附件1

医疗保险定点医疗机构

协议管理申请书

申请单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 与同类定点医疗机构之间最近的道路距离 |  |
| 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 |  | 民办非企业单位登记证号 |  |
| 诊疗科目 |  |
| 临床科室数量 |  |
| 人员构成 | 人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 | 其他 |
| 医师 |  |  |  |  |  |
| 其中：第一执业点医师 |  |  |  |  |  |
| 护士 |  |  |  |  |  |
| 医技人员 |  |  |  |  |  |
| 药学人员 |  |  |  |  |  |
| 其他人员 |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |
| 3个月以上稳定工作关系人数 |  | 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 |  |
| 经营药品、器材是否有进、销、存台账 |  | 是否按规定进行信息化管理 |  |
| 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 |  |
| 近一年内有无行政处罚记录、近一年内有无重大医疗事故 |  | 信用平台等级 |  |
| 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、解除或终止医保服务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 | 自愿承担 基本医疗保险服务，申请成为医疗保险定点医疗机构，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。法定代表人签字： 单位 （盖章）年 月 日 |

附件2

医疗保险定点零售药店

协议管理申请书

申请单位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | □ 连锁企业直营门店□ 加盟店□ 单体店 |
| 总店名称 |  |
| 开业时间 |  |
| 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 |  | 300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 |  |
| 药品经营质量管理规范认证号 |  |
| 是否提供远程药学服务 |  |
| 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 |  |
| 经营药品是否有进、销、存信息系统 |  | 是否按GSP要求进行管理 |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |
| 3个月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、解除或终止医保服务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 | 自愿承担 基本医疗保险服务，申请成为医疗保险定点零售药店，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。法定代表人签字： 单位（盖章）  年 月 日 |

附件3

承诺书

致：湖州市医疗保险服务中心

我方所属的所有直营店（含加盟店）/我方共同法人（投资主体）的相关定点医药机构在申请基本医疗保险定点医药机构前一年内，在卫生健康、市场监管等部门无行政处罚记录，且无重大医疗事故/药品质量事故；在申请期间没有因违规被暂停服务协议或正在接受违规调查处理。

