台儿庄区2025年下半年医药机构定点申请受理通知

为促进全区医疗保障事业健康发展，保障参保人员的基本医药服务需求，根据省医保局《关于印发<山东省医药机构医疗保障协议管理经办规程（试行）>的通知》（鲁医保办发〔2025〕5 号）、《枣庄市医疗保障定点医药服务资源配置规划（2025-2027 年）》（以下简称“规划”）、《关于印发2025年度全市定点医药机构受理计划的通知》(枣医保函〔2025〕18 号)、《关于2025年度全市定点医药机构受理计划的补充通知》（枣医保函〔2025〕24号）通知要求，结合我区上半年已完成受理新增定点医药机构情况，现就2025年度下半年定点医药机构受理计划通知如下：

一、受理原则及计划

**（一）住院定点医疗机构**

1、目前我区医疗机构实际开放床位数已超出“十四五”期末规划指标的床位，原则上不再受理新增住院定点申请。对确有特色诊疗优势、参保人有实际就诊需求的，我区在2024年度床位总量的基础上，争取进一步统筹优化，根据统筹优化的数量，在符合规划要求的基础上，评估合格的，结合释放床位数量合理分配，择优纳入定点。优化后的床位优先向区域内优势学科、优缺资源等方面倾斜。

2、列入市政府重点建设项目的医疗机构，不受《规划》限制，符合条件的随时受理定点申请，按规定纳入定点范围。

**（二）门诊统筹、门诊慢特病定点医疗机构**

1、新增门诊统筹定点医疗机构需符合周边步行 15 分钟范围内无相同医保业务类型定点医疗机构的要求，经评估合格纳入定点管理的，开通门诊统筹业务。

2、门诊慢特病定点医疗机构原则上不再新增。对于现有门诊慢特病定点医疗机构退出服务范围，导致无法满足区域内慢特病患者治疗需求的，我区医保部门应依据机构退出情况，充分调度相关病种治疗需求，原则上协调到其他慢特病定点医疗机构进行治疗，仍有需求差距的，提报市级审核同意后开展相关工作。

3、按照卫生规划设立的一体化管理村卫生室按照全市统一部署和要求，符合条件的及时纳入医保定点管理。

**（三）个账定点医疗机构和定点零售药店**

个账定点医疗机构和定点零售药店，按照规划要求，符合受理条件的医药机构可提交申请，经评估合格的纳入定点管理。

**（四）双通道、门诊统筹以及门诊慢特病定点零售药店**

结合我区实际，2025年度暂不新增双通道、门诊统筹以及门诊慢特病定点零售药店，年度内市局另有规定的，从其规定。

**（五）其他情况**

当本年度出现基金当期收不抵支风险、收到上级医保部门基金运行预警函、本年度基金可支撑月数低于国家、省市局相关要求等情形，年度受理计划不再执行，全区暂不新增。

全区2025年新增医药机构受理计划实行总量控制，综合考虑全区未纳入定点医药机构数量，结合2024年新增、解除协议以及基金收支情况，明确2025年下半年全区各区域新增定点总量，具体数量为：门诊统筹定点医疗机构2家，个账定点医疗机构1家，个账定点零售药店5家，住院定点医疗机构依据我区现有床位优化情况确定。

已属于医保定点的医药机构新增服务范围或延伸服务点的，在符合规划要求的同时，纳入本年度受理计划总量控制，一体化管理村卫生室不受总量控制。

**二、申请条件**

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。

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）符合法律法规和区级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

取得药品经营许可证，并同时符合以下条件的零售药店均可申请医保定点：

（一）在注册地址正式经营至少3个月；

（二）至少有1名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师须签订1年以上劳动合同且在合同期内；

（三）至少有2名熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专（兼）职医保管理人员负责管理医保费用，并签订1年以上劳动合同且在合同期内；

（四）按药品经营质量管理规范要求，开展药品分类分区管理，并对所售药品设立明确的医保用药标识；

（五）具有符合医保协议管理要求的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度；

（六）具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，为参保人员提供直接联网结算，建立医保药品等基础数据库，按规定使用国家统一医保编码；

（七）符合法律法规和区级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

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。

零售药店有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）未依法履行行政处罚责任的；

（二）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；

（三）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；

（四）因严重违反医保协议约定而被解除医保协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的；

（五）法定代表人、企业负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点零售药店被解除医保协议，未满5年的；

（六）法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

（七）法律法规规定的其他不予受理的情形。

**三、申请材料**

定点医疗机构申请材料如下：

（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(含正、副本);

