

武汉市人力资源和社会保障局办公室文件

武人社办〔2018〕1号

关于印发《武汉市基本医疗工伤生育保险定点医药机构协议管理实施细则（试行）》的通知

各新城区人力资源和社会保障局、各社保经办机构：

现将《武汉市基本医疗工伤生育保险定点医药机构协议管理实施细则（试行）》印发给你们，请遵照执行。

市人力资源和社会保障局办公室

2018年1月26日



武汉市基本医疗工伤生育保险定点医药 机构协议管理实施细则(试行)

第一章 总 则

第一条 为做好本市基本医疗工伤生育保险定点医药机构（以下简称“定点医药机构”）协议管理工作，按照《关于印发〈武汉市基本医疗工伤生育保险定点医药机构协议管理办法（试行）〉的通知》（武人社发〔2017〕59号），制定本实施细则。

第二条 本细则适用于定点医药机构的申请、评估、协议签订、变更、监督管理等。

第三条 本细则所称的定点医药机构服务协议是指社会保险经办机构（以下简称“经办机构”）与定点医药机构签订的，用于规范双方责任、权利的专门合约，包括《武汉市基本医疗工伤生育保险定点医疗机构服务协议书》（附件1）、《武汉市基本医疗保险定点药店服务协议书》（附件2）（以下简称“服务协议书”）。

第四条 服务协议书包括服务范围、质量控制、诚信建设、费用结算、支付标准、监督管理、违约责任、协议中（终）止、争议处理、协议有效期等内容，并根据相关政策和管理要求补充

完善。

第二章 定点医药机构的申请和办理

第五条 基本医疗保险定点医药机构应具备以下条件：

（一）具有从事相关业务的资质及合法证照，遵守国家和省、市社会保险、医疗服务、药品及物价管理等有关法律、法规、政策和行业标准。

（二）依法与所有从业人员签订劳动合同，依法依规全员参加社会保险并按时足额缴纳社会保险费。从业人员具有符合规定的执业或上岗资格，专业技术人员配备齐全

（三）具有符合本市基本医疗、工伤、生育保险医药服务和费用结算监督管理等要求的硬件设施和信息系统，能够与社会保险管理信息系统对接。

（四）内部管理和财务制度健全，建立药品和耗材进、销、存以及诊疗项目台账，有完整的购销记录和凭证，能够满足相关监管和审计需要。

（五）综合医疗机构业务用房建筑面积应不少于 1000 平方米，布局合理；承担住院医疗任务的医疗机构必须有卫生行政管理部门核定的编制床位批文，住院床位数一般不少于 20 张。

只承担门诊医疗服务任务的医疗机构业务用房建筑面积应不少于 150 平方米，布局合理。

药店经营建筑面积应不少于 80 平方米。

乡镇卫生院、村卫生室（站）的业务用房建筑面积限制条件可适当放宽。

第六条 工伤保险定点医疗机构应具备以下条件：

（一）已经取得基本医疗保险定点医疗机构资格，并签订服务协议；

（二）具备为工伤职工提供良好医疗服务的条件，在工伤救治、康复和职业病防治方面有专业技术优势；

（三）执业地附近有一定数量的工伤保险参保企业或参保职工集中居住的，可优先纳入定点。

第七条 工伤保险康复定点机构应具备以下条件：

（一）符合本细则第六条的规定；

（二）具备二级以上康复专科机构条件或三级综合医疗机构资质；

（三）设有专门的康复病房，床位在 50 张以上，每张床净使用面积在 6 平方米左右；

（四）康复业务用房面积在 500 平方米以上（不含病房），有独立的康复功能评定、康复治疗 and 康复支具安装室等；

（五）有较为完备的康复器械和设备；

（六）拥有 10 名以上康复专业医师（其中副高级以上职称人员比例一般不低于 40%），20 名以上经过专业培训的康复治疗师。

第八条 工伤保险辅助器具配置定点机构应具备以下条件：

（一）遵守国家、省、市有关工伤保险服务管理的法律、法规、政策和标准，有健全和完善的服务管理制度及售后服务系统；

（二）依法取得民政部门核发的《假肢和矫形器（辅助器具）生产装配企业资格认定证书》或相应资质的辅助器具生产装配机构。

第九条 生育保险定点医疗机构应具备以下条件：

（一）已经取得基本医疗保险定点医疗机构资格，并签订服务协议；

（二）具备为孕、产妇提供良好医疗服务的条件，在生育、计划生育救治方面有专业技术优势；

（三）执业地附近有一定数量的生育保险参保企业或参保人员集中居住的，可优先纳入定点。

第十条 申请定点的医药机构有下列情形之一的，不予受理：

（一）不符合本办法第五条至第九条规定的；

（二）近3年内在卫生计生、食品药品监督、物价、民政等部门有行政处罚记录的；

（三）因虚构、伪造、篡改申请资料被查实未满3年的；

（四）因违法违规行为被终止服务协议未满3年的；

(五) 不符合社会保险政策规定的其他情形。

第十一条 武汉市医疗保险中心（以下简称“市医保中心”）根据参保人员就医购药需求、社会保险经办服务能力、基金支付能力、信息系统支撑能力等，适时向社会发布定点医药机构的新增信息，明确申请条件、时间、地点、方式、材料等有关内容。

第十二条 申请定点医药机构按以下程序办理：

(一) 提交申请

符合本细则第五条至第九条规定，自愿承担武汉市基本医疗、工伤、生育保险定点医药服务的医药机构，按以下流程提出申请：

1、注册登记。医药机构登录武汉人力资源和社会保障服务网（<http://www.wh12333.gov.cn>），进入定点医药机构网上申请页面，按照“申请指南”的要求完成注册登记。

2、填报信息。医药机构在申请页面中选择对应辖区经办机构，按照《武汉市基本医疗工伤生育保险定点医药机构申请表》（附件3，以下简称《申请表》）的填表说明如实填报信息。医药机构有多个执业地点的，各执业地点应向所属辖区分别申请。

3、提交电子信息资料。医药机构将《申请表》中所列申请资料拍照或扫描后向所在辖区经办机构提交。申请资料可通过有效网址查询的，医药机构应在《申请表》中注明。

4、医药机构导出、打印《申请表》留存。

5、医药机构按以下顺序装订申请材料成册：

医疗机构：(1)《申请表》；(2)《医疗机构执业许可证》、《营业执照》或《事业单位法人证书》；(3)医疗机构级别证明文书（未评级除外）；(4)医疗服务场所产权证、使用权证或租赁合同；(5)申请工伤保险定点、工伤保险康复定点的医疗机构还须提供医疗机构专业服务的特色介绍、工作方案、服务方式说明材料；(6)申请生育保险定点的医疗机构还须提供《母婴保健技术服务执业许可证》、《计划生育技术服务机构执业许可证》。

工伤保险辅助器具配置机构：(1)《申请表》；(2)《营业执照》；(3)服务场所产权证、使用权证或租赁合同；(4)《假肢和矫形器（辅助器具）生产装配企业资格认定证书》。

零售药店：(1)《申请表》；(2)《药品经营许可证》、《药品经营质量管理规范认证证书》；(3)《营业执照》；(4)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。

以上材料除《申请表》和说明材料外，均提供复印件。

（二）受理审核

1、网上审核。辖区经办机构自接收医药机构申请资料的7个工作日内进行初审。不符合要求的，终止审核；资料不全的，在网上一次性告知需更正或补充的材料，相关医药机构应在辖区经办机构网上告知的5日内通过网上或书面提交需更正、补充的

材料，逾期不提交的视为放弃申请。

2、现场勘验。辖区经办机构两名以上工作人员对初审通过后的医药机构进行实地审核，现场审核资格条件及申请资料原件，在《申请表》上填写审核意见，并由医药机构负责人签字确认。

3、汇总提交。辖区经办机构应在 20 个工作日内完成审核。审核合格的，将《申请表》及附报资料整理汇总，并提交市医保中心进行第三方评估；审核不合格的，告知其原因。

（三）第三方评估

1、成立评估委员会。按照《武汉市基本医疗工伤生育保险定点医药机构协议管理第三方评估办法及评估标准》（附件 4）要求，评估委员会成员由人社、卫生计生、食品药品监督、纪检监察等部门工作人员和医药专家、人大代表、政协委员等人员组成。每次评估，从评估委员会名录中随机抽选不少于 7 名（单数）成员组成评估工作组。

