

湖北省医疗保障局文件

鄂医保发〔2022〕75号

省医疗保障局关于印发《湖北省医疗保障 定点医药机构协议管理经办规程 (试行)》的通知

各市、州、直管市及神农架林区医疗保障局：

现将《湖北省医疗保障定点医药机构协议管理经办规程（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。执行中如发现问题，请及时反馈。



湖北省医疗保障局
2022年11月11日

（此件公开发布）

湖北省医疗保障定点医药机构协议管理 经办规程（试行）

第一章 总 则

第一条 为规范我省医疗保障定点医药机构协议经办管理，根据《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》（国家医疗保障局令第2号）和《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《湖北省基本医疗保障定点医疗机构服务协议（范本）》《湖北省医疗保障定点零售药店服务协议（范本）》等，结合我省实际，制定本规程。

第二条 本规程所称医疗保障定点医药机构（以下简称定点医药机构）是定点医疗机构和零售药店的统称。医疗保障定点医药机构服务协议（以下简称“医保协议”）是指医保经办机构与定点医药机构经协商谈判而签订的，用于规范医药服务行为以及明确双方权利、义务及责任等内容的协议。

第三条 各统筹地区医疗保障定点医药机构的申请、评估、协议签订、协议履行和动态管理等，适用本规程。

第四条 定点医药机构实行统筹地区属地管理，经办机构对本统筹地区内定点医药机构为本地和异地参保人员提供的医疗（药品）服务承担管理服务职责。

第二章 申 请

第五条 申请定点的医疗机构应当取得医疗机构执业许可证

或中医诊所备案证，军队医疗机构应当经军队主管部门批准有为民服务资质，并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）按要求完成统筹地区医保信息系统建设且通过验收；

（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。

第六条 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。

第七条 申请定点的零售药店应当取得药品经营许可证，并
同时符合以下基本条件：

（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）按要求完成统筹地区医保信息系统建设且通过验收；

（八）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。

第八条 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。

第九条 符合申请条件，且自愿承担统筹地区医疗保障医药
服务的医药机构，分别按本规程附件 1、附件 2 要求向统筹地区
经办机构提交申请资料，并对申请材料的真实性负责。各统筹地

区可在附件 1、附件 2 基础上，结合本地实际情况简化申请资料要求。

第十条 医药机构有多个执业（营业）地点的，各分支机构应当分别提出申请。

第十一条 统筹地区经办机构应当向社会公布定点医药机构申请指南，主要包括申请条件、所需材料、受理时间、受理地点、受理时限、办理流程等基本情况，并就信息系统建设等前期投入进行风险提示。

第三章 受理与评估

第十二条 各统筹地区除服务窗口受理申请外，还应开通网上受理渠道。

第十三条 统筹地区经办机构应当自收到医药机构网上申请或纸质申请之日起 5 个工作日内完成审核，并出具相应回执，审核意见的情形如下：

（一）审核合格确认受理的，出具受理回执及配合评估材料清单（附件 3、附件 4，各地可根据本地评估指标调整附件 4 内容）；

（二）审核后确认需补充材料的，出具补齐补正通知（附件 5），并一次性告知需更正或补充的材料。申请机构应在 5 个工作日内补齐补正，逾期视为放弃此次申请。

（三）审核后确认不通过的，出具不予受理回执（附件 6）。

第十四条 各统筹地区经办机构组织评估小组或通过政府采购、购买服务等方式委托第三方机构，以书面、现场等形式开展

评估。评估小组成员原则上由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成，并实行回避制度。自受理申请材料之日起，评估时间不超过 3 个月，各统筹地区可根据实际情况适当压减评估时间，医药机构补充材料时间不计入评估期限。评估时发现医药机构采取虚构、篡改等不正当手段报送申请材料或评估材料的，经办机构核实后取消其定点申请资格，并保存相关记录，3 年内不予受理定点申请。

第十五条 各统筹区可根据附件 7、附件 8，结合本地实际制定评估指标。实行定性评估的统筹地区，评估结果分为合格或不合格。实行定点医药服务资源配置规划的统筹地区，定量评估应以定性评估合格为前提，并在医药服务资源配置规划内按打分排序择优确定合格对象。