（三）单位人员花名册及参保缴费证明，医师、护士、药学及医技等专业技术人员、专(兼)职医保管理人员、专(兼)职信息系统管理人员、专(兼)职财务管理人员需要注明；

（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）纳入医保定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告，主要包括：1.医疗机构基本情况(包括类别、经营性质、级别、面积、门诊和住院规模、科室设置、人员配备、诊疗服务范围、药品耗材管理、检查检验、信息系统、服务人群等);2.近3个月运营状况(医疗服务量、费用及人次情况、住院床位使用率等情况);3.预测分析纳入医保定点后医疗保障基金使用情况及安全风险防范预案等；

（七）市级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

定点零售药店申请材料如下：

（一）定点零售药店申请表;

（二）药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件(含证照正、副本);

（三）单位人员花名册及参保缴费证明，执业药师或药学技术人员、专(兼)职医保管理人员、专(兼)职信息系统管理人员需要注明；

（四）执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件；

（五）专(兼)职医保管理人员的劳动合同复印件；

（六）与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

（七）与医保有关的信息系统相关材料；

（八）纳入医保定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告，主要包括：1.零售药店基本情况(包括所有制形式、性质、面积、人员配备、服务范围、药品耗材管理、信息系统、服务人群等);2.近 3 个月运营状况(服务量、费用及人次情况等);3.预测分析纳入医保定点后医疗保障基金使用情况及安全风险防范预案等；

（九）市级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

**四、受理时间**

2025 年 9 月 20 日至 9 月 30 日期间集中受理。

**五、受理方式**

符合要求的医药机构，在受理时间内通过线上或线下的方式递交申请。线上通过“山东省定点医药机构动态管理系统”进入“定点医药机构申请”模块，按要求填写信息提交材料。线下受理地址：台儿庄区市民中心1楼C1区106窗口，咨询电话：0632--6680558。

**六、办理时限**

符合定点医药机构申请条件的，在集中受理期内集中受理、集中评审，从受理材料之日起至评估时间不超过20个工作日，医药机构补充材料时间不计入办理时限。

**七、审核评估**

1、材料信息审核：我区经办机构工作人员对医药机构申报材料和信息进行审核，审核通过后报市局相关科室备案复审。

2、现场考察及评估：材料信息审核市局复审通过的医药机构，经办机构可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，主要针对医药机构申报的材料、医药机构内部管理、信息化建设、医疗服务能力等情况是否符合医保管理要求进行评估。

**八、集体决策**

经办机构对现场考核评估结果进行集体决策。评估结果分为合格和不合格，经集体决策合格的医药机构报同级医疗保障行政部门备案，并向市局相关科室备案；对于评估不合格的，经办机构应书面告知其理由，提出整改建议。

**九、结果公示**

区级医保经办机构对集体决策合格的医药机构进行集中面向社会公示，公示期为5个工作日。公示期间接受社会监督，并对接到的相关举报投诉认真进行调查核实，情况属实的，不得进行协商谈判以及签订服务协议。

**十、协商谈判**

公示期结束后，属地经办机构与拟新增的协议管理医药机构进行协商谈判，谈判主要内容包括服务人群、服务范围、服务内容、服务质量、基金支付方式、审核结算办法、违约情形和责任、协议时效及争议处理等。