2、评估流程。评估工作组对医药机构的资质情况、所在地定点医药机构布局、场地设施、执业范围、人员配置、管理能力、服务特色等内容公正客观地进行评估。市医保中心根据评估委员会的评估结果，统筹考虑医药服务资源配置、服务能力和特色、医疗保险基金的预算管理和信息系统建设及参保人员就医意向等因素，在 20 个工作日内拟定新增定点医药机构名单。

（四）公示

市医保中心在武汉人力资源和社会保障服务网公示拟新增定点医药机构名单，公示时间为 5 个工作日。公示期间举报的问题，由辖区经办机构根据举报内容通过函询等方式进行核实，经核实不符合定点医药机构条件或其他相关政策规定的，取消新增定点资格。

（五）协商谈判

经办机构与拟新增定点医药机构就医疗、工伤、生育保险服务协议约定内容进行谈判，每期谈判期限为 30 个工作日。

（六）协议签订

经谈判协商达成一致意见的医药机构应在 5 个工作日内签订服务协议书（一式三份）；双方未能达成一致的，取消医药机构新增定点资格。

（七）政策及业务培训

经办机构对新增定点医药机构开展基本医疗工伤生育保险政策和业务培训。

（八）信息系统建设

新增定点医药机构根据市医保中心及市人力资源和社会保障信息中心的工作要求，配备适应医药服务、费用结算、监督管理等要求的信息系统、硬件设备和专职技术人员，完成与社会保险管理信息系统的实时联网及目录对应等工作，并经过验收达到合

格标准。

第十三条 国家、省和市重点项目支持的医药机构提出定点申请，在符合申请条件的前提下优先纳入。

第三章 定点医药机构的信息变更

第十四条 在服务协议期内，定点医药机构下列信息之一发生变更的，需在相关职能部门批准变更之日起 30 日内，向辖区经办机构提出信息变更的申请：

- （一）机构名称；
- （二）法定代表人（负责人）；
- （三）机构地址；
- （四）诊疗科目（涉及服务险种）。

第十五条 定点医药机构申请信息变更按以下程序办理：

- （一）定点医药机构向辖区经办机构提交申请资料：
 - 1、《武汉市基本医疗工伤保险生育保险定点医药机构信息变更申请表》（附件 5）；
 - 2、行政审批部门的变更批文；
 - 3、变更前、后的《医疗机构执业许可证》、《药品经营许可证》；
 - 4、变更前、后的《事业单位法人证书》或《营业执照》；
 - 5、变更前签订的服务协议书。

(二) 辖区经办机构在受理申请的 10 个工作日内复核资料原件并在《武汉市基本医疗工伤生育保险定点医药机构信息变更申请表》(附件 5) 上填写审核意见, 需详细注明信息变更情况的核实方式和时间, 涉及地址变更的在复核原件后 5 个工作日内进行现场勘验。辖区经办机构初审通过后, 每月 25 日至月底将申请资料汇总报市医保中心。

(三) 市医保中心复核通过后办理变更。

(四) 定点医疗机构增减住院服务参照信息变更办理。定点医药机构在变更完成后 30 日内联系辖区经办机构重新签订服务协议(协议有效期为变更前签订服务协议的剩余期限), 原签订服务协议即行废止, 定点医药机构不愿意重新签订服务协议的, 视同放弃定点服务资格。

(五) 定点医药机构违规被处理期间不予办理变更, 有违规费用尚未结清的, 待结清后再办理变更。变更完成后, 按照新的信息内容进行数据处理, 医药机构应自行理清变更前后的债权、债务关系, 并自动承接变更前定点医药机构社会保险相关责任义务。

第十六条 定点医药机构的所有制形式、类型、营利性质、床位设置、医保办负责人(药店店长)、联系电话等一般信息发生变更的, 需在变更之日起的 30 日内填写《武汉市基本医疗工伤生育保险定点医药机构一般信息维护表》(附件 6) 报辖区经办机构备案, 辖区经办机构核实后即时办理信息维护。

第四章 协议管理

第十七条 中心城区内首次定点的医疗机构以及宜昌市、神农架林区、长江中游城市群（合肥、南昌、长沙）联网定点医药机构与市医保中心签订服务协议；其他医药机构，与辖区经办机构签订服务协议。本细则实施以前已定点的医药机构，达不到本细则规定条件的，需在 2018 年 6 月 20 日前达标，经办机构验收合格后重新签订服务协议；验收不合格的，服务协议终止。

第十八条 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 日内向辖区经办机构提出中止协议的申请，经同意，可暂停服务不超过 6 个月，中止期内恢复正常服务的，由辖区经办机构检查验收通过并报市医保中心确认后恢复协议。

第十九条 按照“谁签订协议，谁管理”的原则进行日常管理工作。市医保中心负责医保医师管理、医疗机构信用等级评定、第三方监管，落实专项检查、重点检查以及稽核工作。辖区经办机构负责本辖区定点医药机构的协议签订、日常管理、监督稽核。

第二十条 定点医药机构违反服务协议约定的，经办机构可依据相关政策规定和服务协议约定采取约谈、暂停拨付、拒付（追回）和加倍扣减费用、限期整改（中止协议）、终止协议

(取消定点资格) 等措施进行处理。

第二十一条 定点医药机构有下列行为之一的，进行约谈，并责令改正：

(一) 未按要求悬挂张贴相关社会保险政策公示牌、宣传品，或对社会保险政策及管理规定进行误导性、欺骗性宣传的；

(二) 未按协议约定和相关规定的质量标准提供辅助器具配置服务的；

(三) 遗失或损毁服务协议书的；

(四) 其他违反社会保险政策规定或服务协议，情节较轻的行为。

第二十二条 定点医药机构有下列行为之一的，可暂停拨付相关结算费用：

(一) 存在本细则第二十一条所列行为，未按要求进行改正的；

(二) 名称、地址、法定代表人（负责人）经相关行政部门批准变更后 30 日内未向辖区经办机构申请信息变更或停止营业 1 个月以上未到辖区经办机构备案的；

(三) 未按规定参加培训或培训不合格上岗的；

(四) 定点医药机构不按社会保险、物价、卫生计生、药监等政策为参保人员提供服务的；

(五) 其他违反社会保险政策规定或服务协议的行为。

第二十三条 定点医药机构有下列行为之一的，可根据情节

轻重作出拒付（追回）费用、按金额加倍扣减、限期整改（中止协议）3至6个月的处理：

（一）存在本细则第二十二条所列行为，情节严重或未按要求改正的；

（二）未按申请定点时核定的地点及经营面积开展基本医疗、工伤、生育保险服务的；

（三）名称、地址、法定代表人（负责人）发生变更，经相关行政部门批准后超过6个月仍未向辖区经办机构申请的；

（四）不配合经办机构的监管工作，或存在拖延、回避等情况影响有关工作开展的；

（五）自行增设、延伸社会保险管理信息系统服务网点或私自篡改、侵害社会保险管理信息系统信息的；

（六）定点医疗机构不按入院标准收治住院、挂床治疗、过度诊疗，以及不按政策规定履行费用分担责任、增加基金和参保人员负担的；

（七）定点医药机构存在未核准参保人员真实身份、申报资料和费用与实际不符、串换项目结算等问题，造成医疗、工伤、生育保险基金损失的；

（八）采取其他损害社会保险基金的方式，进行社会保险费用结算的。

第二十四条 定点医药机构有下列行为之一的，终止协议：

（一）存在本细则第二十三条所列（五）至（八）款行为，造成恶劣影响的；

（二）协议期内未经同意超过6个月未正常为参保人员提供社会保险服务的；

（三）申请变更信息时虚构、伪造、篡改批准文书的；

（四）为其他机构提供医疗、工伤、生育保险基金结算、盗刷职工医保个人账户或居保门诊统筹基金、对职工医保个人账户基金进行套现交易、使用职工医保个人账户售卖非医保用品的；

（五）在协议期内，因存在本细则第二十三条所列行为被两次限期整改（中止协议）的；

（六）其他导致协议不能继续履行的情形。

第二十五条 经办机构、定点医药机构要畅通举报投诉渠道，在办事大厅显著位置张贴举报电话及信箱，对投诉举报及时进行调查核实。

第五章 附 则

第二十六条 经办机构和定点医药机构要严格遵守服务协议书的约定，认真履行协议内容，健全机制，为参保人员提供优质高效的服务。对违反服务协议约定的，按照协议追究违约方责任。协议履行过程出现争议的，按照协议约定的方式解决。

