

# 湖州市医疗保障局文件

湖医保发〔2025〕9号

## 湖州市医疗保障局关于印发 《湖州市医药机构医疗保障定点管理办法》 的通知

各区县医疗保障局、各医药机构：

《湖州市医药机构医疗保障定点管理办法》已经局党组研究同意，现印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。

湖州市医疗保障局

2025年6月13日

# 湖州市医药机构医疗保障定点管理办法

## 第一章 总则

**第一条** 为加强和规范湖州市医药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，根据《中华人民共和国社会保险法》《浙江省医疗保障条例》《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》及《浙江省医疗保障定点医疗机构和定点零售药店确定评估细则》等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 本办法所指的定点医药机构，是定点医疗机构和定点零售药店的统称。定点医疗机构是指与医保经办机构（以下简称“经办机构”）签订医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”），为参保人员提供医疗服务的医疗机构。定点零售药店是指与经办机构签订医保协议，为参保人员提供药品服务的药店。

**第三条** 本办法适用于本市行政区域内医药机构的定点申请、专业评估、协商谈判、医保协议的订立、履行、解除、管理、考核、以及对医药机构、经办机构的监督管理。

**第四条** 医疗保障行政部门负责医药机构定点管理政策制定，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对经办机构、定点医药机构进行监督。经办机构负责确定定点医药机构，并与定点医药机构签订医保协议，提供

经办服务，开展医保协议管理、考核等。

**第五条** 定点医药机构的确定按照“统一管理、分级负责”的原则，市医疗保障行政部门负责全市医药机构定点确定的监督指导工作，各区、县医疗保障行政部门负责辖区范围内医药机构定点确定的监督指导工作。

市级经办机构负责市本级定点医药机构的确定，并对本市区、县经办机构进行业务指导；各区、县经办机构按相关职责做好各自辖区内定点医药机构确定的相关工作。

**第六条** 市医疗保障行政部门根据公众健康需求、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划、参保人员用药需求、参保人员数量、业务经办能力等实际情况，对本市定点医药机构数量实行总量控制。

定点医药机构的确定坚持供需平衡、合理布局、择优选择、有进有出、鼓励竞争的原则。探索构建 15 分钟医保定点服务圈，在步行 15 分钟有效活动半径范围内，有同类型定点医药机构能满足参保人员看病购药需求的，原则上不再新增医保定点。

**第七条** 各级经办机构在定点确定过程中要按照公平公开、强化监督、优化服务的要求，主动接受各方监督。

**第八条** 医疗保障定点医药机构协议管理应坚持以人民健康为中心，按照“技术好、服务优、价格低、布局合理”的基本原则开展定点工作，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的基本要求。加强医保精细化管理，促进医疗机构供给侧改革，发挥零售药店市场活力，为参保人员提供适宜的医疗与药品服务。

## 第二章 申报条件

**第九条** 以下取得医疗机构执业许可证或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；

（七）盲人医疗按摩所；

（八）企事业单位内设医务室。

**第十条** 互联网医院可依托其实体定点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，纳入该实体定点医疗机构按规定结算管理。

**第十一条** 独立设置的临床检验中心、医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心等可作为第三方服务提供机构，与定点医疗机构签订协议，为定点医疗机构提供相关服务，符合医保支付范围的费用由经办机构与定点医疗机构结算。定点医疗机构应及时将协议签订情况向当地经办机构备案。

**第十二条** 申请签订医保协议的医疗机构应同时具备以下

条件:

(一) 正式运营至少 3 个月;

(二) 除盲人医疗按摩所外, 医疗机构应至少有 1 名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医(专长)医师资格证书且主执业机构为该医疗机构的医师(医师应连续在本单位参保 3 个月及以上, 退休返聘除外); 盲人医疗按摩所应配备持有中国残联核发的《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》的专业技术人员 3 名(含)以上, 按摩床 10 张(含)以上, 服务场所建筑面积 120 平方米(含)以上;

(三) 主要负责人负责医保工作, 配备专(兼)职医保管理人员(应连续在本单位参保 3 个月及以上, 退休返聘除外); 100 张床位以上的医疗机构应设内部医保管理部门, 按照与床位数一定的比例安排专职工作人员;