第十六条 各统筹地区经办机构应将评估结果报同级医保行政部门备案。对于评估合格的，纳入拟签订医保协议的医药机构名单，向社会进行公示，公示期不少于 5 个工作日。对于评估不合格的，应当告知其理由，提出整改建议，发放评估不合格告知书（附件 9）。

自评估不合格告知书送达之日起，医药机构整改 3 个月后可再次提交评估申请，经办机构收到其申请后，按照前述程序再次组织评估。评估仍不合格的，经办机构发送评估不合格告知书，自再次评估结果送达之日起，12 个月内不得再次申请。

第四章 协议签订

第十七条 公示期结束后，各统筹地区经办机构与评估合格

的医药机构协商谈判，达成一致的，双方应在 5 个工作日内签订医保协议，并向同级医疗保障行政部门备案。

第十八条 各统筹地区应根据《湖北省基本医疗保障定点医疗机构服务协议（范本）》、《湖北省医疗保障定点零售药店服务协议（范本）》结合当地实际，细化医保协议，协议中应明确双方权利、义务和责任。签订医保协议的双方应当严格执行协议约定。协议期限原则上为 1 年。各统筹地区应根据国家、省相关政策调整医保协议内容、修订协议文本，必要时可签订补充协议。

第十九条 各统筹区经办机构对签约的定点医药机构开展医保相关政策、业务培训，确保顺利上线。

第二十条 各统筹区经办机构应向社会公布签订医保协议的定点医药机构信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

第二十一条 各统筹区经办机构向定点医药机构提供国家统一的医疗保障铭牌标准，定点医药机构应当按照统一标准制作后张贴、悬挂。

第五章 协议履行

第二十二条 经办机构应加强医保基金预算管理，完善付费方式及结算办法，按规定及时向定点医药机构拨付应当由医保基金支付的费用。

第二十三条 定点医药机构应参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训，并组织内部培训，定期检查本单位医保基金使用情况，及时纠正医保基金使用不规范的行为。二级以上定点医疗机构应成立医保、医务、信息、采购等部门参与的医

保基金使用管理委员会，强化自我监督，提升医保基金使用管理绩效。

第二十四条 定点医疗机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，严格掌握出入院指征，不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

定点医疗机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

第二十五条 定点零售药店应当凭处方销售医保目录内处方药，药师应当对处方进行审核、签字后调剂配发药品。外配处方必须由定点医疗机构医师开具，有医师签章。定点零售药店可凭定点医疗机构开具的电子外配处方销售药品。

定点零售药店提供药品服务时应核对参保人员有效身份凭证，做到人证相符。特殊情况下为他人代购药品的应出示本人和被代购人身份证。凭外配处方购药的，应核验处方使用人与参保人员身份是否一致。为参保人员提供医保药品费用直接结算单据和相关资料，参保人员或购药人应在购药清单上签字确认。应将

参保人员药品外配处方、购药清单等保存 2 年，以备医疗保障部门核查。

第二十六条 定点医药机构应当遵守医疗保障行政部门制定的医药价格政策。定点医疗机构要按有关规定执行药品和医用耗材采购政策，优先使用集中采购中选的药品和耗材。定点零售药店要按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则制定价格。

第二十七条 定点医药机构应全面贯彻执行国家医疗保障信息业务编码，按要求及时如实向统筹地区经办机构上传医药费用结算清单等信息，并对其真实性负责。

定点医药机构应当定期向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。

第二十八条 定点医药机构应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

第二十九条 定点医药机构应当做好与医保有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。

第三十条 经办机构应对定点医药机构医保协议的履行情况进行年度考核，考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。

第三十一条 定点医药机构违反医保协议约定的，经办机构可以督促其履行医保协议，按照医保协议约定采取约谈、暂停或不予拨付、不予支付或追回已支付的医保费用、要求支付违约金、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、中止或解除协议等措施处理。对违反法律法规的，在追究违约责任的同时，报请医疗保障行政部门按规定处理。

