

开封市社会医疗保险中心文件

汴医保中心〔2022〕53号

关于转发《河南省医疗保障服务中心关于规范河南省医疗保障定点医药机构申报的通知》的通知

市医保中心各科室、各县(区)医保经办机构，各定点医药机构：

现将《河南省医疗保障服务中心关于规范河南省医疗保障定点医药机构申报的通知》（豫医保中心〔2022〕29号）转发给你们，请认真贯彻执行。在执行过程中遇到问题，要及时向市医保中心反馈。

联系人：杜巍

联系电话：23381732

2022年11月25日

河南省医疗保障服务中心文件

豫医保中心〔2022〕29号

河南省医疗保障服务中心 关于规范河南省医疗保障定点医药机构申报的 通 知

各省辖市、济源示范区医疗保障经办机构：

为规范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医疗权益，根据国家、省相关政策规定，现就医疗保障定点医药机构申报工作通知如下：

一、申报时间

申请定点医疗保障的医药机构工作日正常申报，统筹地区经办机构即时受理。

二、申报条件

(一) 申请医疗保障定点的医疗机构应当同时具备以下条件：

1. 正式运营至少 3 个月，营业面积原则上不低于 100 平方米；

2. 至少有 1 名取得医师执业证、乡村医生执业证或中医（专长）医师资格证且第一注册地在该医疗机构的医师；

3. 主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员；申请开通住院结算服务的，应成立由主要负责人负责的医保基金使用管理委员会，明确并履行医保管理和医疗监督职责。设立与医保管理任务相适应的、与本单位医疗行政管理部门相平行的、独立的医保服务管理机构（以下简称医保办），配备专职医保管理人员（高于 100 张床位的，按照至少不低于 100：1 的比例配置），明确医务、财务、价格、质控、病案、信息等部门在医保管理中的职责；

4. 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；

5. 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；

6. 近一年内无行政处罚和重大医疗（药事）事故；

7. 符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其

它条件。

(二) 申请医疗保障定点的零售药店，应当同时具备以下条件：

1. 在注册地址正式经营至少 3 个月，营业面积原则上不低于 100 平方米；

2. 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，药师须签订劳动合同，且剩余合同期（自申报之日起至合同期满）在 1 年以上；

3. 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，并签订劳动合同且剩余合同期（自申报之日起至合同期满）在 1 年以上；

4. 按药品经营质量管理规范要求，对药品实行分区管理，营业场所内医保刷卡及非医保刷卡类分区合理，所售商品有明显价格标识；

5. 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；

6. 具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，能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；

7. 近一年内无行政处罚和行业违规行为；
8. 符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其它条件。

三、申报材料

(一) 医疗机构向经办机构提出医保定点申请，提供以下材料：

1. 定点医疗机构申请表；
2. 医疗机构执业许可证的正副本复印件或军队医疗机构为民服务许可的正副本复印件或中医诊所备案证复印件。申请生育服务的，另需提供母婴保健技术服务执业许可证的正副本复印件。其中营利性医疗机构提供营业执照的正副本复印件，非营利性医疗机构提供事业单位法人证或民办非企业单位登记证的正副本复印件；
3. 法定代表人和负责人的身份证复印件（存在合作关系的还应提供合作者的信息和合作协议）；
4. 医（药、护）卫生技术人员的资格证、注册执业证、专业技术人员职称证等证明材料复印件，医疗机构员工花名册；
5. 科室设置情况和大型医疗设备清单；
6. 医疗机构房屋使用权证明复印件（房屋产权证明、租赁合同等）、平面布局图、营业场所门头和营业环境真实照。其中使用权时间需自申报之日起不少于3年；
7. 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

8. 近3个月内的药品及医用耗材的进货发票，药品及医用耗材的“进、销、存”台账，已开展的医疗服务项目。近3个月内的业务收支情况及门诊、住院诊疗服务量（包括门诊诊疗人次、次均门诊诊疗费用、住院人数、住院人次、次均住院天数、次均住院费用、日均住院费用）；

9. 药品管理制度、财务管理制度、人员管理制度、统计信息管理制度、医保费用结算制度、医保管理制度等；

10. 省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其它材料。

（二）零售药店向经办机构提出医疗保障定点申请，提供以下材料：

1. 定点零售药店申请表；

2. 药品经营许可证、营业执照的正副本复印件。其中连锁零售药店另需提供总公司的药品经营许可证、营业执照正副本复印件；

3. 法定代表人、主要负责人或实际控制人的身份证复印件；

4. 执业药师注册证、执业资格证、劳动合同复印件；

5. 零售药店房屋使用权证明（房屋产权证明、租赁合同等）、平面布局图、营业场所门头和营业环境真实照。其中使用权时间需自申报之日起不少于3年；

6. 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

7. 近3个月内的药品、医用耗材、医疗器械进货发票和药

品、医用耗材、医疗器械“进、销、存”台账；

8. 药店人员工花名册；

9. 与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

10. 省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其它材料。

四、其他事项

（一）申报资料按上述申请材料顺序装订成册（材料按装订顺序编制目录），医疗机构医（药、护）卫生技术人员的资格证、注册执业证、专业技术人员职称证等证明材料复印件入册不超过20份。