(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) 具有应用药品耗材追溯码的条件, 承诺纳入定点管理后按规定使用药品耗材追溯码, 实现“应扫尽扫、应传尽传”; 开展检查检验服务的, 要确保至少有 1 名固定的具有相应资质的医

技人员，严禁医务、医技人员在定点医疗机构内“挂证”行医；

（七）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。

**第十三条** 经市场监管部门批准取得《药品经营许可证》和《营业执照》的零售药店，可在证照有效期内向经办机构申请医疗保障定点。

药品零售连锁企业门店（以下简称连锁门店）应单独申请医疗保障定点。

**第十四条** 申请签订医保协议的零售药店应同时具备以下条件：

（一）在注册地址正式经营至少 3 个月；

（二）至少有 1 名取得执业药师注册证书，且注册地在该零售药店的药师，药师须签订 1 年及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 年及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;具有应用药品耗材追溯码的条件,承诺纳入定点管理后按规定使用药品耗材追溯码,实现“应扫尽扫、应传尽传”;

(七)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。

**第十五条** 医药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、生活照护、种植牙、健康体检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(企业负责人)或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医药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(企业负责人)或实际控制人被列入严重失信人名单的;因非法行医或诊疗行为不规范受到

有关行政部门处罚未满 1 年的；

（九）近 2 年内有非法行医、非法医疗广告、对外出租科室等不规范经营行为的；

（十）同一法人主体（投资主体）的相关定点医药机构，1 年内有因违规被暂停、解除或终止医保协议和正在接受经办机构调查处理等情况的；

（十一）法律法规规定的其他不予受理的情形。

### 第三章 办理规程

**第十六条** 医药机构定点确定办理流程包括制定规划、发布公告、受理申请、材料审核、组织评估、结果公示、签约准备、协议签订等主要环节。

**第十七条** 符合条件并愿意承担医保服务的医药机构，可向所在辖区经办机构提出申请，并提供以下材料：

（一）医疗机构应提供的材料

1. 医疗保障定点医疗机构申请表（附表 1）；
2. 医疗机构执业许可证或诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照复印件；
3. 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；
4. 与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；
5. 对医保基金影响的预测性分析报告；
6. 按相关规定要求提供的其他材料。

## （二）零售药店应提供的材料

- 1.医疗保障定点零售药店申请表（附表2）；
- 2.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；
- 3.执业药师注册证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件；
- 4.医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；
- 5.与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；
- 6.对医保基金影响的预测性分析报告；
- 7.与医保有关的信息系统相关材料；
- 8.按相关规定要求提供的其他材料。

**第十八条** 经办机构原则上每季度开展1次集中受理审查，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药机构。医药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。

**第十九条** 经办机构可通过资料审查、现场核查、函询相关主管部门意见等方式，对医药机构所申报材料和信息进行审核。对提供虚假材料的医药机构，一经核实，取消本次申请。

**第二十条** 经办机构负责定点确定评估工作的组织实施。评估工作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。评估指标详见《医疗保障定点医疗机构评估表》（附表3）及《医疗保障定点零售药店评估表》（附表4）。

**第二十一条** 经办机构应建立由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术、纪检、相关行业协会代表等专业人员组成的评估专家小组，组长由专家小组推荐。

**第二十二条** 经办机构按照评估的要求和定点原则，依据申报材料组织现场检查，汇总现场检查材料后，提交评估小组综合评估。评估小组评估时间自受理申请材料之日起不超过3个月，医药机构补充材料时间不计入评估期限。

**第二十三条** 医疗机构评估内容包括但不限于：

（一）核查医疗机构执业许可证或诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证；

（二）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主执业机构信息；

（三）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；

（四）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；

（五）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。

**第二十四条** 零售药店评估内容包括但不限于：

（一）核查药品经营许可证、营业执照和法定代表人、企业负责人或实际控制人身份证；

（二）核查执业药师注册证书、注册地及劳动合同；

（三）核查医保专（兼）职管理人员的劳动合同；

(四) 核查与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度;

(五) 核查与医保有关的信息系统是否具备开展直接联网结算的条件;