第二十七条 市医保中心负责全市定点医药机构协议管理工

作的统筹规划和综合协调工作。市人力资源和社会保障信息中心负责社会保险管理信息系统的开发和维护工作，对定点医药机构安全合理使用信息系统进行指导和监管。辖区经办机构负责对本辖区定点医药机构履行协议的情况进行日常管理。

第二十八条 基本医疗、工伤和生育保险协议管理机构及其工作人员应依法依规履行工作职责，在日常管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法依规处理。

第二十九条 本细则由市医保中心负责解释。

第三十条 本细则自 2018 年 2 月 1 日实施。

附件：1、武汉市基本医疗工伤生育保险定点医疗机构服务协议书

2、武汉市基本医疗保险定点药店服务协议书

3、武汉市基本医疗工伤生育保险定点医药机构申请表

4、武汉市基本医疗工伤生育保险定点医药机构协议管理第三方评估办法及评估标准

5、武汉市基本医疗工伤生育保险定点医药机构信息变更申请表

6、武汉市基本医疗工伤生育保险定点医药机构一般信息维护表

附件 1

武汉市基本医疗工伤生育保险 定点医疗机构服务协议书

甲 方：_____

法定代表人（委托人）：_____

地 址：_____

邮政编码：_____

联系电话：_____

乙 方：_____

法定代表人（负责人）：_____

地 址：_____

邮政编码：_____

联系电话：_____

2018 年版

为保障基本医疗工伤生育保险参保人员的合法权益，维护基金安全，促进基本医疗工伤生育保险制度可持续发展，根据《中华人民共和国社会保险法》、《关于转发〈人力资源社会保障部办公厅关于印发基本医疗保险定点医药机构协议管理经办规程的通知〉的通知》（鄂医险函〔2016〕53号）、《关于印发〈武汉市基本医疗工伤生育保险定点医药机构协议管理办法（试行）〉的通知》（武人社发〔2017〕59号）等法律法规及相关政策，经甲乙双方协商，就基本医疗工伤生育保险医疗服务有关事宜签订如下协议。

第一章 总 则

第一条 甲、乙双方应认真贯彻执行国家、省、市基本医疗工伤生育保险、医疗卫生、药品监督、价格和医改等相关规定，保证参保人员享受基本医疗工伤生育保险服务。

第二条 乙方提供医疗服务的对象包括：享受基本医疗工伤生育保险待遇的参保人员。

第三条 乙方为参保人员提供服务范围包括：

_____、_____、_____、_____。

乙方所提供的服务应当符合卫生计生行政部门许可的诊疗科目、执业范围和执业地点规定，乙方经营过程中不得将科室承包、出租给个人或其他机构开展诊疗活动。

第四条 甲乙双方应当依照国家、省、市有关政策法规，正确行使职权。双方有权监督对方执行相关政策法规和履行职责的情况，举报或投诉对方工作人员的违法违规行为，向对方提出合理化建议。

第五条 甲方应及时向乙方通报基本医疗工伤生育保险政策管理制度及操作流程的变化情况，组织乙方开展有关培训，接受乙方咨询，按照协议约定进行费用审核和结算。

第六条 乙方应当建立健全基本医疗工伤生育保险服务管理机构（以下简称“医保办”），明确院级领导分管医保办工作，配备专（兼）职管理人员，严格履职尽责，为参保人员提供合理必要的服务。

第七条 甲方应当采取多种方式向社会开展基本医疗工伤生育保险宣传；乙方应当在本机构的显要位置公布基本医疗工伤生育保险就医流程，利用医院网站、宣传栏等开展多种形式宣传并公示基本医疗工伤生育保险的主要政策、本协议的重点内容及就医结算流程等，公布社保基金监督举报电话。甲乙双方应当为参保人员提供相关的咨询服务。

第八条 乙方负责所属医务人员基本医疗工伤生育保险政策法规的培训、考核工作，按甲方要求将考核合格的医师基本信息报甲方建立医保医师信息库，并做好医保医师基本信息更新及维护工作。

第九条 甲方通过信息监控系统等方式对乙方的医疗服务行为及费用进行实时监控，定期或不定期开展监督检查，并将监控和监督检查情况及时反馈给乙方。

乙方应当对甲方在监督检查中查阅参保人员病历及有关资料、询问当事人等予以配合。对乙方提供的资料，甲方应当予以保密。乙方应确保向甲方提供的资料和传输的医疗费用数据真实、准确、完整。因提供不实资料、传输虚假数据产生的经济和法律責任由乙方承担。

第十条 乙方违反服务协议约定的，甲方可依据相关政策规定和服务协议约定采取约谈、暂停拨付、拒付（追回）和加倍扣减费用、限期整改（中止协议）、终止协议（取消定点资格）等措施进行处理。

第二章 诊疗服务

第十一条 乙方应严格遵循社保和卫生计生行政部门有关规定，按照医疗服务质量管理与控制指标的要求，为参保人员提供合理检查、合理治疗、合理用药服务。

第十二条 参保人员就医时（包括挂号、记账收费、出入院和转诊转院等），乙方应当对其身份与社会保障卡进行核验，发现证件无效、人卡不符的，不得进行基本医疗工伤生育保险费用结算。有骗保嫌疑的，应当及时报告甲方，由甲方按照《省人力

资源和社会保障厅、省人民政府法制办公室、省公安厅、省人民检察院、省高级人民法院关于做好社会保险欺诈案件行政执法与刑事司法衔接工作》（鄂人社发〔2017〕26号）相关规定处理。

参保人员入院时未持社会保障卡，在三个工作日内持社会保障卡补办住院手续的，乙方核实后，应将参保人员垫付的符合基本医疗保险工伤生育保险规定的医疗费用纳入当次住院结算。参保人员按规定可使用社会保障卡结算的费用（包括门诊、门诊紧急抢救、住院、门诊慢特治疗），乙方不得要求参保人员现金支付。

乙方承担全国联网实时结算任务的，要按照《人力资源社会保障部财政部关于做好基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算工作的通知》（人社部发〔2016〕120号）及省、市相关规定为参保人就医提供优质、高效服务。在收治其他统筹地区转诊转院病人时，应当查验其转诊转院手续，手续不全的应当及时告知参保病人或家属，并停止异地就医联网直接结算。

乙方为社区卫生服务机构的，不得虚报“三免”、“五免”等费用。

第十三条 乙方应当严格执行出、入院和重症监护病房收治标准，不得推诿和拒绝符合住院条件的参保人员住院治疗；不得将不符合入院标准的参保人员收治住院治疗；不得要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院；不得违反临床出院标准规定，人为将一次连续住院治疗过程分解为二次甚至多次住院治

疗；应为符合出院条件的参保人员及时办理出院手续。

第十四条 乙方应当为参保人员就医建立病历，并妥善保存备查。门诊与住院病历的诊疗记录应当真实、准确、完整、清晰，化验检查须有结果分析。

乙方应当做到住院医嘱、病程记录、检查结果、治疗单记录和票据、费用清单等吻合。

第十五条 乙方应当保证参保人员知情同意权。参保人员住院期间发生的药品、诊疗项目、医用材料、特需服务等费用，须由参保人员个人全部负担的，乙方应事先征得参保人或家属同意，并签字确认（无民事行为能力人、限制民事行为能力人等患者应当由其监护人签字确认）。

第十六条 乙方应当充分利用参保人员在其他医疗机构所做的辅助检查结果，避免不必要的重复检查，增加参保人员负担。

乙方应当执行门诊处方外配制度，参保人员要求到定点零售药店购药的，乙方不得拒绝。外配处方应当书写规范、字迹工整，并加盖乙方专用章。

第十七条 乙方应当向参保人员提供医疗费用查询服务和费用清单，并承担解释责任。

第十八条 乙方应当建立健全双向转诊转院和转科制度，严格掌握统筹区外转诊转院标准。确因医疗技术和设备条件限制，参保人员需转统筹地区外治疗的，乙方应按甲方相关规定办理。

第十九条 参保人员住院期间，乙方不得要求其到门诊或其他医药机构结算相关治疗、药品费用，不得将符合规定的费用列入个人自费。

第二十条 乙方与参保人员结算就医费用时，应将参保人员在门诊就医、用药和住院发生的费用通过社会保险管理信息系统记账结算，征求参保人员同意后优先使用个人账户或门诊统筹资金，参保人员个人账户资金余额不足时，用现金支付的医疗费用必须刷社会保障卡，以记录消费数据。乙方只收取按规定应由参保人员个人支付的费用，并开具专用收据。

