附件1

**贵州省城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法**

**第一章 总则**

 第一条 根据劳动和社会保障部、卫生部和国家中医药管理局印发的《城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》规定（劳社部发[1999]14号），制定本办法。

 第二条 定点医疗机构是指经统筹地区劳动保障部门审查，并经社会保险经办机构确定的，为城镇职工基本医疗保险参保人员提供医疗服务的医疗机构。

 第三条 定点医疗机构审查和确定的原则是：方便参保人就医并便于管理；兼顾专科与综合、中医与西医，注重发挥社区卫生资源的利用效率，合理控制医疗服务成本和提高医疗服务质量。

 本办法适用于全省各统筹单位。

**第二章 定点医疗机构申报**

 第四条 定点医疗机构的申报范围是：经卫生行政部门、中医行政部门批准并取得《医疗机构执业许可证》的医疗机构和经军队主管部门批准有资格对外服务的军队医疗机构：

 （1）综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院；

 （2）中心卫生院、乡（镇）卫生院、街道卫生院、妇幼保健院（所）；

 （3）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；

 （4）诊所、中医诊所、民族医诊所、卫生所、医务室；

 （5）专科疾病防治所（院、站）；

 （6）经地级以上卫生行政部门批准设置的社区卫生服务机构。

 第五条 下列医疗机构暂不属于定点医疗机构申报范围：

 （1）各种疗养院、康复院；

 （2）外商独资、中外合资办的医疗机构；

 （3）私立（含股份制）医疗机构（院、所、站）；

 （4）各类性病医疗机构。

 第六条 愿意承担城镇职工基本医疗保险定点服务的医疗机构，应按照统筹地区劳动保障行政部门统一印制的《定点医疗机构申请书》填报书面申请。并提供以下材料：

 （1）执业许可证副本；

 （2）大型医疗仪器设备清单（三级医院20万元以上、二级医院10万元以上、一级医院1万元以上）；

 （3）上一年度业务收支情况及医院会计年度报表，其中收入支出总表（会医02表）、医疗收支明细表（会医02表附表1）、药品收支明细表（会医02表附表2）；

 （4）上一年度医疗服务量及基层卫生单位统计表2（卫统2表）；

 （5）医疗机构等级评审标准的证明材料（等级证书）；

 （6）门诊部、诊所、医务室要附执业医师证书（或职称证书）、执业护士证书复印件；

 （7）药品监督管理和物价部门监督检查合格的有关证明材料；

 （8）主管部门下达的药品收入控制指标的证明材料（原件及复印件）。

 （9）由劳动保障行政部门规定的其它材料。

 第八条 各医疗机构的分设机构如分院（站、所）、协作医院（站、所）应独立申报。

 第九条 定点医疗机构的申报受理工作由各统筹地区劳动保障行政部门负责；省级统筹定点医疗机构申报工作由省级劳动保障行政部门负责。

 第十条 申报定点的医疗机构必须全员参加基本医疗保险。

 第十一条 申报定点的医疗机构必须实行医、药分开管理，分别核算。药品收入应严格控制在主管部门和卫生行政部门规定范围内。

**第三章 定点医疗机构的资格审查及认定**

 第十二条 定点医疗机构的审查和资格认定由各统筹地区劳动保障行政部门负责。审查工作实行公开、公平`公正的原则。

 第十三条 各统筹地区应组建由劳动保障、卫生、中医管理等部门参加的定点医疗机构资格审查委员会或工作小组。

 第十四条 定点医疗机构资格审查委员会或工作小组的职责主要是根据医疗机构的申请和提供的各项材料，对医疗机构的定点资格进行审查。审查结果和建议报各统筹地区劳动保障行政部门。各统筹地区劳动保障行政部门依照定点医疗机构审查委员会或工作小组提供的审查结果和建议，结合本统筹地区基本医疗保险的实际需要，认定资格，并发放定点医疗机构资格证书。

**第四章 定点医疗机构的确定**

 第十五条 各统筹地区社会保险经办机构在获得定点资格的医疗机构范围内确定定点医疗机构。同时发放定点医疗机构标牌，并向社会公布，供参保人员选择定点。

 第十六条 各统筹地区社会保险经办机构要与确定的定点医疗机构签订包括服务范围、服务内容、服务质量、费用审核与控制等内容的协议，明确双方的责任、权利和义务。

 第十七条 定点医疗机构和社会保险经办机构要认真履行协议所规定条款。协议双方发生争议时，应首先报统筹地区劳动保障行政部门调解或仲裁。协议有效期二年。任何一方违反协议，对方有权解除协议，但须提前3个月通知对方和有关参保人。

**第五章 参保人员对定点医疗机构的选择**

 第十八条 参保人员在本统筹地区社会保险经办机构确定的定点医疗机构（含专科医院、中医及中西医结合医院）范围内，选择个人就医的定点医疗机构。

 第十九条 参保人所在单位按照参保人员对定点医疗机构的选择意向填入参保人员登记表（花名册），统一汇总后报送统筹地区社会保险经办机构，社会保险经办机构根据参保人员的选择意向统筹确定定点医疗机构。