(六) 核查医保药品标识。

**第二十五条** 评估小组按照《医疗保障定点医疗机构评估表》《医疗保障定点零售药店评估表》进行打分。经评估小组综合评估后,结合得分情况,提出拟新增医保定点的医药机构建议名单。

**第二十六条** 经办机构根据评估结果拟定纳入定点协议管理的医药机构名单,并向社会公示。公示期满无异议的,列入拟签订医保协议的名单。对于未通过评估的医药机构,经办机构应告知其理由,提出整改建议,自结果告知送达之日起,整改完成3个月后可再次提出评估申请,评估仍未通过的,1年内不得再次申请。

**第二十七条** 拟签订医保协议的医药机构在签约前应做好以下工作:

(一) 参加医保知识培训。医疗机构的负责人、医保部门负责人、医务骨干等从业人员,零售药店的负责人、医保负责人、执业药师、主要从业人员等须接受经办机构组织开展的政策培训,并须通过测试,培训内容主要包括医保政策法规、协议管理规定、医保业务流程、违规案例分析等。

(二) 配备适应医保结算、监管、服务等要求的信息系统和硬件设备,按医保部门要求安装实名制就医购药验证、实时监控

等智能监管系统，并按要求完成医保信息系统、监管平台软硬件配置和改造，医保网络接入等各项工作，并通过经办机构验收。

签约前准备工作应在评估通过后的3个月内完成，医药机构因自身原因未在规定时间内按要求完成签约前准备工作的，该医药机构本次纳入医保定点的申请无效，经办机构不得与其签订医保协议。

**第二十八条** 符合医保协议签订条件并按时完成签约前准备工作的医药机构，可向经办机构申请签订医保协议，纳入定点协议管理。医药机构因自身原因在符合医保协议签订条件后的10个工作日内未签订医保协议的，视作自动放弃。

**第二十九条** 经办机构应向社会公布新增定点医药机构名单，并报同级医疗保障行政部门备案。

#### 第四章 协议管理

**第三十条** 定点医药机构应当严格执行《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》有关定点医药机构运行管理要求，并纳入协议管理内容。

**第三十一条** 医保协议期限一般为一年，协议内容和有效期可根据医保政策、协议执行情况，结合有关部门和医药机构的意见建议，由经办机构适时予以调整、修订。

**第三十二条** 续签应由定点医药机构于医保协议期满前3个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。经办机构与定点医药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。

**第三十三条** 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，定点零售药店的名称、法定代表人、企业负责人或实际控制人、注册地址和药品经营范围等重要信息发生变更时，应自有关部门批准之日起30个工作日内向所在辖区经办机构提出变更申请。定点医药机构法人代表（投资主体）发生变更以及主动申请解除医保服务协议的，需接受医保部门的专项稽核，经专项稽核并按协议履行稽核结果后方可变更备案或解除协议；协议有效期内定点医疗机构性质、类别、地址发生变更的，定点零售药店地址发生变更的，按本办法重新评估，经评估不再符合定点条件的，解除医保协议。其他一般信息变更应及时书面告知。

新定点医药机构自签订定点协议起，一年内不得变更地址，因政府拆迁等不可抗拒力的除外。

**第三十四条** 定点医药机构请求中止、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。有因违规被暂停医保协议或正在接受违规调查处理期间的，经办机构不予办理。

**第三十五条** 经办机构或其委托符合规定的第三方机构，对定点医药机构开展绩效考核，建立动态管理机制。考核结果与年

终清算、质量保证金退还、医保协议续签等挂钩。绩效考核办法由医疗保障行政部门另行制定，经办机构负责组织实施。

**第三十六条** 实行违法违规处理结果互认联动机制，经办机构与定点医药机构中止或解除医保协议，该医药机构在其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。

**第三十七条** 定点医疗机构的部分人员或科室有违反医保协议的，可按规定对该人员或科室暂停或解除医保结算。

**第三十八条** 经办机构工作人员应忠于职守、秉公办事，严格按照规定开展协议管理工作，自觉遵守纪律，保持廉洁自律。

**第三十九条** 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。

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药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、药品服务、购买涉及医疗保障基金使用的第三方服务等进行监督。

**第四十条** 医疗保障行政部门和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药机构进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

**第四十一条** 经办机构发现违约行为，应当及时按照协议处理。

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，要及时报告同级医疗保障行政部门。

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

医疗保障行政部门依法查处违法违规行为时，认为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经办机构补充材料。

