2025年度市中区定点医药机构受理

计划的通知

全区医药机构：

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《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”）和《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）相关要求，现就2025年度全区定点医药机构受理计划通知如下：

一、受理原则

（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，要在2024年度床位总量的基础上，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，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省统一部署和要求，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，年度内上级部门另有规定的，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，结合2024年新增、解除协议以及基金收支情况，明确全区新增定点总量，如下：

|  |  |
| --- | --- |
| 区划 | 医保业务类型 |
| 门诊统筹定点医疗机构 | 个账定点医疗机构 | 个账定点零售药店 | 住院定点医疗机构 |
| 市中区 | 3 | 3 | 5 | 依据现有床位优化情况确定 |

二、受理要求

根据属地受理原则，医药机构符合《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）、《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）以及《山东省医药机构医疗保障协议管理经办规程（试行）》（鲁医保办发〔2025〕5号）规定的机构类别范围和申请条件，符合我市规划要求，经自评能够达到评估合格标准的，可向医保经办机构提出新增定点申请（附件1-4）。

三、受理时间

2025年度内对医药机构定点申请设两次集中受理期，集中受理时间为：

2025年5月12日至5月23日：受理住院定点医疗机构、 门诊统筹定点医疗机构、个账定点医药机构新增申请。

2025年9月20日至9月30日：受理个账定点医药机构新增申请，以及第一次集中受理期内已受理但评估不合格的住院、门诊、个账定点医药机构的再次评估申请。

四、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。线下办理地址：市中区医疗保险事业中心3楼综合室（市中区枣曹路8号安顺社区1号楼），咨询电话：0632-3062062。

附件：1.定点医疗机构申请表

2.定点零售药店申请表

3.医疗机构卫生技术人员信息表

4.定点医药机构申请材料

市中区医疗保障局

2025年5月8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。**

附件4

定点医药机构申请材料

一、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）省、市级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

二、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）省、市级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。