第十四条 评估分申报资料评分和现场考核评分。由评估小组按照《绍兴市医疗保障定点医疗机构申报资料评分表》和《绍兴市医疗保障定点医疗机构现场考核评分表》（附件 2、3）对申请的医疗机构进行评估打分。评估工作全程接受纪检监察部门监督。

第十五条 评估总分 100 分。经评估分值达到 80 分（含）以上的医疗机构，认定为合格并纳入拟新增定点医疗机构名单。对于评估不到 80 分的认定为不合格，并告知其理由，自结果告知之日起，须 3 个月后方可再次提交申请。

第十六条 各区、县（市）经办机构将拟新增定点医疗机构名单在当地政府网站上公示 5 个工作日。公示期满无异议的，列入拟签订服务协议医疗机构名单。

第十七条 医疗机构在公示期间和签订服务协议前被举报申报条件不实或被相关部门行政处罚的，各区、县（市）经办机构应认真进行调查核实，情况属实的，不予签订服务协议。

第十八条 公示期满无异议的，各区、县（市）经办机构应及时通知医疗机构做好纳入定点前的相关准备工作，包括网络接入、智慧医保信息管理系统使用、音视频摄像监控设施安装、药品和诊疗项目匹配等工作。医疗机构做好相关准备工作，经办机构应及时进行验收。验收不合格的，医疗机构应在 1 个月内整改到位，逾期未整改到位的，不予签订服务协议。

第十九条 验收合格后，各区、县（市）经办机构将拟签订服

务协议医疗机构名单报当地医疗保障行政部门备案，由当地医疗保障行政部门发文。各区、县（市）经办机构应在发文后 1 个月内与新增定点医疗机构签订服务协议，并向社会公布签订服务协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址等。

各区、县（市）确定并公布的绍兴市域范围内的定点医疗机构，实现服务协议互认和一卡通结算。各区、县（市）经办机构应及时将新增定点医疗机构录入绍兴市智慧医保信息系统。

第四章 管理服务

第二十条 定点医疗机构应当严格执行服务协议，合理诊疗、合理收费，严格执行医保药品、诊疗项目等目录，控制自费医药项目的使用，提高医保基金使用效率。

第二十一条 定点医疗机构应当严格按照医保支付方式改革的要求，执行按项目、按病种、按疾病诊断相关分组（DRGs）、按床日、按人头等支付方式和支付标准。制定相应的内部管理措施，严格掌握出入院标准，不得以医保支付政策为由拒收病人。

第二十二条 定点医疗机构按规定执行采购和价格政策，并真实记录“进、销、存”情况。

第二十三条 定点医疗机构贯彻执行医保基金监管信用体系建设工作要求，医保部门根据信用管理评价结果对定点医疗机构的医保相关费用进行调整。

第二十四条 定点医疗机构应按照《浙江省基本医疗保险协议

医师管理暂行办法》、《浙江省医保医师协议管理实施细则》等相关规定，做好医保医师管理相关工作。

第二十五条 定点医疗机构应当优化医保结算流程，为参保人提供便捷的医保服务。提供医疗服务时应核对参保人有效凭证，做到人证相符，按规定为其提供医保或医疗救助费用直接结算，提供费用结算单据。为符合规定的参保人或医疗救助对象提供就医管理备案等相关医保服务。

第二十六条 有住院医疗服务的定点医疗机构，以及定点基层医疗卫生服务中心，按规定要求统一纳入跨省异地就医费用直接结算平台，为参保人员异地就医提供切实便利。

第二十七条 定点医疗机构要按照医保信息系统建设要求，及时做好系统维护和接口改造等工作，同时应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，保护参保人隐私。

第二十八条 定点医疗机构的名称、法定代表人、主要负责人、注册地址、诊疗科目、机构规模、机构性质和类别等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起 10 个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请。

第二十九条 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，提供医保咨询服务。

第三十条 经办机构应当加强医保基金支出管理，通过智能审核、实时监控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核。按协议约定及时向定点医疗机构拨付医保和医疗救助费用，原则上应当拨付的医保和医疗救助费用在定点医疗机构申