第六章 定点医药机构的动态管理

第三十二条 在医保协议期内，定点医药机构的名称、法定代表人（企业负责人）、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、药品经营范围、机构规模、机构性质、等级和类别等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起30个工作日内，向各统筹地区经办机构提交《湖北省医疗保障定点医药机构信息变更申请表》（附件10）以及各统筹地区要求的变更资料复印件（加盖公章）。其他一般信息变更应及时告知。

（一）定点医药机构名称、法定代表人（企业负责人、主要负责人或实际控制人）、注册地址变更的情形，资料审核合格后，重新签订医保协议，协议有效期为变更前签订协议的剩余期限；涉及地址变更的，还应进行现场考察。

（二）定点医药机构银行账户、诊疗科目、药品经营范围、机构规模、机构性质、等级和类别变更的情形，资料审核合格后，予以变更。

（三）涉及法定代表人（企业负责人）、主要负责人或实际控制人变更的，经核实有本规程第六条、第八条所列情形的，不予受理变更申请并不再续签协议。

（四）定点医药机构应在经办机构审核后及时在《国家医保信息业务编码标准数据库动态维护》系统上按贯标工作要求进行信息维护。

第三十三条 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。统筹地区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。

对于绩效考核结果好的定点医药机构，经办机构可以采取固定协议和年度协议相结合的方式签订协议，固定协议不少于 2 年，年度协议每年根据具体情况调整，简化签约手续。

第三十四条 定点医药机构经相关职能部门批准暂停服务或自身原因需暂停服务的，应当在实际暂停服务之日起 30 日内，向经办机构申报中止协议，经经办机构同意，可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过 180 日，定点医药机构在医保协议中止超过 180 日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。定点医药机构有下列情形之一的，经办机构应中止医保协议：

1. 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；
2. 未按规定向医疗保障行政部门及经办机构提供有关数据或提供数据不真实的；
3. 根据医保协议约定应当中止医保协议的；
4. 法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

第三十五条 定点医药机构有以下情形之一的，经办机构应解除协议，并向社会公布解除医保协议的医药机构名单：

（一）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. 经核实有重大信息发生变更，经相关行政部门批准后超过 30 个工作日未向辖区医保经办机构申请变更的；
7. 定点医疗机构停业或歇业后，在实际暂停服务之日起 30 日内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. 根据医保协议约定应当解除医保协议的；
13. 定点医疗机构主动提出解除医保协议且经办机构同意的；
14. 法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

（二）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、绩效考核等，情节恶劣的；
9. 经核实有重大信息发生变更，经相关行政部门批准后超过 30 个工作日未向辖区医保经办机构申请变更的；
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的；

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。

第三十六条 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。

统筹地区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、科室（部门）有违反医保协议或医疗保障法规政策的，经办机构可以对该人员、科室（部门）中止或终止医保结算。

第三十八条 定点医药机构与统筹区经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行进行协商解决或提请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。

第七章 附 则

第三十九条 本规程由省医疗保障局负责解释。

第四十条 各统筹地区经办机构可在本规程基础上，根据实际情况细化制定本地区经办规程。

第四十一条 本规程自发布之日起施行，试行期两年。

- 附件：
1. 湖北省医疗机构申请定点协议管理申请材料
 2. 湖北省零售药店申请定点协议管理申请材料
 3. 湖北省定点医药机构受理回执
 4. 配合评估材料清单
 5. 湖北省定点医药机构申请材料补齐补正通知书
 6. 湖北省定点医药机构不予受理回执
 7. 湖北省新增定点医疗机构评估内容
 8. 湖北省新增定点零售药店评估内容
 9. 湖北省新增定点医药机构评估不合格告知书
 10. 湖北省医疗保障定点医药机构信息变更申请表

附件 1

湖北省医疗机构申请定点协议管理申请材料

一、申请材料

1. 定点医疗机构申请表

2. 医疗机构执业许可证正、副本或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

3. 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本

至少包括医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度。

4. 与医保有关的信息系统改造完成测试验收材料

5. 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告

至少含四个部分内容：（1）医疗机构基本情况；（2）近 3 个月运营状况：医疗服务总量、总费用及人次情况（含医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙的服务量、费用及人次情况），门急诊及住院病人平均费用情况；（3）预测分析纳入定点后医保基金使用情况；（4）医保基金安全风险防范预案及措施。