乙方应当建立医师（护理）工作站，保证医嘱（护理）工作记录的可追溯性。乙方须在参保人员持社会保障卡办理住院 24 小时内完成入院信息录入，费用信息应及时传输。在医疗费用清单中，使用进口材料的须注明“进口”，需参保人员部分自负的药品、诊疗项目、医用材料、特需服务等费用需注明相应标识。

乙方不得将基本医疗保险生育保险支付范围外的药品、诊疗项目、医用材料制品、医疗服务设施或生活用品等费用，串换为政策范围内费用申请结算。

第二十一条 乙方应加强门诊治疗部分重症（慢性）疾病的管理，为参保人员提供门诊治疗部分重症（慢性）疾病医疗服务时，用药、检查和诊疗必须与核准的病种相符。不得将特殊检查项目（如彩超、CT、MRI 等）列为常规检查。特殊检查项

目主要诊断阳性率、检查检验费用占总医疗费的比例应符合《武汉市医疗保险定点医疗机构信用等级评定管理办法》（武人社规〔2010〕2号）相关指标规定。

第三章 药品和诊疗项目

第二十二条 乙方应当严格按照湖北省医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录，医保诊疗项目、医疗服务设施、医用材料目录，以及规定的支付标准，对现有药品、诊疗项目、医疗服务设施进行对应，为参保人提供合理、必要的基本医疗服务。超出目录和标准范围的费用，甲方不予支付。

乙方生产的医院制剂申请进入基本医疗保险用药范围的，应按规定办理申报手续，仅限乙方内部使用；参保人员使用该医院制剂的费用，按规定纳入基金支付。

第二十三条 乙方应当严格按照药品监督、卫生计生行政部门的规定，购进、使用、管理药品和医用材料，及时调整药品供应结构，确保医保目录内药品的供应。

药品及医用材料应当保存真实完整的购进和使用记录，并建立真实、完整、准确的购销存台账。药品、医用材料的购进记录应当包含名称、规格、剂型（型号）、产地、批准文号、数量、价格等信息，确保其使用的可追溯性，甲方可以根据管理的需要调查了解上述信息。

第二十四条 乙方对参保人员用药应当遵循药品说明书，严格掌握目录内部分药品的限定支付范围并留存用药依据便于甲方核查。超出药品说明书适应症或限定支付范围、缺乏相关依据的费用，甲方不予支付。

第二十五条 乙方应建立特殊药品、医用材料（含植入类医疗器械）和诊疗项目内部审批制度，按国家、省、市相关政策规定，严格掌握其适用范围，并保存相关使用记录。

第四章 费用结算

第二十六条 乙方应当按照省、市医疗服务项目和价格标准等规定进行收费。未经卫生计生行政部门和价格主管部门批准的项目不得收费，不得套用、提高收费标准或分解收费。

第二十七条 乙方应按照相关规定为参保人员即时结算医疗费用。参保人员在乙方就医结算时，只需缴纳按规定应当由个人承担的费用，乙方应当开具专用票据。乙方开展异地就医联网结算服务的，无正当理由不得拒绝异地参保人员即时结算费用。

第二十八条 乙方基本医疗保险和工伤保险统筹支付费用实行年度总额预算管理，进行月度预付和年度清算。

第二十九条 乙方的月度预付指标是由年度预算指标额度减去质量保证金（职保、工伤保险为住院费用指标的6%，居保为10%）后，将余额平均分解到月产生。

乙方月度核定结算金额低于月度预付指标，据实结算；高于月度预付指标，按月度预付指标结算；支付乙方月度款时，要扣除社保信息管理系统审核的违规金额、稽核违规金额以及月度指标考核不予支付金额。

第三十条 甲方建立考核指标体系，通过医疗服务量、各住院费用段人次比例、次均住院医疗费和门诊重症（慢性）疾病人均医疗费、参保人员住院自费比例等指标对乙方进行指标考核，考核结果与月度支付和年终清算挂钩。

第三十一条 甲方日常稽核情况作为乙方医疗费用年终清算的依据。乙方本年度执行基本医疗保险政策较好，核定结算的医疗费用低于年度控制指标 80% 的，据实结算。稽核和指标考核情况好的，若核定结算的医疗费用在控制指标 80% 至 100% 之间的，差额部分的 40% 给乙方留用。乙方核定结算医疗费用超过控制指标的部分，合理增长部分甲方视基金结余情况适当分担。

第三十二条 乙方当月发生的基本医疗工伤生育保险费用应在次月 10 日（节、假日顺延）前向甲方申报，未按规定要求申报造成损失的，由乙方承担相应责任。甲方当月应按规定完成上月乙方所申报费用的审核和支付（协议约定应暂缓支付的结算费用除外）。

第三十三条 甲方可通过系统审核、人工审核和组织第三方专家评审等方式对乙方申报的医疗费用进行审核。甲方发现乙方

申报费用有不符合规定的，应当及时告知乙方并说明理由。

第三十四条 参保人员与乙方发生医疗纠纷并涉及医疗费用结算的，乙方应当及时报告甲方。在医疗纠纷处理未完结之前，相关医疗费用甲方暂不予支付。经鉴定确认乙方有责任的，乙方责任范围内及后续治疗医疗费用甲方不予支付。

第五章 医疗服务监管

第三十五条 双方应当充分利用智能监控（含审核）系统（以下简称“监控系统”）监管医疗服务。监控系统发现乙方界定清楚的违规行为，甲方可直接通过监控系统进行处理；甲方发现违约疑点时，应及时反馈至乙方，乙方应当及时处理，不得影响参保人员结算。

第三十六条 甲方或受甲方委托的具备资质的机构可定期、不定期对乙方执行相关政策和履行服务协议情况进行监督检查，乙方应当予以配合，并准确完整提供有关的材料和数据。乙方为异地参保人员提供联网结算医疗服务的，甲方应实施监督检查，乙方的违约行为按本协议相关条款处理。

第三十七条 乙方有权向甲方提出合理化建议；乙方在医疗服务过程中，遇到基本医疗工伤生育保险政策及操作规定界定不明确的问题时，可以提请甲方明确；乙方对甲方结算费用及扣减项有异议时，可书面向甲方提出；乙方有权检举和投诉甲方工作

人员的违法违规行为。

第三十八条 甲方根据相关政策和本协议的约定对乙方进行定期或不定期考核，考核结果与本年度保证金返还、年终清算、次年预算总额分配和协议续签等挂钩。甲方对乙方提供的异地就医联网结算服务可与本地就医服务一并进行年度考核。

第三十九条 甲方可对乙方的违约行为、医疗费用的对比分析情况、考核结果等向相关部门、参保单位、参保人员和公众媒体等进行通报。

第六章 信息系统

第四十条 甲乙双方应满足对方的信息安全管理要求，保证双方信息系统的安全性和可靠性。甲方应确保社会保险管理信息系统中参保人员信息、政策参数等基础信息的准确性。乙方必须配备规范的信息系统，保证信息系统符合甲方信息管理机构的技术和接口标准，配备相应的设施设备，并经甲方验收合格后方可与社会保险管理信息系统对接。

第四十一条 乙方应设置信息管理科室或由专人负责信息管理系统管理。明确岗位职责，合理设置信息管理系统管理权限。甲方信息管理机构根据需要对乙方信息员进行业务培训。

第四十二条 甲乙双方应当遵守信息系统安全管理的相关规定，制定信息安全管理制度并有效执行。保证参保人员就医、结

算等信息的安全，严格执行信息保密制度。

第四十三条 乙方确保向甲方传输的参保人员就医、结算及其他相关信息均经社会保险管理信息系统依法依规生成，不编造或篡改，乙方不得自行增设、延伸社会保险管理信息系统服务网点，PSAM卡损坏或结算网点取（撤）消等，应及时将PSAM卡上缴甲方信息管理机构。

第四十四条 双方应协调做好信息系统的安全工作，保障网络畅通、系统稳定运行，确保数据传输高效、参保人员结算方便快捷，保证参保人员基本信息和结算信息的完整性、准确性和安全性，双方不得随意泄露参保人员参保就医信息。

第四十五条 甲乙双方应当制定应急预案，任何一方的社会保险管理信息系统出现故障并影响到参保人员就医的，应及时通知对方并启动应急预案，保障参保人员正常就医结算。

第七章 违约责任

第四十六条 甲方有下列情形之一的，乙方可要求甲方纠正或提请人力资源和社会保障行政部门督促甲方整改：

- （一）未及时告知乙方基本医疗工伤生育保险政策及管理制度、操作流程变化情况的；
- （二）未按协议规定进行费用审核，或设置不合理条件的；
- （三）工作人员违反《社会保险工作人员纪律规定》的；