（二）入册材料每页均需加盖申报单位公章，入册复印件在提交资料时均需携带原件现场备查。

（三）申报材料内容齐全且符合要求的，医疗保障经办机构即时受理。申请材料内容不齐全的，医疗保障经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知申报机构补充。

（四）医疗机构申请医疗保障定点住院服务的，即同时纳入省内、跨省异地就医直接结算管理。

附件：1. 定点医疗机构申请表

2. 定点零售药店申请表

3. 医疗机构员工花名册

4. 零售药店员工花名册

5. 药品进销存台账

6. 医用耗材进销存台帐

7. 零售药店医疗器械进销存台帐



附件 1

定点医疗机构申请表

申请单位：_____

申请时间：_____

医疗机构名称					
法定代表人		机构类别			
所有制形式		注册资金			
医院等级		营业面积			
单位住所地					
申请门诊服务 <input type="checkbox"/>		申请住院服务 <input type="checkbox"/>		补充科室服务 <input type="checkbox"/>	
申请康复服务 <input type="checkbox"/>		申请生育服务 <input type="checkbox"/>		申请体检服务 <input type="checkbox"/>	
联系人		联系电话			
医保管理部门					
卫生 技术 人员 构成	员工类别	总人数	高级职称	中级职称	初级职称
	医 生				
	护 士				
	医技人员				
	其他人员				
	合 计				
近三 个月 业务 收支 情况	门诊人次		次均门诊医疗费		
	住院人次		平均住院日		
	人均住院费		人均日住院费		
	业务收入		业务支出		
类 别		总 数			
药 品					
医用耗材					
服务项目					

科室设置情况	科室	床位数	科室	床位数	科室	座位数
大型医疗设备清单	科室	设备名称	适应症	单项次收费	备注	

注：大型医疗设备是指单项次收费在 100 元以上的设备。

申请 内容 及 承 诺	(医疗机构基本情况、特色及承诺)
	(申请单位印章) 年 月 日 法定代表人：(签字)

填写说明：1. 本表要求字迹工整，内容真实。

2. “医保管理部门”一栏是指医疗机构负责医疗保障服务管理的部门。

3. “申请内容及承诺”一栏填写申请机构的基本情况、特色。承诺包含单位基本情况、申报材料的真实性，是否存在行政处罚、医疗（药事）事故，法定代表人、主要负责人或实际控制人是否被列入失信人名单等内容。

附件 2

定点零售药店申请表

申请单位：_____

申请时间：_____

药店名称			
营业执照号		法定代表人	
所有制形式		所在辖区	
企业负责人		质量负责人	
药店营业地址			营业面积
联系人		联系电话	
药品经营许可证号			
药店开户名称			
药店开户行			
药店开户账号			
人员构成	注册执业药师	姓名： 注册地：	
	收银员	姓名：	
	营业员及其他人员数		
	合计人数		
药品数量	类 别	总 数	
	药 品		
	医用耗材		
	医疗器械		

近 三 个 月 销 售 情 况	月份	药品、医用耗材、医疗器械		其他销售种类	
		品种	金额	品种	金额
申 请 内 容 及 承 诺	(零售药店基本情况、承诺)				
	(申请单位印章) 年 月 日				
法定代表人：(签字)					

填表说明：承诺包含申报单位基本情况、申请材料的真实性，是否存在行政处罚和行业违规行为，法定代表人、主要负责人或实际控制人是否被列入失信人名单等内容。

附件 3

医疗机构员工花名册

填报单位： (盖章)

序号	姓名	性别	身份证号码	专业	执业证书编码	职称	备注

注：医疗机构的法定代表人、主要负责人或实际控制人在备注栏注明。

附件 4

零售药店员工花名册

填报单位： (盖章)

姓名	性别	身份证号码	职务	是否执业药师	执业药师注册编号	劳动合同期限	备注

注：零售药店的法定代表人、主要负责人或实际控制人在职务栏标注。

附件 6

医用耗材进销存台账

填报单位： (盖章)

统计时间： 年 月 日— 年 月 日

序号	名称	规格	生产企业	库存数量	购进数量	进价	销售数量	售价	盘存数量

注：表中售价为医疗机构的实际零售价格，库存数量为统计日期初始日数量，购进为统计区间内的购进数量，销售为统计区间内的销售数量， $库存数量 + 购进数量 - 销售数量 = 盘存数量$ 。