特此申明！

如以上申明不真实，或在公示结束前发现有上述情况，我方将自动放弃申请的所有医药机构资格。

 承诺单位：

 日 期：

附件4

湖州市基本医疗保险定点医疗机构协议管理量化评分标准表

单位名称： 地址：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评定项目及量化评分标准 | 满分分值 | 需提交相关证明材料及考核办法 | 现场考核得分 |
| 1 | 规划布局 | 开业时间 | 三个月及以上1年以下得2分。每增一年加1分，最多加2分。 | 4 | 《营业执照》、《医疗机构执业许可证》 | 　 |
| 2 | 经营场所布局 | 与同类定点医疗机构之间最近道路距离：600米（含600米）以上得20分；500米（含500米）以上得18分；400米（含400米）以上得16分；300米（含300米）以上得14分；200米（含200米）以上得12分；100米（含100米）以上得10分；50米（含50米）以下得8分。 | 20 | 现场查验 |  |
| 3 | 执业资格 | 医疗机构登记注册 | 申请定点医疗机构须依法登记注册，符合卫生健康等相关行政部门规定执业条件，依法取得《医疗机构执业许可证》。 | 3 | 医疗机构执业许可证副本，医疗机构法定代表人或负责人身份证及复印件。 |  |
| 4 | 社保和劳动用工 | 申请定点医疗机构在册人员须依法参加社会保险并按时足额缴纳社会保险费，在册人员未参保1人扣1分，最多扣2分。 | 4 | 工作人员花名册，由经办部门核查。 |  |
| 5 | 执业规范 | 医疗机构自提出申请之日起前一年内（不足一年的自成立之日起算）未有被卫健委、市场监管等相关部门处理的违规记录，且无重大医疗事故；同一法定代表人（投资者）主体相应医疗机构两年内未因严重违约解除定点医疗机构服务协议得4分。未符合其中一项或信用平台列为信用黑名单的，本项不得分。信用平台列为信用红名单的，加1分。 | 5 | 从相关部门调取有关信息，视标准酌情赋分。 |  |
| 6 | 服务能力 | 临床科室数量 | 1、**住院医疗机构**：10个以上得5分；5-9个得4分；3-4个得3分。2、**门诊医疗机构**：5个以上得5分；4个得4分；3个得3分。3、**专科诊所**：本项得满分。 | 5 | 提供相关资料，结合现场查验 |  |
| 7 | 药品数量 | 1. **住院医疗机构**：1500种及以上得5分；1000种及以上得4分；800种及以上得3分；600种及以上得2分。
2. **门诊医疗机构**： 1000种及以上得5分；800种及以上得4分；600种及以上得3分；400种及以上得2分。
3. **诊所**：800种及以上得5分；600种及以上得4分；400种及以上得3分；200种及以上得2分。（牙科诊所本项得满分）
 | 5 | 现场查验 |  |
| 8 | 服务能力 | 在本医疗机构注册并专职在岗的执业医护人员 | 1、**住院医疗机构**：100人及以上得5分；50-99人得4分；49人及以下得3分。2、**门诊医疗机构**：10人及以上得5分；6-9人得4分；3-5人得3分。3、**诊所**：5人及以上得5分；3-4人得4分；1-2人得3分。 | 5 | 提高相关资料 |  |
| 9 | 在本医疗机构注册并专职在岗的执业药师人员 | 1、**住院医疗机构**：3人及以上得5分；3人以下得4分。2、**门诊医疗机构**：2人及以上得5分；1人得4分。3、**诊所**：2人及以上得5分；1人得4分。（牙科诊所本项得满分） | 5 | 提供相关资料 |  |
| 10 | 医疗业务用房面积 | 一级以上医疗机构须达到1500㎡；综合门诊部面积须达到600㎡；普通、专科门诊部面积须达到300㎡；诊所须达到100㎡。医疗用房如有隔层的，隔层的层高不得低于2.5米。未达标本项不得分。 | 5 | 营业用房产权、使用权证明材料（租赁合同）及复印件，营业用房平面图（注明面积、功能区分） |  |
| 11 | 服务管理 | 质量管理医疗安全 | 遵守《医疗机构管理条例》、《执业医师法》、《传染病防治法》等有关法律、法规和标准，有健全和完善的医疗服务管理制度，能确保医疗安全，经卫健委年检合格。 | 4 | 卫健委提供相关检查信息。 |  |
| 12 | 购、销、存等信息化管理 | 建立药品追溯系统、制定药品质量管理制度、具有完善的就诊信息管理系统、药品耗料进销存信息管理系统，已实时录入全部环节数据且与原始票据核对数据一致的，本项得8分，可查询3个月及以上数据的，加8分。现场抽查10种药品（有中药制剂的适当增加品种数），误差数量小于20%的，扣2分；误差数量在20%-40%的，扣4分；误差数量在41%-60%的，扣6分；误差数量大于60%的，扣8分。 | 16 | 结合现场查验视标准酌情赋分。 |  |
| 13 | 药品管理 | 上年度药品经营安全信用等级被市场监管部门确定为B级以上得3分，取得药房规范化管理称号的加1分；实行药品零差率销售加1分。未被评定等级或存放保健品的本项不得分。 | 5 | 根据药品监管行政部门的提供相关信息视标准酌情赋分。 |  |
| 14 | 费用清单 | 按规定提供药品、检查、治疗、服务收费清单的得4分。 | 4 |  |  |
| 15 | 管理制度 | 有健全完善的内部管理制度，得2分；严格执行医疗机构人员执业信息公示制度，得2分；主动接受社会监督，得2分；有人员岗位责任制，得2分；有国家制定或认可的医疗护理技术操作规程，得2分。相关制度未建立，每项扣2分，扣完为止。建立完善的财务管理制度，有与经营相符的会计核算与账册报表。未能提供一个季度以上会计核算与账册报表的本项不得分。 | 10 | 结合现场查验视标准酌情赋分。 |  |
| 16 | 执业管理 | 执业范围 | 严格按照核定的诊疗项目开展诊疗活动。存在超范围执业和跨类别执业等违法行为，本项不得分。 | 5 | 由卫健委提供相关检查信息，结合现场查验 |  |
| 分值合计 | 105 |  |  |