(四) 其他违反法律、法规的行为。

第四十七条 乙方有下列行为之一的，甲方对乙方进行约谈，并要求限期改正：

(一) 未按照本协议要求落实管理措施的；

(二) 未按要求悬挂相关社会保险政策公示牌、宣传品，或对社会保险政策及管理规定进行误导性、欺骗性宣传；

(三) 不及时上传收费信息；

(四) 未按协议约定和相关规定的质量标准提供辅助器具配置服务的；

(五) 遗失或损毁服务协议书的；

(六) 使用乙类等部分自付及自费药品、项目未经患者或其亲属签字同意的；

(七) 以实施医疗费用总额控制等管理措施为由，压缩参保人员合理医疗服务；

(八) 要求参保人员住院期间到门诊或其他医药机构结算相关治疗、药品费用或将符合规定的费用列入个人自费的；

(九) 拒绝或推诿符合入院标准的参保人员入院的；

(十) 医疗费用异常增长过快的；

(十一) 未及时处理参保人员投诉和社会监督反映问题或敷衍参保人员投诉和社会监督的；

(十二) 其他违反社保政策规定情节较轻的行为。

第四十八条 乙方有下列行为之一的，甲方暂停拨付相关费用或月度结算费用，待查实后作出进一步处理：

（一）有第四十七条所列违反协议行为，未按要求进行改正的；

（二）名称、地址、法定代表人（负责人）经相关行政部门批准变更后 30 日内未申请信息变更或停止营业 1 个月以上未备案的；

（三）未按规定参加培训或培训不合格上岗的；

（四）不按社会保险、物价、卫生计生、药监等政策为参保人员提供服务的；

（五）不按社会保险政策为参保人员办理转诊转院，或为规避结算管理，采取转院、转科等形式将一次连续住院治疗过程进行分解的；

（六）核查参保人员在院情况，不符合相关要求，无法提供合理说明的；

（七）将参保人员住院期间发生的，本应该记入住院收费的治疗项目和药品费用，另行纳入门诊治疗重症（慢性）疾病收费的；

（八）以医保定点名义从事商业广告或促销活动，诱导医疗消费的；

（九）拒绝或推诿有能力诊治的参保人员入院的；

(十) 其他违反社会保险政策规定或服务协议的行为。

第四十九条 乙方有下列行为之一的，甲方可根据情节轻重作出拒付（追回）违规费用、按违规金额加倍扣减、限期整改（中止协议）3至6个月的处理：

（一）存在本协议第四十八条所列行为，情节严重或未按要求改正的；

（二）未按定点时核定的地点及经营面积开展社会保险服务，擅自减少实际营业面积的；

（三）超出《医疗机构执业许可证》准许范围或执业地址开展医疗服务内容、超过协议范围；将科室或房屋承包、出租给个人或机构，并以乙方名义开展医疗服务；

（四）不配合监管工作，或存在拖延、回避等情况影响有关工作开展的；

（五）不按入院标准收治住院、挂床治疗、过度诊疗，以及不按政策规定履行费用分担责任、增加基金和参保人员负担的；

（六）未核准参保人员真实身份，造成医疗、工伤、生育保险基金损失的；

（七）串换收费项目、上传的医药服务收费信息与实际发生不一致的；

（八）医保药品库、诊疗目录库对照管理混乱的、未保留原始票据的；未建立真实、完整、准确的购销存台账；

（九）为参保人员提供医疗、工伤和生育保险服务时，出现医药差错或事故，并经有关单位和部门认定，造成不良社会影响的；

（十）名称、地址、法定代表人（负责人）发生变更，经相关行政部门批准后超过6个月仍未申报的；

（十一）病历书写与实际不相符的；

（十二）将法律法规规定的不属于基本医疗保险、工伤保险和生育保险基金支付范围的费用纳入相应基金结算；

（十三）采取免费、串换、现金（物品）返还等不正当手段诱导参保人员住院、挂床治疗的；

（十四）采取夸大病情、歪曲社会保险政策等不正当手段，造成过度诊疗，增加参保人员负担的；

（十五）自行增设、延伸社保管理信息系统服务网点的；

（十六）采取其他损害社会保险基金的方式，进行社会保险费用结算的。

第五十条 乙方有下列行为之一的，终止协议：

（一）有第四十九条款违反协议行为，情节严重影响恶劣的；

（二）单位欠缴社会保险费连续3个月，累计达到6个月的；

（三）拒不参加社会保险经办机构组织的年审的；

（四）协议期满，双方不再续签的；

- (五) 中止协议超期且未经社会保险经办机构同意延期的；
- (六) 协议期内未经甲方同意超过 6 个月未能正常为参保人员提供社会保险医药服务的；
- (七) 申请变更基本信息时虚构、伪造、篡改批准文书的；
- (八) 其他造成严重后果或重大影响的（投诉举报、媒体曝光、行业审计等）违规行为；
- (九) 恶意篡改社会保险管理信息系统计算机信息的；
- (十) 为其他医药机构提供社会保险基金结算的；
- (十一) 盗刷职工医保个人账户或居保门诊统筹基金的；
- (十二) 对职工医保个人账户基金进行套现交易的；
- (十三) 使用职工医保个人账户结算非医保用品的；
- (十四) 在协议期内因违规被中止协议（暂停结算）两次的；
- (十五) 采取伪造虚假病历或书写虚假医疗文书等手段虚报医疗费用，情节严重影响恶劣的；
- (十六) 其他导致协议不能继续履行的情形。

第五十一条 纳入医保医生库管理的乙方医务人员，在医疗服务过程中严重或多次违反医保规定的，甲方依据《湖北省基本医疗保险服务医生管理规则（暂行）》规定，暂停或终止购买其提供的医疗服务。

第五十二条 在协议履行期内，乙方某科室有两名及以上医

务人员被甲方暂停或终止购买其提供的医疗服务，甲方可暂停或终止购买该科室提供的医疗服务。

第八章 附 则

第五十三条 服务协议期内，乙方名称、地址、法定代表人（负责人）发生变更或诊疗科目变更（涉及服务险种的），需在相关职能部门批准变更之日起的 30 日内提出信息变更的申请。乙方需在变更完成后 30 日内联系甲方重新签订服务协议（协议有效期为变更前签订服务协议的剩余期限），原签订服务协议即行废止，乙方不愿意重新签订服务协议的，视同放弃定点服务资格。变更完成后，甲方将按照新的信息内容进行业务数据处理及结算支付，乙方自行理清变更前后的债权、债务关系，并自动承接变更前定点医疗机构社会保险相关责任义务。

在服务协议期内，乙方所有制形式、类型、营利性质、床位设置、医保办负责人、联系电话等一般信息发生变更的，按照规定在变更之日起的 30 日内向甲方备案。

第五十四条 协议履行期间，双方需终止协议的，应提前 30 日通知对方（协议明确立即终止的除外）。终止协议的，甲乙双方应共同做好善后工作，保证参保人员正常就医。因乙方原因解除协议的，三年内不再签订服务协议。

第五十五条 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 日内向甲方提出中止协议的申请，经同意，可暂停服务不超过 6 个月，中止期内恢复正常服务的，按规定检查验收通过后恢复协议。

第五十六条 有下列情形之一的，本协议终止。

- (一) 乙方停业、关闭、解散或破产的；
- (二) 被吊销或注销《医疗机构执业许可证》、《营业执照》之一，或执业许可证执业期届满，未继续申领的；
- (三) 因不可抗力致使协议不能履行的；
- (四) 协议期满，非甲方原因未与甲方续签协议的；
- (五) 法律、法规及省、市相关政策规定的其他情形。

第五十七条 甲乙双方在履行协议过程中发生争议时，可通过协商解决。双方协商未果的，可以要求行政部门进行协调处理。对协调处理结果不服的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。

