

三亚市医疗保障局文件

三医保〔2021〕108号

三亚市医疗保障局关于印发 《贯彻落实〈医疗机构医疗保障定点管理暂行办法〉有关工作事项实施细则》的通知

各区人民政府，育才生态区管理委员会，市社会保险服务中心，各定点医疗机构：

为进一步规范我市定点医疗机构管理工作，根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《海南省医疗保障局关于贯彻落实国家医疗保障局〈医疗机构医疗保障定点管理暂行办法〉有关工作事项的通知》（琼医保〔2021〕24号）的通知》，结合我市实际，我局制定了《三亚市医疗保障局关于贯彻落实〈医疗机构医疗保障定点管理暂行办法〉有关工作事项实施细则》。现予以印发，请认真遵照执行。

附件：三亚市医疗保障局关于贯彻落实《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》有关工作事项实施细则



三亚市医疗保障局

2021年7月30日

(此件主动公开)

抄送：市卫生健康委员会，市综合行政执法局，市市场监督管理局

三亚市医疗保障局办公室

2021年7月30日印发

附件

三亚市医疗保障局关于贯彻落实 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》 有关工作事项实施细则

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，按照海南省医疗保障局关于《贯彻落实国家医疗保障局〈医疗机构医疗保障定点管理暂行办法〉有关工作事项的通知》（琼医保〔2021〕24号）要求，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《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）等，结合我市实际，制定本实施细则。

第二章 定点医疗机构的确定

第二条 申请医保定点机构类别

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,由三亚市医保经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

第三条 申请医保定点基本条件

(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) 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。

第四条 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。

第五条 医保定点申请材料

(一) 定点医疗机构申请表(附件 2-1);

(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;

(五) 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告;

(六) 根据医疗机构实际情况, 如实填写附件 2-2 至 2-10, 共 9 个表格。其中《医务人员花名册》需要复印医务人员《医师执业证书》、《执业药师资格证书》、《护士执业证书》、《专业技术资格证书》;

(七) 《医疗机构申请基本医疗保险定点承诺书》;

(八) 省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

第六条 医保定点工作

(一) 医疗机构提出定点申请, 市医保经办机构应即时受理。对申请材料内容不全的, 市医保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。

(二)市医保经办机构应组织评估小组或委托第三方机构,以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成,成员不得少于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:

1.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;

2.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;

3.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;

4.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;

5.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。

评估结果分为合格和不合格。

(三)市医保经办机构应将评估结果报市医疗保障行政部门审核备案,市医疗保障行政部门遵循保障基本、公平公正的原则对评估结果进行认真审核并严格把关。

(四)对于评估合格并审核备案通过的,由市医保经办机构将其纳入拟签订协议医疗机构名单,并向社会公示。对于评估不合格或审核备案未通过的,由市医保经办机构告知医疗机构理由,并提出整改建议。自结果告知送达之日起,

整改3个月后可再次组织评估，评估仍不合格或审核备案仍未通过的，1年内不得再次申请。

(五)市医保经办机构与评估合格并审核备案通过的医疗机构协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议，并向市医疗保障行政部门报送一份协议(原件)。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。

市医保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、是否支持省外异地就医联网结算、联系电话等，供参保人员选择。

第三章 定点医疗机构运行管理

第七条 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，对市医保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。

第八条 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。

第九条 市医保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。

第十一条 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。

第十二条 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。

第十三条 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物和耗材。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。

第十四条 定点医疗机构应当严格执行医保行政部门制定的医药价格政策。

第十五条 定点医疗机构应当参加由市医保行政部门、市医保经办机构组织的宣传和培训。

第十六条 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。

第十七条 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。

第十八条 定点医疗机构应按要求及时向市医保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市医保经办机构报送药品、耗材的采购价格和数量。

第十九条 定点医疗机构应向市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。

第二十条 定点医疗机构应当配合市医保经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，接受市、区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零售药店购药。

第二十二条 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

第二十三条 市医保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、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。定点医疗机构实行属地管理，市医保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。

第二十四条 市医保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。

第二十五条 市医保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。

第二十六条 市医保经办机构应当落实医保支付政策，加强医疗保障基金管理。

第二十七条 市医保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。

第二十八条 市医保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。

第二十九条 市医保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。

第三十条 定点医疗机构违规申报费用，经审查核实的，市医保经办机构不予支付。

第三十一条 市医保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。

第三十二条 市医保经办机构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。市医保经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

