

滕州市医疗保障局

关于 2025 年度新增定点医药机构的受理通知

各医疗机构、零售药店：

为规范我市医疗保障定点医药机构协议管理，优化医保服务资源配置，根据《枣庄市医疗保障局关于印发 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）和《关于进一步调整完善我市定点医药机构准入评估有关事项的通知》（枣医保中心发〔2025〕1 号）要求，结合我市实际，现就 2025 年度新增定点医药机构受理工作有关事项通知如下：

一、资源规划原则

医保服务资源配置要符合“合理调控、注重均衡，公开透明、竞争有序，适度保障、持续发展”原则，切实提升医保服务质效。

二、年度受理计划

1. 住院定点医疗机构。目前枣庄市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，需在滕州市 2024 年度床位总量基础上统筹优化，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. 门诊定点医疗机构和定点零售药店。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。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，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，提报枣庄市医保部门审核同意后开展相关工作。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。

3. 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。

4. 双通道、门诊统筹以及门诊慢特病定点零售药店。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，年度内省局另有规定的，从其规定。

按照枣庄市下达的 2025 年度滕州市定点医药机构受理计划，我市全年新增定点计划数量如下：

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
6	6	8	依据现有床位 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。

三、申请条件

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。

四、受理时间及类型

（一）第一批次集中受理

时间：2025年5月12日—5月23日

受理类型：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。

新增计划数量：

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
6	6	5	依据现有床位 优化情况确定

（二）第二批次集中受理

时间：2025年9月20日—9月30日

受理类型：个账定点医药机构新增申请，第一批次集中受理未使用计划的新增申请及第一批次评估不合格机构的再次申请。

新增计划数量：根据第一批次评估结果，在第二批次集中受理前提前公布。

五、申请材料

详见附件

六、申请渠道及受理方式

（一）申请渠道

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”提交电子材料，线下将纸质材料递交至滕州市医疗保障局（地址：滕州市善国北路79号204室，电话：0632-5502205）。

（二）受理方式

对医药机构提交的材料进行初审复审两级审核，重点审核提交材料是否齐全，是否属于不予受理情形，不予受理的应出具告知书，对于材料不齐全的，自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医药机构补充，出具材料补充告知书。

七、办理流程及时限

1. 材料受理。5个工作日内完成材料审核。
2. 现场评估。初审通过后20个工作日内完成书面及现场评估。

3. 集体决策。评估结果须进行集体研究，对于不符合的医药机构要及时下达评估结果告知书，首次评估不合格的须3个月后再开展评估，再次评估不合格的，一年后方可重新申请定点准入。

4. 公示。经集体研究通过的医药机构相关情况报枣庄市级经办机构审核后，统一进行公示。

5. 协议签订。公示无异议后，30个工作日内签订医保服务协议。

- 附件：
1. 定点医药机构申请材料
 2. 定点医疗机构申请表
 3. 定点零售药店申请表
 4. 医疗机构卫生技术人员信息表



附件 1

定点医药机构申请材料

一、定点医疗机构申请材料如下：

1. 定点医疗机构申请表。
2. 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)。
3. 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。
4. 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本。
5. 与医保有关的医疗机构信息系统相关材料。
6. 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：一是医疗机构基本情况(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)；二是近 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)；三是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。
7. 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：

1. 定点零售药店申请表。

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(含证照正、副本)。

3. 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。

4. 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。

5. 专(兼)职医保管理人员的劳动合同复印件。

6. 与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本。

7. 与医保有关的信息系统相关材料。

8. 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:一是零售药店基本情况(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);二是近3个月运营状况(服务量、费用及人次情况等);三是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。

9. 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。

附件 2

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	<input type="checkbox"/> 政府举办非营利性 <input type="checkbox"/> 非政府办非营利性 <input type="checkbox"/> 营利性	经营面积 (平方米)	
所有制形式	<input type="checkbox"/> 全民 <input type="checkbox"/> 集体 <input type="checkbox"/> 私人 <input type="checkbox"/> 中外合资(合作) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 医保个人账户 <input type="checkbox"/> 普通门诊统筹 <input type="checkbox"/> 住院统筹 <input type="checkbox"/> 门诊慢特病				
申请定点次数	<input type="checkbox"/> 首次 <input type="checkbox"/> 第二次 <input type="checkbox"/> 第三次 <input type="checkbox"/> 其他				
此前历次评估发现问题及整改情况					
申请承诺	<p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;"> 法定代表人签字： (单位盖章) </p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 年 月 日 </p>				
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3

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 <input type="checkbox"/> 加盟 <input type="checkbox"/> 单体 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>				
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 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>							
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				