报后30个工作日内拨付。

第三十一条 经办机构发现定点医疗机构存在不合理医疗费用或违规医疗费用，要及时反馈定点医疗机构进行确认。确认一致的，经办机构应予以拒付；不一致的，由医疗保障行政部门研究处理。经双方确认的医保拒付费用、超出预算或总额控制金额且不应由医保基金分担的费用，定点医疗机构不得作为欠费处理，经办机构应进行监督。

第三十二条 经办机构根据医保支付方式改革执行情况、绩效考核结果等，对定点医疗机构医保费用、医疗救助费用进行年度清算。

第三十三条 经办机构或其委托的第三方机构，对定点医疗机构开展绩效考核，建立激励约束机制。考核结果与年度清算、次年总额指标、协议续签、抽查频次等挂钩。

第三十四条 市级经办机构制定全市统一的定点医疗机构考核管理办法和服务协议文本。根据医保政策调整、医保管理需要或其他情况，经协商，各区、县（市）经办机构可在服务协议中补充其他条款内容。

第三十五条 服务协议签订期限一般为3年。各区、县（市）经办机构和定点医疗机构应于服务协议期限届满30日内协商相关续签事项。各区、县（市）经办机构可按照本办法第六条规定的条件，对定点医疗机构进行评估，评估合格的，续签服务协议，评估不合格的，终止服务协议。

第五章 监督管理

第三十六条 经办机构和定点医疗机构要严格遵守服务协议的约定，认真履行服务协议，对违反本办法和服务协议约定的，另一方有权提出限期整改、暂停服务协议和解除服务协议，按照协议追究违约方责任。限期整改最长不超过 1 个月，暂停服务协议最长不超过 12 个月。

第三十七条 定点医疗机构在协议服务期内有下列情形之一的，立即解除服务协议：

（一）通过伪造医疗文书、财务票据或凭证等方式，虚构医疗服务“假住院、假就诊”骗取医保基金的。

（二）为非定点医疗机构、处于暂停期的协议医疗机构提供医疗费用结算的。

（三）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的。

（四）将非医保支付范围的药品、诊疗项目、医用材料或生活用品、保健滋补品等列入医保结算，骗取医保基金支出的。

（五）协议有效期内累计 2 次被暂停协议或暂停协议期间未按时限要求整改或整改不到位的。

（六）被吊销《医疗机构执业许可证》或《营业执照》的。

（七）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展监督检查的，情节恶劣的。

（八）收集、滞留参保人员社会保障卡，造成医保基金损失的。

(九) 医疗保障部门在监督执法中，发现定点医疗机构存在明显违法违规行为或造成医保基金重大损失的。

(十) 定点医疗机构停业或关闭后未按规定向经办机构报告的。

(十一) 其他造成严重后果或重大影响的违约行为。

第三十八条 暂停服务协议期间，停止医保服务，如在此期间发生医保费用的，由该定点医疗机构负责，医保基金不予支付。

第三十九条 定点医疗机构被暂停服务协议的，如需恢复服务协议，应在暂停期满前 10 个工作日内向各区、县（市）经办机构提交书面申请。经办机构应在收到申请的 20 个工作日内进行验收，验收合格的恢复履行服务协议。逾期不提出恢复申请的，视作自愿解除协议。

第四十条 对定点医疗机构作出限期整改、暂停服务协议、解除服务协议的决定，由各区、县（市）医疗保障行政部门予以公布，并报市医疗保障部门备案。

第四十一条 医疗保障行政部门对申请受理、定点评估、协议签订及变更过程的规范性、协议的合法性等进行监督，对经办机构的内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付流程等进行监督。

第四十二条 医疗保障行政部门对定点医疗机构执行医疗保障政策法规、医保服务管理、药品管理、履行服务协议情况以及各项监管制度落实情况进行监督。开展监督时，可以记录、录音、录像、照相、复制和查扣与监督工作事项有关的资料，定点医疗机构及相关人员应予配合，并应根据需要如实提供相关材料。发现有违法违