**十一、协议签订**

协商谈判达成一致意见的，属地经办机构应及时与新增医药机构签订医保服务协议。无法达成一致意见的不签订协议。评估结果仅供经办机构当次签订使用。

**十二、公布名单**

签订协议后区级医保经办机构应及时向社会公布签订协议的定点医药机构信息，包括名称、地址、医保定点类型等，供参保人员选择性就医。

附件 1：定点医疗机构申请表

附件 2：定点零售药店申请表

附件 3：医疗机构卫生技术人员信息表

枣庄市台儿庄区医疗保险事业中心

2025年9月10日

附件 1

**定点医疗机构申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | | 医疗机构地址 | |  |
| 统一社会信用代码 |  | | 执业许可证号 | |  |
| 类 别 | (见填表说明) | | 级 别 | |  |
| 经营性质 | □政府举办非营利性  □非政府办非营利性 口营利性 | | 经营面积  (平方米) | |  |
| 所有制形式 | □全民 □集体 □私人  □中外合资(合作) □其他(股份制、股份合作制) | | | | |
| 正式运营时间 |  | | 主管部门 | |  |
| 基本账户开户银 行及账号 |  | | | | |
| 法定代表人 | 姓名： | | 联系电话： | | |
| 身份证号码： | | | | |
| 实际控制人  (主要负责人) | 姓名： | | 联系电话： | | |
| 身份证号码： | | | | |
| 主管医保工作  负责人 |  | | 联系电话 | |  |
| 医保职能部门  联系人 |  | | 联系电话 | |  |
| 在职职工人数 |  | | 在本单位缴纳社 保、 医保人数 | |  |
| 卫技人员汇总情况  (以注册人员为准） |  | 人数 | | 第一注册地在本机构的人数 | |
| 医生 |  | |  | |
| 护士 |  | |  | |
| 医技 |  | |  | |
| 药师 |  | |  | |
| 合计 |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 科室设置、医护人 员(以注册人员为 准)、病床数情况 | 科室 | 住院开放 床位数 | 医生人数  (其中第一注册地在 本医疗机构的人数 | 护士人数 | 其他 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 大型医疗设备信息 | 品种 | | 型号及数量 | 购买年月 | 有效期 |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| 申请定点类别 | □医保个人账户□普通门诊统筹 口住院统筹□门诊慢特病 | | | | |
| 申请定点次数 | □首次 □第二次 □第三次 □其他 | | | | |
| 此前历次评估发现问题及整改情况 |  | | | | |
| 申请承诺 | 本机构自愿申请承担医疗保障服务，并严格遵守医疗保障有关管 理规定，对所提交资料的真实性负责，如有虚假不实，本机构将承担由 此带来的一切法律、经济等方面的后果及责任。  本机构已认真阅读《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)申请定点相关要求，无第十二条不予受理情形； 已认真阅读枣庄市医疗保障定点医疗机构协议管理要求，承诺在纳入协 议管理后严格遵守协议管理的各项要求。  法定代表人签字： (单位盖章)  年 月 日 | | | | |
| 备 注 |  | | | | |

填写说明： “ 医疗机构类别 ”按国家2 号令第五条内容选填。

附件 2

**定点零售药店申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药店名称 |  | | | 药店地址 | | |  | | |
| 统一社会信用代码 |  | | | 药品经营许可证号 | | |  | | |
| 所有制形式 |  | | | 药店性质 | | | 直营口加盟□单体口其他□ | | |
| 药店许可经营范围 |  | | | | | | | | |
| 营业面积  (平方米) |  | | | 正式运营时间 | | |  | | |
| 基本账户  开户银行及账号 |  | | | | | | | | |
| 上级公司名称 |  | | | 上级公司地址 | | |  | | |
| 法定代表人 | 姓名： | | | 联系电话： | | | | | |
| 身份证号码： | | | | | | | | |
| 是否独立法人 | 是 □ 否 口 | | | | | | | | |
| 企业负责人 | 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： | | | | | | | | |
| 执业药师及其他药学 技术人员配置情况 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 技术资格 | 发证  日期 | | 证书  编号 | 注册地 | 劳动合同  有效时限 |
|  |  |  |  |  | |  |  | 见填写说明 |
|  |  |  |  |  | |  |  | 见填写说明 |
| 医保管理工作负责人 |  | | | 联系电话 |  | | | | |
| 医保管理  工作专职人数 |  | | | 医保管理工作兼职人数 |  | | | | |
| 医保管理人员 | 姓名 | 身份证号码 | | 专(兼)职 | | 劳动合同有效时限 | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  | 见填写说明 |
|  | |  |  |  | 见填写说明 |
| 申请定点类别 | | □医保个人账户 □门诊统筹 □双通道 | | | |
| 申请定点次数 | | 口首次 口第二次 □第三次 □其他 | | | |
| 此前历次评估发现 问题及整改情况 | |  | | | |
| 申 请 承 诺 | 本单位自愿申请承担医疗保障服务，并严格遵守医疗保障有关管理规定，对所提交资料的真实性负责，如有虚假不实，本机构将承担由此带来的一 切法律、经济等方面的后果及责任。  本机构已认真阅读《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》 (国家医疗 保障局令第 3 号)申请定点相关要求，无第十一条不予受理情形；已认真阅读枣庄市医疗保障定点零售药店协议管理要求，承诺在纳入协议管理后严格遵守协议管理的各项要求。  法定代表人签字： (单位公章)  年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |

填写说明： “ 劳动合同有效时限 ”填写劳动合同签订 日期及合同期限。

附件3

**医疗机构卫生技术人员信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序 号 | 人员类别 （医师/护士/其他） | 姓名 | 身份证号码 | 人员状态  （在职/ 退休） | 执业类别 | 执业范围 | 专业技术职务 | 主要执业地点 | 其他执业地点 | 所在科室 | 科室类别  （临床/ 医技） | 投保单位 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**承诺：我单位对填报内容的真实性负责，并承担相应责任。**