二、参考样表

医疗机构申请定点协议管理申请表参考样表

医疗机构名称	
统一社会信用代码	

注册地址			
注册面积		建筑面积	
法定代表人	姓名	联系方式	
	身份证号		
主要负责人	姓名	联系方式	
	身份证号		
实际控制人	姓名	联系方式	
	身份证号		
医疗机构成立时间		医疗机构等级	
医疗机构性质		医疗机构类别	
医疗机构执业许可证发证机关			
医疗机构执业许可证登记号			
医疗机构执业许可证发证日期		许可证有效期开始日期	
		许可证有效期截止日期	
执业地址行政区划		执业地址	
服务对象		诊疗科目	
编制床位数		实际开放床位数	
收费等级		医疗用房性质	
银行账号		银行开户行	
是否配有专（兼）职医保管理人员			
是否设有内部医保管理部门			
是否具有医保管理、财务、统计信息管理、医疗质量安全核心制度			
是否具有符合医保协议管理要求的信息系统			
是否设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库			

附件 2

湖北省零售药店申请定点协议管理申请材料

一、申请材料

1. 定点零售药店申请表

2. 药品经营许可证和营业执照正副本、法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件

3. 执业药师资格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
至少含医保药品管理制度、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. 与医保有关的信息系统改造完成测试验收材料

7. 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告

至少含四个部分内容：（1）零售药店基本情况；（2）近 3 个月运营状况：销售商品（含药品、医疗器械、保健食品、消毒用品、非医疗用品等）总量及总费用情况；（3）预测分析纳入定点后医保基金使用情况；（4）医保基金安全风险防范预案及措施。

二、参考样表

零售药店申请定点协议管理申请表参考样表

零售药店名称			成立日期	
统一社会信用代码				
法定代表人	姓名		联系方式	
	身份证号			
企业负责人	姓名		联系方式	
	身份证号			
实际控制人	姓名		联系方式	
	身份证号			
药品经营许可证证号			发证机关	
发证日期			有效期 截止日期	
经营方式			经济类型	
经营范围			营业面积	
注册地址				
仓库地址				
营业地址行政区划			经营药品品种 数量	
药店负责人姓名			医保目录内药 品数量	
药店负责人手机号				
是否配有专（兼）职医保管理人员				
是否具备与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度				
是否建立药品进销存信息系统				

附件 3

湖北省定点医药机构受理回执

回执编号	
机构名称	
机构地址	
办理事项	医疗机构 ☐ 零售药店 ☐ 申请定点协议管理
备注	你单位申请已受理，请按《配合评估材料清单》备齐相应材料，做好评估准备工作。如未按约定时间配合完成评估，视为自愿放弃当次申请。 评估时间：在_____之前

（本回执一式两份，一份送达申请机构，一份经办机构留存。）

签收人：

联系电话：

签收时间：

经办机构（盖章）

联系电话：

经办日期：

附件 4

配合评估材料清单

(参考)

一、医疗机构需准备的评估材料

1. 医生、护士、医药学技术人员相关证书，有劳务关系的需提供劳动合同或劳务合同（二级（含）以上医疗机构应提供每类人员至少 2 名相关证书及劳动合同或劳务合同）；

2. 开设的与服务功能相适应的诊断、治疗、手术、住院、药品贮存及发放、检查检验放射等科室及主要仪器设备列表加盖单位公章的原件及 PDF 扫描件；

3. 卫生健康部门医疗机构评审的结果原件、加盖单位公章的复印件及 PDF 扫描件；

4. 近三个月医疗服务（含基本医疗服务以及医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务）总量及发生的医疗费用明细原件及数据电子件；

5. 申请生育服务的需提供：《母婴保健技术服务执业许可证》正、副本原件、加盖单位公章复印件及 PDF 扫描件；

6. 事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书或营业执照正、副本原件及 PDF 扫描件；其他无事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书提供其设立机构的事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书；统一社会信用代码证，医疗机构级别证明文书（未