备注：1、本表第1、3、5、10、16项为必得分项，未得分不得纳入定点医疗机构协议管理谈判资格。

2、评定总得分在80分以上为优秀，纳入定点医疗机构协议管理谈判资格。

申请单位法人（签章）： 申请单位（签章）： 年 月 日

附件5

湖州市基本医疗保险定点零售药店协议管理量化评分标准表

单位名称： 地址：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评定项目及量化评分标准 | 满分分值 | 需提交相关证明材料及考核办法 | 现场考核得分 |
| 1 | 规划布局 | 开业时间 | 三个月及以上1年以下得2分。每增一年加1分，最多加2分。 | 4 | 《营业执照》、《药品经营许可证》 | 　 |
| 2 | 经营场所布局 | 与其他定点零售药店之间最近道路距离：600米（含600米）以上得20分；500米（含500米）以上得18分；400米（含400米）以上得16分；300米（含300米）以上得14分；200米（含200米）以上得12分；100米（含100米）以上得10分；50米（含50米）以下得8分。 | 20 | 现场查验 |  |
| 3 | 经营资格 | 药店经营登记 | 申请定点零售药店须依法登记注册，取得药店经营资格。 | 3 | 《药品经营许可证》、《营业执照》、《药品经营质量管理规范认证证书》及复印件、零售药店法定代表人或负责人身份证及复印件。 | 　 |
| 4 | 经营规范 | 申请定点零售药店自提出申请之日起前一年内（不足一年的自开办之日起算）未被市场监管等部门行政处罚；同一法定代表人（投资者）主体相应零售药店两年内未有因严重违约解除定点零售药店服务协议的，得3分。未符合其中一项的或信用平台列为信用黑名单的，本项不得分。信用平台列为信用红名单的，加1分。 | 4 | 从相关部门调取有关信息，视标准酌情赋分 | 　 |
| 5 | 社保和劳动用工 | 申请定点零售药店在册人员须依法参加社会保险并按时足额缴纳社会保险费，在册人员未参加社会保险的，1人扣1分，最多扣2分。 | 4 | 工作人员花名册，由经办部门核查。 | 　 |
| 6 | 从药人员管理 | 企业法人或企业负责人须为执业药师，有2名执业药师得5分；有1名执业药师得3分；有增加执业药师（或药师）的加1分。经营范围中有中药饮片配方的，须配备注册执业中药师。 | 6 | 执业（中）药师注册证和资格证、营业人员资格证及复印件，结合现场查验。 | 　 |
| 7 | 经营管理 | 药品品种数 | 1500种及以上得4分；1000种及以上得3分；600种及以上得2分；600种以下不得分。 | 4 | 现场查验 | 　 |
| 8 | 经营范围 | 医药用品专营的得6分；兼营保健品及医用器材的得4分。 | 6 | 现场查验 |  |
| 9 | 经营场所面积 | 申请定点零售药店需具备与药品经营规模相适应的稳定、独立的营业场所、仓储设施。同一相连平面营业场所和仓储设施的建筑面积不少于100平方米（营业场所不少于80%），其中实行药品专营的零售药店面积不少于80平方米得4分。每增加10平方米加1分，最多加2分。房屋有隔层的，隔层层高不低于2.5米。未达标本项不得分。 | 5 | 营业用房产权、使用权证明材料（租赁合同）及复印件，营业用房平面图（注明面积、功能区分）。 |  |
| 10 | 经营方式 | 湖州市域内连锁经营药店得2分；连锁规模30家以上（含30家）加1分。 | 3 | 相关证明材料 |  |
| 11 | 管理规范 | 建立规范的管理制度，得1分；有完善的内部管理和质量管理制度，得1分；有完善的外配处方管理制度，得1分；配备专门的医保管理人员，得1分。相关制度未建立，每项扣1分，扣完为止。建立完善的财务管理制度，得1分；配备专（兼）职财务管理人员，得1分；有与经营相符的会计核算与账册报表，得1分。未能提供一个季度以上会计核算与账册报表的，本项不得分。 | 7 | 结合现场查验视标准酌情赋分。 | 　 |
| 12 | 经营环境 | 店面整体整洁明亮，能为参保人提供舒适的服务环境得2分；店内布局合理、功能区设置齐全、药品处方药、非处方药、生物制剂等分类摆放合理规范得4分；经营冷藏药品的有专用冷藏设备得1分。兼营保健品的须设立专区或专柜销售，专区或专柜面积须在经营总面积的30%以下，不符合条件的，扣2分。药品专营的销售保健品等非药品类的，本项不得分。存在销售食品、日用品、化妆品等非药品类商品，本项不得分。 | 7 | 结合现场查验视店内环境酌情赋分。 |  |
| 13 | 药品管理 | 药品购药渠道 | 具有合法的购药渠道并保留正规的购药票据的，得4分；药品储存条件符合要求，营业场所药品陈列整齐规范，温湿度符合药品陈列条件的，得2分。从非法渠道采购药品的（连锁门店从总部以外其他渠道购药），本项不得分。 | 6 | 结合现场查验视标准酌情赋分。 | 　 |
| 14 | 药品进、销、存管理 | 具有完善的商品进销存信息管理系统，所经营商品已实时录入全部环节数据且与原始票据核对数据一致的，本项得10分，可查询3个月及以上数据且与原始票据核对数据一致的，加8分。现场抽查10种药品（有中药制剂的适当增加品种数），误差数量小于20%的，扣2分；误差数量在20%-40%的，扣4分；误差数量在41%-60%的，扣6分；误差数量大于60%的，扣8分。 | 18 | 药品经营品种及价格清单（连锁门店可由总部统一提供）一份，结合现场抽样核查。 | 　 |
| 15 | 信用考评 | 上年度药品使用质量信用等级被市场监管部门确定为B级以上得3分，上年度评定A级的加1分。未被评定的本项不得分。 | 4 | 根据市场监管部门的提供相关信息视标准酌情赋分。 | 　 |
| 16 | 信息管理 | 药店信息系统 | 具备较完善的信息管理系统和满足医保交易的网络环境，能根据医疗保障局政策业务需求和技术规范完成配套改造工作，并配有管理人员对信息系统日常安全运维进行技术保障。有专（兼）职技术人员及完整运行维护记录得4分。不能全部满足上述情形适当扣分。 | 4 | 结合现场查验视标准酌情赋分。 | 　　 |
| 分值合计 | 105 |  |  |