第五十八条 若本协议与国家法律、法规、规章相抵触，按国家法律、法规、规章执行。

协议履行期内，国家、省、市出台新的法律或政策与本协议不一致的，按新规定执行。

第五十九条 本协议有效期自_____年__月__日起至_____年__月__日止。协议期满后，因甲方原因未签订新协议前，本协议

继续生效。

第六十条 本协议一式叁份，甲乙双方签字盖章后生效，各执一份，另一份送同级人力资源和社会保障行政部门存档。本协议的最终解释权归甲方所有。

甲方：（盖章）

乙方：（盖章）

法定代表人
（委托人）：

法定代表人
（负责人）：

年 月 日

年 月 日

附件 2

武汉市基本医疗保险定点药店 服 务 协 议 书

甲 方：_____

法定代表人（委托人）：_____

地 址：_____

邮政编码：_____

联系电话：_____

乙 方：_____

法定代表人（企业负责人）：_____

地 址：_____

邮政编码：_____

联系电话：_____

2018 年版

为保障基本医疗保险参保人员的合法权益，维护基金安全，促进基本医疗保险制度可持续发展，根据《中华人民共和国社会保险法》、《关于转发〈人力资源社会保障部办公厅关于印发基本医疗保险定点医药机构协议管理经办规程的通知〉的通知》（鄂医险函〔2016〕53号）、《关于印发〈武汉市基本医疗工伤保险生育保险定点医药机构协议管理办法（试行）〉的通知》（武人社发〔2017〕59号）及实施细则等法律法规及相关政策，经甲乙双方协商，就基本医疗保险服务有关事宜签订如下协议。

一、协议目的

为加强基本医疗保险服务工作、提高保障和管理服务水平、规范定点药店服务行为、全面保障双方合法权益，从而更好服务社会。

二、协议概况

甲、乙双方应当认真贯彻国家、省、市有关基本医疗保险、医药卫生、物价等法律法规及政策规定。

乙方提供基本医疗保险服务的对象为：武汉市基本医疗保险参保人员（以下简称“参保人员”）。

三、甲方权利与义务

（一）甲方负责组织培训指导乙方使用社会保险管理信息系统，并通过网上发布等方式向乙方介绍基本医疗保险的相关政策、业务和社会保险管理信息系统升级改造情况。

（二）甲方应按照实施细则规定做好日常管理、监督检查。

(三) 甲方应加强对乙方贯彻执行《湖北省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》(2017年版)(以下简称《药品目录》)工作进行适时检查与指导。

(四) 甲方通过系统审核、日常结算审核、现场稽核、第三方监管等方式对乙方开展监督检查,并将监控和监督检查情况及时反馈给乙方;

监督检查工作包括以下方式:

1. 核对购销存药品清单;
2. 核对定点药店会计帐表、库存记录、月度结算单据等;
3. 委托具备审计资质的部门对乙方进行审计;
4. 通过社会保险管理信息系统进行智能筛查;
5. 符合规定的其他方式。

乙方不予配合的,甲方可采用录音录像等方式取证,留备核查。

(五) 法律法规规定的其他权利。

四、乙方权利与义务

(一) 乙方应具有基本医疗保险定点药店资格和建立健全医保药品经营等各项管理制度。

(二) 乙方有权要求甲方配合乙方安装、调试医保结算设备并对社会保险管理信息系统的使用进行指导培训。

(三) 乙方有权要求甲方协调有关部门及时确认调整本店《药品目录》的申请。

（四）乙方在不违反协议的情况下，有权要求甲方协调有关部门按时支付结算款。

（五）乙方应按照《药品目录》及食健字号的保健食品、经卫生部门批准的消杀类产品、家用医疗器材及耗材等类别，做好本店目录对应工作。

（六）乙方设立基本医疗保险药品销售专柜（区），对基本医疗保险药品作明确标识，方便参保人员选购。乙方应严格执行国家、省、市药品监督及物价部门的相关规定。

（七）乙方在为参保人员提供售药服务时，应审验参保人员社会保障卡（以下简称“社保卡”）。实行大宗消费实名登记制度，社保卡所属参保人员消费 1000 元（含 1000 元）以上的，需登记社保卡所属参保人身份证信息、购药金额、联系电话等；非社保卡所属参保人消费 500 元（含 500 元）以上，需登记购药人身份证信息、社保卡所属参保人身份证信息、购药金额、联系电话等。当日对同一参保人员售药不得超过 3 个月用量。乙方应向参保人员提供社保卡密码修改服务。

（八）乙方当月发生的药品费用必须按约定时间在次月 10 日前申报，未按协议约定要求申报造成损失的，由乙方自行承担责任。

（九）参保人员医保个人账户余额不足，用现金支付的购药费用，乙方应如实录入社会保险管理信息系统，以记录消费数据。乙方不得因参保人员购药金额较小而拒绝刷社保卡结算；乙

方应使用统一完整的《武汉市医疗保险定点药店费用结算单》，并打印一式两份，其中一份提交参保人员，一份乙方留存，乙方应按甲方要求如实传输基本医疗保险服务数据。

（十）乙方被参保人员投诉存在违规收费情形的，经甲方核实确认后，乙方应将违规收取的费用退还给参保人员。

（十一）乙方应在药店显要位置张贴《武汉市医保定点药店公开承诺书》，并公布服务承诺书、投诉举报电话等。

（十二）乙方实行店长负责制，配置与社会保险管理信息系统相匹配的设备并联网对接，配备系统管理人员并保持管理人员基本稳定。乙方确保向甲方传输的参保人员结算及其他相关信息均客观真实，不存在编造或篡改，乙方不得擅自增设、延伸社会保险管理信息系统服务网点，若出现 PSAM 卡损坏或结算网点取（撤）消等，应及时将 PSAM 卡上缴甲方信息管理部门。店长变更或药店间店长调整的，应参加甲方的培训，考核合格后方可上岗，乙方负责对药店工作人员进行全员培训，考核合格后方可上岗。