评级除外)；

7. 法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证原件 PDF 扫描件；

8. 有劳务关系的医保专（兼）职人员需提供劳动合同或劳务合同；

9. 营业场所产权证、使用权证或租赁合同。

二、零售药店需准备的评估材料

1. 药店正门开业状态照片电子件（需包含药店招牌、名称、门牌号码）；

2. 医保药品标识照片电子件；

3. 销售药品及其他规定用品的服务场所产权证、使用权证或租赁合同。

附件 5

湖北省定点医药机构申请材料补齐补正通知书

回执编号	
机构名称	
机构地址	
补齐补正材料	
备注	申请机构应在 5 个工作日内补齐补正,逾期视为放弃当 次申请

(本回执一式两份,一份送达机构领取,一份经办机构留存。)

签收人:

联系电话:

签收时间:

经办机构(盖章):

联系电话:

经办日期:

附件 6

湖北省定点医药机构不予受理回执

回执编号	
机构名称	
机构地址	
受理事项	医疗机构 ☐ 零售药店 ☐ 申请定点协议管理
不予受理原因	
备注	

（本回执一式两份，一份送达机构领取，一份经办机构留存。）

签收人：

联系电话：

签收时间：

经办机构（盖章）

联系电话：

经办日期：

湖北省新增定点医疗机构评估内容

(参考)

一、定性评估内容

(一) 核查医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证等相关材料;

(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第一注册地信息;

(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, 行业主管部门对医疗机构评审的结果;

(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。

二、定量评估内容

(一) 服务能力方面: 在注册地址正式营业时间, 分不同类型医疗机构的建筑面积和执业医师数量, 医保药品备药情况等;

(二) 管理能力方面: 医保管理人员数量和从业时间, 管理制度落实情况, 药品耗材进销存管理情况, 视频监控设备, 保障参保人知情权等;

(三) 同类别医疗机构场所布局间距情况。

附件 8

湖北省新增定点零售药店评估内容 (参考)

一、定性评估内容

(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等相关材料;

(二) 核查执业药师资格证书或药学技术人员资格证书及劳动合同;

(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。

二、定量评估内容

(一) 服务能力方面: 在注册地址正式营业时间, 营业面积, 药师人数和在店从业时间等;

(二) 管理能力方面: 医保管理人员数量和在职从业时间, 经营方式(区分连锁直营、连锁加盟、单体店), 经营范围(区分医药用品专营、兼营食品日用品等), 药品分区经营, 药品进销存管理, 药店信息系统(区分自建系统、使用“湖北医保定点医药机构服务平台”), 视频监控设备等;

(三) 同类别机构场所布局间距情况。

附件 9

湖北省新增定点医药机构评估不合格告知书

告知书编号	(受理号)
机构名称	
办理事项	医疗机构 ☐ 零售药店 ☐ 申请定点协议管理
评估结果	初次评估不合格 ☐ 再次评估不合格 ☐
不合格理由	经评估,
整改建议	1. 2. 3.
备注	1. 本告知书一式两份, 一份送达申请机构, 一份由经办机构留存; 2. 自初次评估结果送达起, 整改 3 个月后可再次申请评估; 再次评估仍不合格的, 12 个月内不得再次申请。

签收人:

联系电话:

签收日期:

经办机构(盖章):

联系电话:

经办日期:

附件 10

湖北省医疗保障定点医药机构信息变更申请表

申请时间: 年 月 日

机构名称		机构代号	
申请人姓名		联系电话	
变更内容	变更前	变更后	变更时间
☐ 机构名称			
☐ 法定代表人/主要负责人/实际控制人（附身份证号）			
☐ 注册地址			
☐ 银行开户名及账号			
☐ 诊疗科目			
☐ 机构规模（床位数）			
☐ 机构性质			
☐ 机构等级			
☐ 机构类别			
☐ 药品经营范围			
☐ 其他			
变更原因: (申请单位盖章) 法定代表人签字: 年 月 日			
初审意见: 经办人: 年 月 日			

经办机构意见:

(经办机构盖章)

年 月 日

填表说明:

- 一、申请单位对填报信息内容真实性负责,经核实申请材料造假的,医保协议自动解除;
- 二、机构代码为全国统一的国家医保定点机构代码;
- 三、医疗机构按性质分为非营利性医疗机构和营利性医疗机构;
- 四、医疗机构类别包括:
 - (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。
- 五、变更银行账户时应提交银行开户许可证复印件。