规行为的，及时提出整改意见，并依法依规作出处理。

第四十三条 定点医疗机构与经办机构因履行服务协议发生争议的，或者定点医疗机构对经办机构作出的处理有争议的，可提请医疗保障行政部门协调解决，也可依法提起行政复议或行政诉讼。

第六章 附 则

第四十四条 本办法自发文之日起施行。原《绍兴市基本医疗保险定点医药机构协议管理办法（试行）》（绍市人社发〔2018〕42号）同时废止。我市及各区、县（市）其他规定内容与本办法不一致的，以本办法为准。上级部门有新规定的，按新规定执行。

- 附件:1.绍兴市医疗保障新增定点医疗机构评估规程
2.绍兴市医疗保障定点医疗机构申报资料评分表
3.绍兴市医疗保障定点医疗机构现场考核评分表

附件1:

绍兴市医疗保障新增定点医疗机构评估规程

为规范全市新增定点医疗机构评估工作，特制定规程如下：

一、组建评估专家小组

(一) 当地医保经办机构应从定点医疗机构评估工作专家库中按构成随机抽取 7 名成员，组成医疗保障定点医疗机构协议管理评估专家小组(以下简称评估小组)。评估小组成员可以从当地专家库中抽取，也可以从市内其他区、县(市)医疗保障行政部门建立的专家库中抽取。

(二) 评估小组成员具体组成如下：相关行政部门代表 3 名(医疗保障、卫生健康、市场监管部门代表各 1 名)；医保经办机构代表 2 名；定点医疗机构代表 1 名；人大代表或政协委员 1 名。评估小组组长由当地医保经办机构负责人担任。

(三) 在随机抽取各构成成员时相应抽取 1 名后备成员，在正式成员不能参加评估时进行替补。

二、确定评估专家小组名单

(一) 医保经办机构应以电话、短信、邮件等方式通知选取的评估小组成员，并确认其能准时参加评估工作。

(二) 正式成员因故不能参加评估时，医保经办机构应及时通知后备成员，并进行确认。

三、组织评估

(一) 评估工作由评估小组组长主持。

(二) 医保经办机构应向评估小组报告本次申请定点的审核联查情况和申请单位具体情况。

(三) 申报资料评分基准分 25 分，由当地医保经办机构根据申请单位申报资料进行初步评分，评估小组对初步评分情况进行审查、讨论，并对申报资料评分进行最终确定。审查、讨论时可向医保经办机构提出问题，查看相关资料。

(四) 现场考核评分基准分 75 分，由评估小组到现场考核评分，各自独立打分，去掉最高分和最低分后，取总分平均分。

(五) 评估小组对申报资料评分和现场考核评分进行综合评估，确定最后得分。

(六) 评估小组组长不参加具体评估。

四、确定评估结果

(一) 对评估分达到 80 分（含）以上的，认定为合格，由评估小组确定为拟新增定点医疗机构；对评估分未达到 80 分的，认定为不合格，应告知申请单位理由。

(二) 评估小组应对本次评估结果形成书面意见，并由评估小组组长向评估小组成员宣读。对书面意见无异议的，评估小组成员应在书面意见上签名确认。

五、其他

(一) 评估小组评估工作应全程接受当地纪委监委派驻医保局纪检组的监督。

(二) 评估结果及评估工作相关资料作为保密文件要求永久保存。

(三) 评估小组成员评估费按相关规定执行。

附件 2:

绍兴市医疗保障定点医疗机构申报资料评分表

医疗机构名称:

评分人员签名:

复核人签名:

评分项目	验收项目		分值	得分标准	自评分	得分	备注
申报资料评分项目 (25分)	1.执业场所(5分)	有稳定的执业场所	5分	房产所有权属医疗机构负责人或者单位所有、与房产所有者签定的房屋租赁合同的有效期限达 15 年(含)以上的得 5 分; 10 年(含)以上 15 年以下的得 3 分; 5 年(含)以上 10 年以下的得 2 分; 5 年以下得 1 分。剩余有效期限从递交申请资料之日起计算。			
	2.人员配备(5分)	单位内在职医务工作者比例	5分	在本单位工作 3 个月及以上的,且在劳动年龄段内的医务人员占总医务人员比例达到 50%的,得基本分 3 分,未达到 50%的,不得基本分 3 分;每增加 20 个百分点加 1 分,最多加 2 分;在本单位工作 1 年及以上的劳动年龄段内医务人员,每 1 人加 1 分,最多加 2 分。上述累计满分 5 分。(劳动年龄段内员工以缴纳社会保险凭证为依据,退休人员以原始工资单及相关证件年检、审(复)核记录为依据)。			
	3.医护人员配备情况(13分)	根据执业地点、工资发放、排班表和参保证明等资料明确医生配备情况	8分	按国家卫生健康部门《医疗机构基本标准》相应级别配置的(未评定等级的医疗机构,按卫生健康部门《设置医疗机构批准书》中确定的“建设级别”为准),得 5 分;在原有规定基础上每增加一名执业医师加 1 分;每增加一名中级职称医师加 2 分;每增加一名副高及以上职称医师加 3 分,加满 8 分为止。三项加分不叠加计算。			
		根据执业地点、工资发放、排班表和参保证明等资料明确护士配备情况	5分	按国家卫生健康部门《医疗机构基本标准》相应级别配置的(未评定等级的医疗机构,按卫生健康部门《设置医疗机构批准书》中确定的“建设级别”为准),得 3 分;在原有规定基础上每增加一名执业护士加 1 分,加满 5 分为止。			
	4.荣誉及特色医学(2分)	申报前三年医疗机构负责人或者法定代表人获得地市级及以上党委政府授予先进称号的;申报的医疗机构为中医医院、中西医结合医院、中医诊所、中医(综合)诊所;申报的医疗机构为养老机构、高等院校内设医务室	2分	满足以上要求其中一项得 2 分。			

本单位承诺所提交的材料真实、合法、有效,如有不实,愿意按规定承担一切责任。

年 月 日

附件 3:

绍兴市医疗保障定点医疗机构现场审核评分表

医疗机构名称:

评分人员签名:

复核人签名:

评分项目	验收项目		分值	得分标准	自评分	得分	备注
现场考核 评分项目 (75分)	1. 执业场所 (6分)	建筑面积大小	6分	1. 有住院医疗服务的医疗机构: 1000 m ² (含) 以上得 6 分, 500 (含) -1000 m ² 得 4 分, 500 m ² 以下得 2 分; 2. 门诊医疗机构: 500 m ² (含) 以上得 6 分, 400 (含) -500 m ² 得 5 分, 300 (含) -400 m ² 得 4 分, 200 (含) -300 m ² 得 3 分, 100 (含) -200 m ² 得 2 分, 100 m ² 以下得 1 分。 其中 1. 诊所、卫生所 (站) 、村卫生室 (所) : 500 m ² 以上的得 6 分, 300 (含) -500 m ² 得 3 分, 100 (含) -300 m ² 得 2 分, 100 m ² 以下得 1 分。 2. 养老机构、高等院校内设医务室: 100 m ² (含) 以上得 6 分, 50 (含) -100 m ² 得 5 分, 50 m ² 以下得 3 分。			
	2. 制度管理 (5分)	医疗机构管理情况, 建立完善的管理制度, 配备医保专职工作人员等	5分	有健全完善的医保管理、医疗质量安全管理、财务管理、统计信息管理等制度且成册的, 得 1 分; 严格执行医疗机构人员执业信息公示制度, 得 2 分; 配有医保专职工作人员, 得 1 分; 有人员岗位责任制, 得 1 分。			
	3. 财务管理 (10分)	财务会计台账齐全, 收支明细清楚	5分	财务会计台账齐全, 收支明细清楚的, 得 5 分; 台账不规范得 4 分; 明显存在台账不全或收支明细不清的得 2 分; 未建账不得分。			
		有以单位名称开设的基本账户	2分	有, 得 2 分; 无, 不得分。			
		所有资金收支必须通过本单位的基本账户且所有出入库和财务账一致	3分	所有资金项目通过本单位基本账户的得 3 分; 未进基本账户或账目不清的, 每项扣 1 分, 扣完为止。			
4. 药械管理 (13分)	有相应的进货登记、清单和盘存明细表	8分	有相应的进货登记、清单和盘存明细表, 得 8 分; 无相应进货登记、清单的, 扣 4 分; 有进货登记和清单但不全的, 扣 2 分; 不能提供盘存明细表的, 扣 2 分, 扣完为止。				