## 第五章 违约管理

**第四十二条** 经办机构发现定点医药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）约谈医药机构法定代表人、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）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；
- （五）要求定点医药机构按照协议约定支付违约金；
- （六）中止或解除医保协议。

**第四十三条** 医保协议中止是指经办机构与定点医药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。

（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）未按规定向经办机构及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。

**第四十四条** 医保协议解除是指经办机构与定点医药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。定点医药机构有以下情形之一的，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药机构名单：

（一）定点医疗机构

1. 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；

2. 以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

3. 经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；

4. 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；

5. 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；

6. 被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的；

- 7.定点医疗机构停业或歇业后未按规定向经办机构报告的；
- 8.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；
- 9.被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的；
- 10.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；
- 11.未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；
- 12.定点医疗机构主动提出解除医保协议且经办机构同意的；
- 13.根据医保协议约定应当解除医保协议的；
- 14.法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

## （二）定点零售药店

- 1.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；
- 2.发生重大药品质量安全事件的；
- 3.以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；
- 4.以伪造、变造医保药品“进、销、存”票据和账目、伪造处方或参保人员费用清单等方式，骗取医疗保障基金的；
- 5.将非医保药品或其他商品串换成医保药品，倒卖医保药品或套取医疗保障基金的；
- 6.为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算的；
- 7.将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的；

8.拒绝、阻挠或不配合经办机构开展智能审核、绩效考核、监督检查等，情节恶劣的；

9.被发现重要信息发生变更但未办理变更的；

10.医疗保障行政部门或有关执法机构在行政执法中，发现定点零售药店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；

11.被吊销、注销药品经营许可证或营业执照的；

12.未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

13.法定代表人、企业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；

14.因定点零售药店连锁经营企业总部法定代表人、企业负责人或实际控制人违法违规导致连锁零售药店其中一家分支零售药店被解除医保协议的，相同法定代表人、企业负责人或实际控制人的其他分支零售药店同时解除医保协议；

15.定点零售药店主动提出解除医保协议且经经办机构同意的；

16.根据医保协议约定应当解除协议的；

17.法律法规和规章规定的其他应当解除的情形。

**第四十五条** 对查实具有骗取医保基金等违规行为的医保医师和医保营业员，经办机构根据行政处罚或者协议处理情况，按照《浙江省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）》的有关规定，对相关责任人员进行处理。情节严重的，将违规行为通报卫生健康行政部门及市场监督管理部门。

## 第六章 附 则

**第四十六条** 医药机构与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同级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。

**第四十七条** 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办法执行。

**第四十八条** 本办法实施前已纳入医保定点范围并签订医保协议的医药机构，除因违规被解除医保协议的，可在医保协议到期前3个月内申请续签医保协议。

**第四十九条** 本办法自2025年6月1日起施行。原《湖州市医药机构医疗保障定点管理办法》同步废止。

- 附件：
1. 医疗保障定点医疗机构申请表
  2. 医疗保障定点零售药店申请表
  3. 医疗保障定点医疗机构评估表
  4. 医疗保障定点零售药店评估表

附件 1

# 市医疗保障 定点医疗机构申请表

申请单位\_\_\_\_\_

申请时间\_\_\_\_\_

# 填 写 说 明

一、该表填写内容可打印也可用蓝色或黑色水笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、符合申报条件并愿意承担医保服务的医疗机构，可在正式运营满3个月后向所在辖区医保经办机构提出申请，填写《医疗保障定点医疗机构申请表》，并提供以下材料：

1. 医疗机构执业许可证或诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照复印件；
2. 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；
3. 与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；
4. 对医保基金影响的预测性分析报告；
5. 按相关规定要求提供的其他材料。

医疗机构名称		医疗机构 其他名称	
所有制形式		法定代表人姓名	
法定代表人 身份证号码		法定代表人 联系电话	
医院等级		邮政编码	
是否分支机构		上级医疗 机构名称	
经营性质		开业时间	
单位用房性质 (自有/租赁)		单位用房租赁合同 剩余有效期限	
建筑面积		500米内有无其他 定点医疗机构	
		1000米内有无其他定点 医疗机构	
单位地址			
单位经办人		联系电话	
医疗机构执业 许可证号		执业许可时间	
		变更记录 (近三年)	
统一社会 信用代码			