（十三）在服务协议期内，乙方机构类型、主管部门、药店店长、联系电话等一般信息发生变更的，需在变更之日起的 30 日内报辖区经办机构备案。

五、违约责任

（一）甲方有下列情况之一的，乙方可要求甲方纠正或提请社会保险行政部门督促甲方整改；

1、未及时告知乙方基本医疗保险政策及管理制度、操作流程变化情况的；

2、未按协议规定进行医疗费用结算，或设置不合理条件的；

3、工作人员违反《社会保险工作人员纪律规定》的；

4、其他违反基本医疗保险规定的行为。

（二）乙方有下列行为之一的，甲方可对相关人员进行约谈，并责令乙方改正：

1、未按要求悬挂张贴相关社会保险政策公示牌、宣传品，或对社会保险政策及管理规定进行误导性、欺骗性宣传；

2、未及时上传收费信息；

3、遗失或损毁服务协议书的；

4、其他违反社会保险政策规定情节较轻的行为。

（三）乙方有下列行为之一的，甲方可暂停拨付相关费用：

1、有本协议第五条第（二）项情形，未按要求进行整改的；

2、名称、地址、法定代表人（企业负责人）经相关行政部门批准变更后 30 日内未向辖区经办机构申请信息变更或停止营业 1 个月以上未到辖区经办机构备案的；

3、未按规定参加培训或培训不合格上岗的；

4、大宗消费登记本登记不全或规避大宗消费将一笔大额结算分多次结算的；

5、售卖医保用品，进货、库存与实际销售情况不相符，或

者相关记录缺失的；

6、不按社会保险、物价、药监等政策为参保人员提供服务的；

7、其他违反医疗保险政策规定或服务协议的行为。

（四）乙方有下列行为之一的，甲方可根据情节轻重作出拒付（追回）费用、按金额加倍扣减、限期整改（中止协议）3至6个月的处理：

1、有协议第五条第（三）项情形，情节严重或未按要求改正的；

2、未按申请定点时核定的地点及经营面积开展医疗保险服务，擅自减少实际营业面积导致实际营业面积达不到定点要求的；

3、不配合经办机构日常管理、审核稽查、考核检查、业务培训、信息化改造等监管工作，或存在拖延、回避等情况影响有关工作开展；

4、串换收费项目、上传的医药服务收费信息与实际发生不一致；

5、名称、地址、法定代表人（企业负责人）发生变更，经相关行政部门批准后超过6个月仍未向辖区经办机构申报的；

6、采取其他损害医保基金的方式，进行医保费用结算的。

（五）乙方有下列行为之一的，甲方终止协议：

1、有协议第五条第（四）项情形，造成恶劣影响的；

2、协议期内未经同意超过6个月未正常为参保人员提供医疗保险服务的；

3、申请变更基本信息时虚构、伪造、篡改批准文书的；

4、自行增设、延伸社会保险管理信息系统服务网点或私自篡改、侵害社会保险管理信息系统信息的；

5、为其他机构提供医疗保险基金结算、盗刷职工医保个人账户、对职工医保个人账户基金进行套现交易、使用职工医保个人账户售卖非医保用品的；

6、在协议期内，因存在第五条所列行为被两次限期整改（中止协议）的；

7、关闭、解散或破产的；

8、受到相关部门吊销《营业执照》、《药品经营许可证》、《药品经营质量管理规范认证证书》（其中之一的）等处罚；

9、除《公司法》规定外的法定代表人（企业负责人）变更的；

10、单位欠缴社会保险费连续3个月，累计达到6个月的；

11、拒不参加经办机构组织的年审的；

12、协议期满，双方不再续签的；

13、中止协议超期且未经经办机构同意延期的；

14、其他导致协议不能继续履行的情形；

15、违反上述约定，有骗取医保基金行为的，在终止服务协议的同时，还应依据《社会保险法》第八十七条、第八十八条

的规定，责令其退回骗取的医保基金，并处骗取金额二倍至五倍的违约金，涉嫌犯罪的，移送公安机关处理。

因违反服务协议被终止协议的药店，三年内不得重新申报医保定点药店资格。

六、协议变更与终止

（一）服务协议期内，乙方名称、地址、法定代表人（企业负责人）发生变更的，需在相关职能部门批准变更之日起的 30 日内，提出信息变更的申请。乙方需在变更完成后 30 日内联系甲方重新签订服务协议（协议有效期为变更前签订服务协议的剩余期限），原签订服务协议即行废止，乙方不愿意重新签订服务协议的，视同放弃定点服务资格。变更完成后，甲方将按照新的信息内容进行业务数据处理及结算支付，乙方自行理清变更前后的债权、债务关系，并自动承接变更前定点药店社会保险相关责任义务。

（二）乙方被终止经营许可或经营许可证有效期届满，未继续申领的，本协议自动终止。

（三）乙方解除本协议，须提前 30 日以书面形式告知甲方。因乙方原因解除协议的，三年内不再签订服务协议。

七、争议解决

甲乙双方在履行协议过程中发生争议时，可通过协商解决。双方协商未果的，可以要求行政部门进行协调处理。对协调处理结果不服的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。

八、其他

(一) 若本协议与国家法律、法规、规章相抵触，按国家法律、法规、规章执行。

(二) 本协议有效期自_____年__月__日起至_____年__月__日止。协议期满后，因甲方原因未签订新协议前，原协议继续生效。

(三) 本协议一式叁份，甲乙双方签字盖章后生效，各执一份，另一份送同级人力资源和社会保障行政部门存档。本协议的最终解释权归甲方所有。

甲方：(盖章)

乙方：(盖章)

法定代表人
(委托人)：

法定代表人
(企业负责人)：

年 月 日

年 月 日

附件 3

武汉市基本医疗工伤生育保险 定点医药机构申请表

申请单位（章）：_____

申 请 时 间：_____

武汉市医疗保险中心制

说 明

一、申请单位需提供基本情况、资质情况、参保情况、审核资料 and 有效查询方式。不能提供有效查询方式的应提供相关纸质资料。

二、申请单位可通过武汉市人力资源和社会保障局门户网站（<http://www.whrsj.gov.cn/>）下载《申请表》进行填写，并通过该网站提交《申请表》电子资料；不能通过该网站提交《申请表》电子资料的，应提供纸质资料。

三、受理申请、第三方评估、审核意见需经办机构（审核人）盖章或签字。

四、辖区社会保险经办机构负责申请单位提交的《申请表》和相关资料的保管；市医保中心负责辖区社会保险经办机构初审后提交的《申请表》和相关资料的保管。

五、申请单位对填报信息内容真实性负责。

申请类别	职保（门诊 ☐ 住院 ☐ ）城乡居保（门诊 ☐ 住院 ☐ ）生育（门诊 ☐ 住院 ☐ ） 工伤（门诊 ☐ 住院 ☐ 康复 ☐ 辅助器具 ☐ ）药店医保 ☐			
基本情况	单位名称			
	单位地址			
	法定代表人（企业负责人）		联系电话	
	医保办负责人（店长）		联系电话	
	从业人员总人数		是否签定劳动合同	是 ☐ 否 ☐
	总建筑面积		业务用房 建筑面积	
资格情况	执业许可证（药品经营许可证）登记号		统一信用代码	
	机构类别（药品经营质量管理规范认证证书）			
	编制床位		实际床位	
	医疗机构评审等级		评审批文	
参保情况	社会保险参保编号		参保时间	
	已参加险种	医保 ☐ 养老 ☐ 失业 ☐ 工伤 ☐ 生育 ☐		
	各险种参保人数			
是否具备与医保结算系统网络连通的条件				

申请 工伤 定点 机构 填报	成为医保定点 机构时间		目前医保定点状态	
	具备康复/职业病防治 专业技术优势	是 ☐ 否 ☐		
申请 工伤 康复 定点 机构 填报	成为医保定点 机构时间		目前医保定点状态	
	医疗机构等级		康复病房床位数	
	康复业务用房面积		每康复床位净 使用面积	
	康复器械种类		康复设备数量	
	康复专业医师数量		康复治疗师数量	
	副高级以上专业医师 职称人员占比			
申请 辅助 器具 配置 机构 填报	营业执照		营业执照有效期	
	假肢和矫形器（辅助 器具）生产装配 企业资格	有 ☐ 无 ☐	认定证书有效期	
申请 生育 定点 机构 填报	成为医保定点 机构时间		目前医保定点状态	
	母婴保健技术服务 执业许可证		许可证有效期	
	计划生育技术服务 机构执业许可证		许可证有效期	

受理申请	审核资料		实地查看内容			
	1、定点医药机构新增申请表； 2、医疗机构执业许可证、营业执照、事业单位法人证书、药品经营许可证、药品经营质量管理规范认证证书； 3、医疗机构级别证明文书（未评级除外）； 4、医药服务场所产权证明、使用权证明或房屋租赁合同； 5、假肢和矫形器（辅助器具）生产装配企业资格认定证书（工伤保险辅助器具配置定点机构）； 6、母婴保健技术服务执业许可证、计划生育技术服务机构执业许可证（生育保险定点医疗机构）。		1、单位名称； 2、单位地址； 3、服务场所建筑面积； 4、所处地理位置； 5、科室设置； 6、住院床位； 7、大型医疗仪器设备； 8、医疗收费电脑管理； 9、医疗收费价格公示； 10、其他。			
	申请时间					
	初审结果					
	资料初审人	签名：				
	现场勘验结果					
	现场勘验人	签名：				
	辖区经办机构意见	(盖章)				

审 核	第三方评估意见		
	签字：年 月 日		
	公示时间		公示结果
	审核意见		
申请材料网络查询地址	签字：(盖章) 年 月 日		
	序号	网 址	
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		
	6		
	7		
8			

武汉市基本医疗工伤生育保险定点医药机构协议 管理第三方评估办法及评估标准

根据《关于印发〈武汉市基本医疗工伤生育保险定点医药机构协议管理办法（试行）〉的通知》（武人社发〔2017〕59号）要求，为进一步建立健全定点医药机构准入评估机制，结合本市实际，制定本办法。

一、评估对象

自愿申请纳入定点协议管理，符合定点医药机构申报条件，并经辖区经办机构现场勘验合格的医药机构。

二、评估原则

按照“方便就医、结构合理、动态管理、竞争有序、平等自愿、公开透明”的原则，对符合条件的医药机构进行综合评估。

三、评估成员

成立评估委员会，成员由人社、卫生计生、食品药品监督等部门工作人员，以及医药专家、人大代表、政协委员、纪检等人员组成。

四、评估流程

（一）成立评估工作组

现场勘验完成后，市医保中心从评估委员会成员中随机抽选不少于7名（单数）委员组成评估工作组。

（二）评估打分

评估工作组对评估对象的资质情况、所在地定点医药机构布局、场地设施、执业范围、人员配置、管理能力、服务特色等内容进行公正客观的评估，严格按照评分标准进行打分。

评估分数采取百分制，评分结果由评估工作组全体成员签字确认。

（三）拟定评估结果

市医保中心根据评分工作组打分结果（评分应达到80分以上），统筹考虑医药服务资源配置、服务能力和特色、医疗保险基金的预收管理和信息系统建设及参保人员就医意向等因素，确定拟新增定点医药机构名单。