	药械出入库管理规范, 库销存对应	5分	抽查 10 种药品和器械, 对应不上的, 每 1 种扣 1 分, 扣完为止。			
5. 信息化管理 (5分)	安装、使用医疗机构专业管理信息软件, 医疗收费实现计算机管理, 具备与医疗保障信息系统标准化接入条件	5分	安装、使用专业管理信息软件, 收费实现计算机管理, 具备医疗保障信息标准化接入条件的, 得 5 分; 已安装未使用, 得 3 分; 否则不得分。			
	是否严格按照执业许可范围开展业务	2分	如超出范围经营, 扣 2 分。			
6. 医疗行为规范 (15分)	处方书写规范、完整	5分	抽查 10 份相关资料, 不规范的, 每 1 例扣 0.5 分, 扣完为止。			
	收费合理	5分	抽查 10 份相关资料, 不合理的, 每 1 例扣 0.5 分, 扣完为止。			
	处方定期装订成册	3分	全部实行电子处方, 并装订规范的, 得 3 分; 未实行电子处方, 但装订规范的得 2 分, 未实行电子处方, 装订欠规范的, 得 1 分; 其余不得分。			
7. 医疗机构药品备药情况 (5分)	医疗机构药品备药 (配备的医保目录内药品数量占该机构已配备的总药品数量比例达到 70%以上)	5分	1. 有住院医疗服务的医疗机构: 1500 种 (含) 以上得 5 分; 1000 (含) -1500 种得 4 分; 800 (含) -1000 种得 3 分; 600 (含) -800 种得 2 分; 300 (含) -600 种得 1 分; 300 种以下不得分。 2. 门诊医疗机构: 1000 种 (含) 以上得 5 分; 800 (含) -1000 种得 4 分; 600 (含) -800 种得 3 分; 400 (含) -600 种得 2 分; 200 (含) -400 种得 1 分; 200 种以下不得分。 其中: 养老机构、高等院校内设医务室: 100 种 (含) 以上得 4 分, 50 (含) -100 种得 3 分, 50 种以下不得分。			
8. 医疗服务能力 (16分)	临床科室设置	6分	1. 有住院医疗服务的医疗机构: 10 个 (含) 以上得 6 分; 5 (含) -10 个得 4 分; 3 (含) -5 个得 2 分; 3 个以下得 1 分。 2. 门诊医疗机构: 7 个 (含) 以上得 6 分; 5 个 (含) 以上得 4 分; 4 个得 3 分; 3 个得 2 分; 2 个以下得 1 分, 其中: 1. 诊所、卫生所 (站)、村卫生室 (所): 每有 1 个科室, 得 1 分; 2. 养老机构、高等院校内设医务室, 本项得 3 分。			
	其他科室设置	2分	设有独立的诊疗室、药房, 每室得 1 分。			
	住院床位配备及其他	8分	1. 有住院医疗服务的医疗机构: 配备有 150 张 (含) 以上住院床位的, 得 8 分; 配备有 100 (含) -150 张 (含) 住院床位的, 得 6 分; 配备有 50 (含) -100 张住院床位的, 得 5 分; 配备有 50 张以下住院床位的, 得 4 分。 2. 门诊医疗机构: 得 4 分, 其中养老机构、高等院校内设医务室, 得 6 分。			

本单位承诺所提交的材料真实、合法、有效, 如有不实, 愿意按规定承担一切责任。

年 月 日

抄送： 省医疗保障局，市府办
绍兴市医疗保障局办公室

2020年3月10日印发