第三十三条 市医保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。

第三十四条 市医保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。绩效考核办法由省级医疗保障部门制定，市医保经办机构负责组织实施。

第三十五条 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，市医保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。

第三十六条 市医保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。

第三十七条 市医保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市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。

市医疗保障行政部门发现市医保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。

市医疗保障行政部门发现市医保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

第三十八条 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 个工作日内向市医保经办机构提出变更申请。市医保经办机构应在办理医疗机构重大信息变更后，于 5 个工作日内将变更情况报市医保行政部门备案。

第三十九条 续签应由定点医疗机构于医保协议期满前 3 个月向市医保经办机构提出申请或由市医保经办机构统一组织。市医保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可以采取固定医保协议和年度医保协议相结合的方式，固定医保协议相对不变，年度医保协议每年根据具体情况调整，简化签约手续。

第四十条 医保协议中止是指市医保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，经市医保经办机构同意，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，市医保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）未按规定向市医保经办机构及市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。

第四十一条 医保协议解除是指市医保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，市医保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市医保经办机构报告的;

(八) 市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) 未依法履行市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市医保经办机构同意的;

(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。

第四十二条 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个月向市医保经办机构提出申请。公立医疗机构不得主动提出中止或解除医保协议。

我市定点医疗机构中止或解除医保协议的，该医疗机构在其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。

第四十三条 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。

第四十四条 医疗机构与市医保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市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

第四十五条 市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，对市医保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。

市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 市医疗保障行政部门和市医保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。

第四十七条 市医保经办机构发现违约行为，应当及时按照协议处理。

市医保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，要于处理后5个工作日内报告市医疗保障行政部门。

市医疗保障行政部门发现定点医疗机构存在违约情形的，应当及时责令市医保经办机构按照医保协议处理，市医保经办机构应当及时按照医保协议处理。

市医疗保障行政部门依法查处违法违规行为时，认为市医保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市医保经办机构补充材料。

第七章 附则

第四十八条 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细则执行。

第四十九条 本细则中的市医保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，是市医疗保障经办的主体。

定点医疗机构是指自愿与三亚市医保经办机构签订医疗协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

医保协议是指由市医保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。

第五十条 本细则由三亚市医疗保障局负责解释，自2021年9月1日起施行。

附件 1 申请三亚市基本医疗保险定点医疗机构材料清单

附件 2-1 三亚市基本医疗保险定点医疗机构申请表

附件 2-2 临床、医技科室信息登记表

附件 2-3 医保管理人员花名册

附件 2-4 医务人员花名册

附件 2-5 在售《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》内药品清单

附件 2-6 现有药品统计表

附件 2-7 诊疗项目清单

附件 2-8 大型医用设备清单

附件 2-9 其他医用设备清单

附件 2-10 近一年业务开展情况表

附件 3-1 医疗机构申请基本医疗保险定点承诺书

附件 3-2 评估小组成员承诺书

附件 1

申请三亚市基本医疗保险定点医疗机构材料清单

1. 《三亚市基本医疗保险定点医疗机构申请表》；
2. 根据医疗机构实际情况，如实填写附件 2-2 至 2-10，共 9 个表格。其中《医务人员花名册》需要复印医务人员《医师执业证书》、《执业药师资格证书》、《护士执业证书》、《专业技术资格证书》；
3. 《医疗机构执业许可证》副本原件及复印件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，副本上须由卫健部门明确医疗机构级别(含未定级)；
4. 《营业执照》副本原件及复印件；
5. 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；
6. 与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；
7. 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告和省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料；
8. 附件 3-1 医疗机构申请基本医疗保险定点承诺书。

注：以上材料均需要单位盖章确认，按照顺序整理后提交申请。

附件 2-1

三亚市基本医疗保险定点医疗机构

申请表

医疗机构名称: _____

申请日期: _____

单位名称				法人代表		
组织机构代码		医疗机构类型		所有制形式		
开业时间		营业场所使用年限		医疗业务用房面积		
单位地址						
基本医疗保险服务管理科室				联系电话		
执业许可证号				医院等级		
卫生技术人员构成		总人数	高级职称	中级职称	初级职称	
	医师					
	药师					
	护士					
	医技人员					
	其他人员					
	合计					
科室设置及床位数	科室	床位数	科室	床位数	科室	床位数