（四）结果公示

市医保中心在武汉人力资源和社会保障服务网公示拟新增定点医药机构名单，公示时间为5个工作日。公示期间被举报的医药机构，经核实不符合申请条件或其他相关政策规定的，取消其新增资格。

五、其它事项

（一）评估工作组在开展评估工作中应做到客观公正，不得利用评估谋取不正当利益，不得向评估对象泄露评估结果，并自

觉接受评估对象和社会的监督。

（二）医药机构应积极配合评估工作组开展评估工作，提供必要的资料。医药机构对评估结果、评估人员、评估程序方法有异议的，可向市医保中心反映。

武汉市基本医疗工伤生育保险定点医院综合评估项目评分标准表

医疗机构名称:		评分细则			评估办法和依据	得分
评估内容	序号	评估项目	分值	评分细则	查看医疗机构执业许可证	
一、医院规模 (30分)	1	经营时间	15	同一名称、执业地点、法定代表人的医疗机构，经营时间（计算到申请当月）不满1年得5分，满一年后每增加6个月，增加2分，最高为15分。		
	2	服务场所	15	(1) 门诊医疗机构建筑面积150平方米（含）、综合医疗机构面积1000平方米（含）以上得3分。 (2) 方圆500米内，有其他定点医疗机构不得分，无其他定点医疗机构加5分，方圆1000米内，无其他定点医疗机构加7分。 (3) 房屋产权自主加5分，租赁时间剩余有效期限不满2年不得分，满2年及以上加2分。	查看医疗服务场所产权或租赁合同、租赁凭证	
	3	医保药品种类	10	(1) 配备的医保药品种类100种以下（西药种类、中成药种类按通用名计算）加2分，100种及以上加5分。 (2) 配备的药品中医保目录内品种达不到80%不得分，达到80%加3分，85%以上加5分。	提供已标识医保范围的医疗机构药品的总目录	
二、服务能力 (38分)	4	服务价格	13	(1) 服务项目或收费价格不公开不得分，公开加7分。 (2) 抽查10项服务项目，价格不在物价定价内不得分，在物价定价内加3分。 (3) 抽查10种药品，价格不在公立医院招标价内不得分，在公立医院招标价内加3分。	现场抽查	
	5	执业资质	15	(1) 医技人员符合《执业医师法》规定，配置合理，相应资质齐全加4分。 (2) 第一执业点注册于该医疗机构的医师达不到2人的不得分，达到2人加5分；每增加一例加1分，最高不超过8分。 (3) 具有中西医结合或中医等专科服务的加3分。	查看专业人员的注册证	
	6	建立购销存制度	15	(1) 不能提供3个月购进药品、医用耗材的合法票据不得分，能提供3个月加2分，提供6个月及以上的加5分。 (2) 抽查药品、耗材进销存，已实时录入全部环节数据并可查询3个月及以上数据，且与原始票据核对数据真实的加5分；已实时录入全部环节数据并可查询6个月及以上数据，且与原始票据核对数据真实的加10分。	提供相关票据原件	
三、质量管理 (27分)	7	内控管理	9	(1) 没有内部管理制度不得分，有明确、有效的内部管理制度，配备专门的医保管理人员加4分。 (2) 没有医疗质量管理制度不得分，建立医疗质量管理制度，明确医疗质量管理责任人，并能有效落实医疗质量管理制度的加5分。	提供相关管理制度	
	8	财务制度	3	没有财务管理人员不得分，配备专（兼）职财务管理人员，财会制度健全，账目清楚加3分。	提供合账等相关资料	
四、系统建设 (5分)	9	信息系统	5	已完善建立在医院管理和医疗活动中进行信息管理和联机操作的计算机应用系统（HIS）加3分，并专门配备专业操作人员加2分。	提供与软件管理系统开发商协议原件	
总分		100				

武汉市基本医疗保险定点药店综合评估项目评分标准表

药店名称:							
评估内容	序号	评估项目	分值	评分细则	评估办法和依据	得分	
一、药店规模 (25分)	1	服务场所	15	(1) 具有独立服务场所（独立的地名地址）加5分。	查看服务场所产权或租赁合同、租赁凭证		
				(2) 方圆200米内，有其他定点药店不得分，无其他定点药店加3分，方圆500米内，无其他定点药店得5分。			
				(3) 建筑面积80平方米（含）以上的得3分。			
				(4) 房屋产权自主或租赁时间剩余有效期限不满1年不得分，满1年及以上加2分。			
二、服务能力 (25分)	2	经营方式	10	(1) 单体药店得3分，已定点的药品零售连锁企业加盟门店得4分，已定点的药品零售连锁企业直营门店得5分。	提供相关资料		
				(2) 统一名称、地点、法定代表人的药店，经营时间（计算到申请当月）1年（含）以内的加2分，满一年后每增加6个月，增加1分，最高为5分。			
				配备的药品种类200种以下得5分；200种以上400种以下得8分；400种以上得10分。			
				抽查5种药品，药品价格高于公立医院招标价不得分，在公立医院招标价内加5分。			
三、质量管理 (40分)	3	药品种类	10	(1) 注册在本药店并在本药店专职服务的执业药师1名及以上得6分。	查看专业人员的注册证		
				(2) 执业药师在本单位参加社会保险的加4分。			
				药品与保健品销售区域不分区不得分，药品与保健品销售区域划分明确加5分，营业执照上营业范围没有非医保用品的加10分。			
				(1) 不能提供3个月购进药品、保健食品、经卫生部门批准的消杀类产品、家用医疗器械及耗材的合法票据不得分，提供3个月加2分，提供6个月及以上加5分。			
四、系统建设 (10分)	4	销售布局	10	(2) 已实时录入的进销存全部环节数据并可查询3个月及以上数据，且与原始票据核对数据真实的加5分；已实时录入全部环节数据并可查询6个月及以上数据，且与原始票据核对数据真实的加10分。	抽查相关票据原件		
				(1) 没有内部管理制度不得分，有明确、有效的内部管理制度，承诺配备专门的医保管理人员加5分。			
				(2) 无处方药销售管理制度不得分，建立处方药销售管理制度并严格执行的加5分。			
				没有财务管理人员不得分，配备专（兼）职财务管理人员，财会制度健全，账目清楚加5分。			
五、总分	5	财务制度	5	(1) 没有计算机应用系统不得分，已完善建立药店信息管理和联机操作的计算机应用系统加5分。	提供与软件管理系统开发商协议原件		
				(2) 不能提供提费用结算监控视频不得分，能供费用结算监控视频加3分。			
				(3) 信息系统日常安全运行无专人管理维护不得分，有专人管理维护加2分。			
				100			

附件 5

武汉市基本医疗工伤生育保险 定点医药机构信息变更申请表

申请单位（章）：

申 请 时 间：_____

武汉市医疗保险中心 制

说 明

一、申请单位可通过武汉市人力资源和社会保障局门户网站（<http://www.whrsj.gov.cn/>）下载《申请表》进行填写并附报以下资料：

1、行政审批部门出具的同意变更的批准文书；

2、变更前、后的《医疗机构执业许可证》；《事业单位法人证书》或《营业执照》正、副本（变更前的相关证件提供复印件）；

3、变更前、后的《药品经营许可证》正副本和《营业执照》正、副本（变更前的相关证件提供复印件）；

4、变更前签订的《服务协议书》；

5、以上材料可提供行政主管部门网络查询地址代替纸质材料。

二、市医保中心负责辖区社会保险经办机构提交的《申请表》和相关资料的保管；

三、申请单位对填报信息内容真实性负责。

所属辖区	
单位名称 (结算编号)	
申请变更内容	
变更理由和依据	
查询网址	
初 审	辖区经办机构负责人签字：_____ 日期：_____ (单位) 盖章
复 核	市医保中心负责人签字：_____ 日期：_____

附件 6

武汉市基本医疗工伤生育保险定点医药机构 一般信息维护表

结算编号：

名称（盖章）：

原登记事项	变更后事项
机构类型：	机构类型：
隶属关系：	隶属关系：
上级主管部门：	上级主管部门：
法定代表人（企业负责人） 联系电话：	法定代表人（企业负责人） 联系电话：
医保办负责人（店长） 联系电话：	医保办负责人（店长） 联系电话：
统一信用代码：	统一信用代码：
医疗机构执业许可证 （药品经营许可证）：	医疗机构执业许可证 （药品经营许可证）：
医院级别：	医院级别：
盈利性质：	盈利性质：
所有制形式：	所有制形式：
其他变更事项：	
辖区经办机构意见：	