 第二十条 参保人员选择定点医疗机构的数量原则上为2至4家。具体数量由各统筹地区社会保险经办机构根据管理能力确定。其中必须有1至2家基层医疗机构（包括一级医院以及各类卫生院、门诊部、诊所、卫生所、医务室和社区医疗服务机构）。今后随着管理能力的提高，各统筹地区社会保险经办机构可逐步扩大参保人员选择定点医疗机构的数量。

 第二十一条 参保人员对选定的定点医疗机构，可在1年后提出更改要求报本人所在单位，由单位统一报送统筹地区社会保险经办机构办理变更手续。

**第六章 定点医疗机构管理**

 第二十二条 定点医疗机构必须严格遵守《中华人民共和国医疗机构管理条例》及相关法律、法规。遵守基本医疗保险的有关制度规定。

 第二十三条 定点医疗机构应组建与基本医疗相适应的管理机构并配备专（兼）职管理人员，与社会保险经办机构共同做好定点医疗服务管理工作：

 （1）地、州、市级及二级以上医院要组建相应的医疗保险管理机构；

 （2）县级及一级医院要有一名院领导具体负责，并指定2至4名专（兼）职管理人员；

 （3）各类门诊部、诊所要有一名负责人具体负责。

 第二十四条 定点医疗机构要严格执行医疗服务与药品管理分开核算、分别管理的原则。要加强药品管理工作，保证药品质量。严格执行国家、贵州省各级物价部门规定的药品价格政策。药品的进销价要张榜公布，并接受物价部门及社会保险经办机构的监督检查。

 第二十五条 各定点医疗机构要根据基本医疗保险病种目录，制定参保人员的入、出院标准，严格入、出院登记手续。符合入院标准的，不得推诿；达到出院标准的，不得拖延出院时间。

 第二十六条 定点医疗机构要建立健全各项质量管理制度，提高医务人员服务质量和技术水平。对参保人的入院治疗做到三级查房、三查七对、病例分析讨论、病例备案、处方及病案书写质量管理等制度。

 第二十七条 定点医疗机构要严格医疗规范，坚持因病施治，合理用药，合理检查，合理收费。严禁“大处方”、“人情方”，严禁滥用大型医用仪器设备检查，严禁乱收费：

 （1）参保人员因病用药必须在基本医疗保险用药目录内选择，凡能使用甲类药品就能达到治疗效果，原则上不得使用乙类药品。门诊处方一般不超过三天量；慢性病不超过七天量；慢性肝炎、结核病不超过一个月量。

 （2）参保人员医疗检查必须符合基本医疗保险诊疗项目和基本医疗保险医疗服务设施标准规定。凡能使用一般性检查就能满足诊断治疗需要的，严禁使用大型医用仪器设备检查。大型医用仪器设备检查，要按规定逐级审批。

 （3）医疗收费要严格执行物价部门制定的收费标准。应将收费项目和收费标准张榜公布，并报社保经办机构备案。严禁超标准收费、分解收费、重复收费和巧立名目乱收费。

 第二十八条 参保人员应严格按照基本医疗保险有关规定，规范自己的就医行为，就医时要主动出示医疗保险证。不得点名要药或提其它不合理要求，对点名要药或提其它不合理要求者，定点医疗机构有权拒绝。

 第二十九条 定点医疗机构对参保人员实行首诊医师负责制，严格转诊转院手续。参保人员省内转院由统筹地区社会保险经办机构批准；省外转院按《贵州省基本医疗保险转诊转院规定》办理。

 第三十条 定点医疗机构对基本医疗保险参保人员要单独建帐，对诊疗项目、费用发生要逐一登记，并统一使用统筹地区劳动保障部门印制的医疗保险专用处方。参保人出院时要附一份各项收费项目清单。

 第三十一条 定点医疗机构在参保人员就医时，应严格对证（医疗保险证）对像片。凡冒名就医所发生的医疗费用，社会保险经办机构不予支付。

 第三十二条 参保人应在选定的定点医疗机构就医，并可自主决定在定点医疗机构购药或持处方到定点零售药店购药。

 第三十三条 除急诊和急救外，参保人员在非选定的定点医疗机构就医发生的费用，不得由基本医疗保险基金支付。对急诊和急救的参保人员，均需附上病例，处方和院方疾病证明。凡不属急诊的参保人，经查实给予相应处罚。

 第三十四条 按照基本医疗保险规定，属于参保人员个人负担的费用，由定点医疗机构向参保人员收取。属于基本医疗保险费支付部份，由定点医疗机构与社会保险经办机构结算，具体结算办法由各统筹地区劳动保障行政部门制定。

 第三十五条 社会保险经办机构负责对定点医疗机构参保人员医疗费用进行检查和审核，定点医疗机构负责提供检查、审核所需的全部诊治资料及账目清单，对不符合规定的医疗费用，社会保险经办机构不予支付。

 第三十六条 各统筹地区劳动保障部门要与卫生、物价等有关部门配合，加强对定点医疗机构的监督检查，对违反规定的定点医疗机构可视不同情况，责令限期改正，或通报卫生部门给予批评，直至取消定点资格。

**第七章 其它**

 第三十七条 本办法由省劳动保障行政部门负责解释。

 第三十八条 本办法自发布之日起执行。