执业范围					
人员构成	人数	高级职称	中级职称	初级职称	其他
医师 (盲人按摩师)					
其中:主执业机构 医师					
护士					
医技人员					
药学人员					
其他人员					
合计					

稳定工作 关系人数		参加社会保险人数	
核定床位数		实际开放床位数	
配备药品种数		其中医保 药品种数	
已开展医疗服务 项目数		其中医保范围内 医疗服务项目数	
50万元以上大型 医用仪器设备数量		50万元以上大型 医用仪器设备名称	
医疗机构及其法定代表人、主要负责人 或实际控制人有无严重失信行为			
同一法人主体（投资主体）的相关定点医药机构，1年内有无 因违规被暂停、解除或终止医保协议和正在接受经办机构调查处理 等情况的记录。			
是否已安装医疗 结算监控设备		是否承诺提供医疗 结算监控信息	
申请 单位 意见	<p>自愿承担_____市医疗保障服务，申请成为医疗保障定点医疗机构，并承诺所填写的信息、证明材料真实有效。如与事实不符，将承担提供虚假材料所造成的一切后果。</p> <p>自愿按医保部门和医保经办机构要求安装实名制就医购药验证、实时监控等智能监管系统，并承诺签订医保协议后按要求提供省内异地、跨省异地联网结算服务并实施药品、耗材追溯码。</p> <p style="text-align: right;">法定代表人签字： 单位（盖章） 年 月 日</p>		

附件 2

# 市医疗保障 定点零售药店申请表

申请单位\_\_\_\_\_

申请时间\_\_\_\_\_

# 填 写 说 明

一、该表填写内容可打印也可用蓝色或黑色水笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、符合医保定点条件并愿意承担医保服务的零售药店，可在规定时间内向所在辖区医保经办机构提出申请，填写《市医疗保障定点零售药店申请表》，并提供以下材料：

1. 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；

2. 执业药师注册证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件；

3. 医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；

4. 与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

5. 与医保有关的信息系统相关材料；

6. 对医保基金影响的预测性分析报告；

7. 按相关规定要求提供的其他材料。

零售药店名称		法定代表人姓名	
法定代表人 身份证号码		法定代表人 联系电话	
经营方式	<input type="checkbox"/> 连锁企业直营门店 <input type="checkbox"/> 加盟店 <input type="checkbox"/> 单体店		
总店名称			
开业时间		邮政编码	
单位地址			
药店用房性质 (自有/租赁)		药店用房租赁合同 剩余有效期限	
营业场所 建筑面积		行进间距 500 米内有无 其他定点零售药店	
		行进间距 1000 米内有无 其他定点零售药店	
单位经办人		联系电话	
药品经营许可证号		许可证取得时间	
		变更记录(近三年)	
统一社会信用代码		营业执照 取得时间	
是否已安装医药 结算监控设备		是否承诺提供医药 结算监控信息	
经营药品是否有 进、销、存台账			

经营药品 种数	总数		西药		中成药		中药 饮片	
其中医保 药品种数	总数		西药		中成药		中药 饮片	
备注								
工作人员 总数	注册执业药师 (中药师)	药师 (中药师)	从业药师 (中药师)	营业员	其他工作人员			
1年以上稳定 工作关系人数					参加社会保险人数			
近一年内有无 行政处罚记录					近一年内有无 重大药品质量事故			
同一法人主体(投资主体)的相关定点医药机构,1年内有无 因违规被暂停、解除或终止医保协议和正在接受经办机构调查处理 等情况的记录。								
申请单位 意见	<p>自愿承担_____市医疗保障服务,申请成为医疗保障定点零售药店,并承诺所填写的信息、证明材料真实有效。如与事实不符,将承担提供虚假材料所造成的一切后果。</p> <p>自愿按医保部门和医保经办机构要求安装实名制购药验证、实时监控等智能监管系统。</p> <p style="text-align: right;">法定代表人签字: 单位(盖章) 年 月 日</p>							

附件 3

## 医疗保障定点医疗机构评估表

医疗机构名称:

地址:

评估时间:

指标类型	序号	评估项目及分值	评分标准	自评情况	评估情况
基础指标	1	经营时间	正式运营是否已达 3 个月及以上,“否”即为不合格。		
	2	执业医师	机构是否至少有 1 名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医(专长)医师资格证书且主执业机构在该医疗机构的医师,医师应连续在本单位参保 3 个月及以上(退休返聘除外),第一注册地在该医疗机构且已注册 3 个月及以上。“否”即为不合格。		
	3	医保管理	是否由主要负责人负责医保工作,同时配备专(兼)职医保管理人员,医保管理人员应连续在本单位参保三个月及以上(退休返聘除外),并通过医保部门组织的达标测试(考试);100 张床位以上的医疗机构是否设内部医保管理部门,并安排专职工作人员,“否”即为不合格。		
	4	制度建设	是否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,“否”即为不合格。		
	5	信息系统	是否已确定系统开发商,并已签订合作协议,“否”即为不合格。		
	6	基础数据库	是否已设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库,并按规定使用国家统一的医保编码,“否”即为不合格。		
	7	执业范围	是否以医疗美容、生活照护、健康体检、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围,“是”即为不合格。		
	8	医药价格政策	基本医疗服务是否执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策,“否”即为不合格。		

指标类型	序号	评估项目及分值	评分标准	自评情况	评估情况
	9	信用制度	机构的法定代表人、主要负责人或实际控制人是否有被列入严重失信人名单的，“是”即为不合格。		
	10	其他不予受理的情形	机构是否有国家、省医保部门规定的其他不予受理情形，“是”即为不合格。		
评估指标	1	建立完善的医保管理制度（5分）	建立包括医保办（医保人员）工作制度、医保病历处方审核制度、医保相关审批管理制度、医保政策宣传培训制度、医保外配处方管理制度等的医院医保管理制度。制度不健全的，每少一个制度，扣1分。		
	2	建立完善的财务制度（10分）	根据会计制度的规定建立相应的会计账目和“进、销、存”电算化管理的明细帐目。制度执行不到位，未做到账账相符、账实相符的，发现1例扣2分。		
	3	建立完善的统计信息管理制度（10分）	按要求做好医疗机构信息库、药品目录库（包括西药、中成药、中药饮片）、诊疗项目目录库、诊疗耗材目录库、疾病编码目录库、手术编码目录库、医保医师信息库等标准数据库基础信息的维护工作。未按要求维护国家统一医保编码的，发现1例扣2分。		
	4	建立完善的医疗质量安全核心制度（10分）	根据首诊负责制度等18项医疗质量安全核心制度要求，结合实际，建立完善本机构的核心制度、配套文件和工作流程。制度不健全或执行不到位的，扣10分。		
	5	配备医保要求的硬件装置（10分）	配备相关医保电子凭证设备、医保联网设施设备，并与其它网络间有安全隔离措施，与互联网物理隔离。未按要求配备相关设备或未与互联网物理隔离的，扣10分。		
	6	建立规范的药品、医用材料进货管理制度（10分）	医疗机构应按规定通过省药械采购平台采购药品、医用耗材，并按规定及时结算。药品购进记录必须注明药品的通用名称、生产厂商（中药材标明产地）、剂型、规格、批号、生产日期、有效期、批准文号、供货单位、数量、价格、购进日期。未按要求记录的，发现1例扣2分。药品、器械、耗材等所有经营品种（包括赠品）购、销明细均应如实录入“进销存”电算化管理信息系统。未建立制度，扣10		