<p>申请内容</p>	<p style="text-align: center;">法人代表（签名）</p> <p style="text-align: center;">申请单位（盖章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			
<p>提交材料审核意见</p>	<p>初审意见</p>	<p>书面材料是否符合申请条件： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p>	<p>经办人员</p>	
	<p>复核意见</p>	<p>书面材料是否符合申请条件： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/></p>	<p>复核人员</p>	
<p>评估小组实地评估意见</p>				
<p>市医保经办机构意见</p>	<p style="text-align: center;">经召开会议集体研究，_____具备 基本医疗保险定点医疗机构资格。</p> <p style="text-align: center;">（签章）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			
<p>备注</p>				

填 表 说 明

一、“医疗机构类型”一栏：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、妇幼保健院、卫生院、社区卫生服务中心、综合门诊部、专科门诊部、中医门诊部、中西医结合门诊部、民族医门诊部、诊所、中医诊所、民族医诊所、村卫生室、其他诊疗机构。

二、“营业场所使用年限”根据租凭合同的有效期或房产证确定：永久使用、有效期_年。

三、“基本医疗保险管理科室”一栏是指医疗机构内部设立的或指定的负责基本医疗保险定点服务管理的科室：

四、“申请内容”一栏由医疗机构填写申请定点医院医疗资格的意向；

附件 2-6

现有药品统计表

医疗机构:

数量合计	西药		中成药		中药饮片			
	医保目录内 品种数量	医保目录外 品种数量	数量合计	医保目录内 品种数量	医保目录外 品种数量	数量合计	医保目录内 品种数量	医保目录外 品种数量
综合合计								

附件 2-8

大型医用设备清单

医疗机构:

设备名称	进货价格 (万元)	进口	国产	购进时间	备注

近一年业务开展情况表

医疗机构：

从__年__月 至__年__月	门诊情况			住院情况				
	人数	人次	次均费用 (元)	人数	人次	平均住院 日	次均费用 (元)	日均费用 (元)
合计								

附件 3-1

医疗机构申请基本医疗保险定点承诺书

我单位自愿申请成为三亚市基本医疗保险定点医疗机构，遵守医疗保险各项规章制度，愿做以下承诺：

一、本医疗机构在申请定点医疗机构过程中所报材料真实、合法、有效，如有不实，愿意承担一切责任、后果，3年内不再申请。

二、本医疗机构近3年无医保、卫健、市场监督管理、发改、人社等有关部门给予的处罚、处理等违规记录（包括曾经使用名称的违规记录）。法定责任人_____未被列入失信人名单。

三、执行国家和本省、本市物价政策。

四、诚信合法执业，无弄虚作假行为。

五、能够自行配备符合医保信息系统建设要求的有关设备，在规定时间内完成信息系统改造和其他准备工作，满足参保人员联网结算工作要求。

六、积极配合医疗保险管理部门的工作，如不能按时完成各项准备工作，愿自动放弃本次签订基本医疗保险定点医疗机构医疗保险服务协议。

七、我单位不会以任何形式干扰医疗保险管理部门工作，不向工作人员赠送礼品、礼金、有价证券等，不安排宴请或其他活

动，如有违反，自愿被取消申请资格，并依法追究责任人。

八、我单位如本次签订基本医疗保险定点医疗机构服务协议，自签订协议之日起，无特殊原因，一年内不变更执业地址、不变更机构类别。

法人签字：

单位名称（章）：

年 月 日

（注：一式两份。申请单位、市医保经办机构各留存一份）

附件 3-2

评估小组成员承诺书

为进一步强化廉政建设，提高廉洁自律意识，树立三亚市基本医疗保险定点申请评估小组工作人员的良好形象，结合本次评估_____（医疗机构名称）工作实际，本人承诺如下：

1. 认真学习并遵守中央八项规定、党纪政纪和关于评估医保定点工作的政策规定，严格执行有关程序要求和标准，提高法律意识和法制观念，增强拒腐防变能力。

2. 不在办公场所外接受申请单位的相关申请资料。

3. 不与本次申请医保定点的医疗机构串通搞“暗箱操作”，不泄露需要保密事项。

4. 坚持原则、秉公办事，严格遵守国家工作人员在公务活动中的有关规定，做到不吃请受贿，不徇私情，不接受医疗机构赠送的礼品、礼金、有价证券等，不参加可能影响公正执行公务的宴请及其他活动安排；不利用职务之便为自己或他人谋取私利。

5. 认真履行岗位职责，规范自己的职业行为，正确对待和行使手中的权力，严格遵守相关纪律规定。

6. 工作人员在工作中如发现有医疗机构与本人有利害关系，可能会影响客观公正工作时，应主动汇报并回避。

承诺人签字：_____年 月 日