指标类型	序号	评估项目及分值	评分标准	自评情况	评估情况
			分；未按要求录入的，发现1例扣2分。公立医疗机构线上采购率未达100%的，扣2分；按时结算率每降低10%，扣1分。		
	7	开展医保政策宣传（5分）	设立宣传栏、电子屏等向就医的参保人员宣传医保政策、就医流程等。未设，未宣传，或宣传方式和内容不规范的，扣5分。		
	8	保证参保人员知情同意权（5分）	公开药品、服务项目和材料的价格，能向参保人员提供门诊、住院费用结算清单和住院日费用清单，未公开的扣5分，公开但提供不到位的扣3分。 建立自费项目参保人员知情确认制度，未建立扣5分，制度执行不到位的，扣3分。		
	9	具备应用药品耗材追溯码的条件（10分）	具有应用药品耗材追溯码的条件，承诺纳入定点管理后按规定使用药品耗材追溯码，实现“应扫尽扫、应传尽传”，未做承诺的扣10分。		
评估指标	10	设置监控设备（20分）	在收费结算处、发药窗口、机构出入口及诊室通道等公共场所安装监控设备，确保正常使用，角度正确，能清晰辨认出参保人员面部特征，并能提供受理截止日前营业期间不少于3个月不间断的监控影像资料。未安装，或已安装但未按要求提供相关影像资料的，扣20分。		
	11	对医保基金影响的预测性分析（5分）	纳入定点后对医保基金影响的预测性分析报告客观、正确，符合医疗机构规模、经营收入和医保基金利用等实际情况的，得5分。		
	12	场所布局（5分）	新申请定点的医疗机构与已定点的医疗机构最小行径间距大于500米的得2分；大于1000米的得5分；小于500米，不得分。		
	13	场所面积（5分）	建筑面积500平方米及以上得2分；1000平方米及以上得5分；小于500平方米的，不得分。		
	14	医师数量（10分）	主执业机构为该医疗机构的医师（连续在本单位参保及注册满三个月及以上，退休返聘除外）达到2人的得3分，每增加1人加1分，最高不超过10分。		
	15	医保药品备药率	配备省招采平台目录范围内的医保药品（不含中药饮片）不低于100种的，每增		

指标类型	序号	评估项目及分值	评分标准	自评情况	评估情况
		(15分)	加1种得0.1分，最高得5分。配备国谈药品的，每增加1种得0.1分，最高得10分。以上药品均按通用名计，且配备数量应在20（按包装单位计）以上，单个品种药品数量不达标扣0.5分，最多扣5分。		
	16	医保目录诊疗服务占比（10分）	已开展的医疗服务项目中，医保目录内服务项目所占比例达到60%以上的，得5分；达到80%以上的，得10分。		
	17	社区站点（村卫生室）或高校医务室（5分）	社区站点（村卫生室）或机关事业单位卫生室得5分。		
<b>评估指标合计分值：150分</b>					
<b>评估指标合计得分：</b>					

备注：基础指标有一项不合格，评估结果即为不合格；评估指标合计得分120分以下，评估结果即为不合格。

现场评估专家签名：

## 附件 4

# 医疗保障定点零售药店评估表

零售药店名称:

地址:

评估时间:

指标类型	序号	评估项目及分值	评分标准	自评情况	评估情况
基础指标	1	经营时间	在注册地址是否已正式经营 3 个月以上，“否”即为不合格。		
	2	药师配备	药店是否至少有 1 名取得执业药师注册证书，且注册地在该零售药店所在地，药师是否已签订 1 年及以上劳动合同且在合同期内（退休返聘除外），“否”即为不合格。		
	3	医保管理	是否至少有 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，需签订 1 年及以上劳动合同且在合同期内（退休返聘除外），并通过医保部门组织的考试，“否”即为不合格。		
	4	药品管理	是否已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，保健品等非药械产品严格分区陈列，“否”即为不合格。		
	5	制度建设	是否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，“否”即为不合格。		
	6	信息系统	是否已确定系统开发商，并签订合作协议，“否”即为不合格。		
	7	基础数据库	是否已设立医保药品等基础数据库，并按规定使用国家统一的医保编码，“否”即为不合格。		
	8	药品价格政策	是否执行医疗保障行政部门制定医保药品支付标准政策，“否”即为不合格。		
	9	信用制度	药店的法定代表人、主要负责人或实际控制人是否有被列入严重失信人名单的，“是”即为不合格。		

指标类型	序号	评估项目及分值	评分标准	自评情况	评估情况
	10	其他不予受理的情形	零售药店是否有国家、省医保部门规定的其他不予受理情形，“是”即为不合格。		
评估指标	1	建立完善的医保药品管理制度（5分）	建立包括医保人员工作制度、医保药品“进销存”制度、医保处方管理制度、医保刷卡管理制度、医保信息管理制度等零售药店医保药品管理制度。制度不健全，每少一个制度，扣1分。		
	2	建立完善的财务管理制度（10分）	根据会计制度的规定建立相应的会计账目和“进、销、存”电算化管理的明细账目，未建立扣10分。未做到账账相符、账实相符，发现1例扣1分，最多扣10分。		
	3	建立完善的医保人员管理制度（10分）	建立健全零售药店负责人、医保管理负责人、执业药师、物价收费员、计算机信息管理人员、药品质量负责人等医保人员管理制度。制度不健全或执行不到位的，扣10分。		
	4	配备医保要求的硬件装置（10分）	配备相关医保电子凭证设备、医保联网设施设备，并与其它网络间有安全隔离措施，与互联网物理隔离。未按要求配备或未与互联网物理隔离的，扣10分。		
	5	建立完善的药械进货管理制度（10分）	药品采购记录必须注明药品的通用名称、生产厂商（中药材标明产地）、剂型、规格、批号、生产日期、有效期、批准文号、供货单位、数量、价格、购进日期。药品、器械等所有经营品种（包括赠品）购进、销售均应明细如实录入“进、销、存”电算化管理信息系统。制度执行不到位，未做到账账相符、账实相符，发现1例扣2分；购进记录缺少一个字段的，扣2分，最多扣10分。		
	6	开展医保政策宣传（5分）	设立宣传栏、电子屏等向购药的参保人员宣传医保主要政策、购药流程等。未设立，未宣传，或宣传方式和内容不规范的，扣5分。		
	7	合理定价制度（5分）	按照公平、合法、诚实守信原则对药品、医用材料、医疗器械等进行明码标价。定价或标识不规范的，发现1例扣1分，最多扣5分；有投诉举报价格的，发现1例扣1分，最多扣5分。		

指标类型	序号	评估项目及分值	评分标准	自评情况	评估情况
	8	设置监控设备（20分）	在药店出入口、收费结算处、其他商品販售区等公共场所安装监控设备，机构出入口等公共场所安装监控设备，确保正常使用，角度正确，能清晰辨认出参保人员面部特征，并能提供受理截止日前营业期间不少于3个月不间断的监控影像资料。未安装，或已安装但未按要求提供相关影像资料的，扣20分。		
	9	具备稳定独立的营业场所（10分）	营业面积应符合规定设置要求，能为参保人提供舒适的服务环境。设立医保药品专区或专柜，与非医保药品和其他用品分开摆放，有明确标识。医保药品专区或专柜设置符合规范，用于药品、医疗器械陈列及经营的面积不少于总经营面积70%。面积占比不达标的，扣5分，专区或专柜设置不符合要求，扣5分，其他用品未严格执行正面清单制，扣5分。		
	10	对医保基金影响的预测性分析（5分）	纳入定点后对医保基金影响的预测性分析报告客观、正确，符合药店规模、经营收入和医保基金利用等实际情况的，得5分。		
	11	场所布局（5分）	与相近定点零售药店的最小行径间距大于500米的得2分；大于1000米的得5分；小于500米的，不得分。		
	12	场所面积（5分）	建筑面积120平方米及以上得2分；200平方米及以上得5分；小于120平方米的，不得分。		
	13	经营范围（10分）	服务场所内不同时出售保健品等非药械产品，且三个月内无进销存记录的，得10分。		
	14	药师配备（5分）	在本药店专职服务的执业药师（连续在本单位参保及注册满三个月及以上）达到2名及以上的，得5分。		

指标类型	序号	评估项目及分值	评分标准	自评情况	评估情况
	15	医保药品备药率 (20分)	配备不低于1000种不同通用名的药品，其中省招采平台目录范围内的医保药品不低于药品总数的80%，得5分，每增加1个百分点加1分，最多加5分。配备国谈药品的，每1种得0.1分，最高得10分。		
	16	具备应用药品耗材追溯码的条件 (10分)	具有应用药品耗材追溯码的条件，承诺纳入定点管理后按规定使用药品耗材追溯码，实现“应扫尽扫、应传尽传”，未做承诺的扣10分。		
	17	经营方式(5分)	属于已定点的药品零售连锁企业直营门店的，得5分。		
<b>评估指标合计分值：150分</b>					
<b>评估指标合计得分：</b>					

备注：基础指标有一项不合格，评估结果即为不合格；评估指标合计得分120分以下，评估结果即为不合格。

现场评估专家签名：



---

抄送：浙江省医疗保障局。

---

湖州市医疗保障局办公室

2025年6月13日印发

---