备注：1、本表第1、3、4、7、9、12、13项为必得分项，未得分不得纳入定点零售药店协议管理谈判资格。

2、评定总得分在80分以上为优秀，纳入定点零售药店协议管理谈判资格。

申请单位法人（签章）： 申请单位（签章）： 年 月 日

附件6

**湖州市新定点单位申请开通医保网络审批表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位（盖章） |  | 机构代码 |  |
| 企业法人 |  | 联系电话 |  |
| 验收时间 |  |
| 验收结果 |  |
| 验收人签字 |  |
| 审批意见 | 领导签字： 年 月 日 |
| 开通时间 |  |

附件7

湖州市新定点单位开通刷卡申报表

|  |  |
| --- | --- |
| 名 称（盖章） |  |
| 地 址 |  |
| 负责人 |  | 电 话 |  |
| 联系人 |  | 电 话 |  |
|  | 审核意见 | 负责人签字 |
| 系统应急预案、杀毒软件、人员配备情况 | 信息科2122735 |  |  |
| 目录对照是否正确，是否连上事前事后 | 医保管理科 定点机构管理科2215805 |  |  |
| 结算是否准确、单据打印是否准确 |  |
| 医保医师或协议营业员培训情况 |  |
| 异地（市内、省、跨省）开通情况 |  |
| 医保视频监控运行情况 | 稽核内审科2037371 |  |  |

附件8 **经办流程图**

单位提出申请

经办机构受理

**需要补正材料**

初审

发出补正材料

通知单

**料补正后符合要求**

复审

不予纳入（出具书面通知书）

 **经稽核科、卫健及市场**

 **监管部门审核不符合要求**

 **符合要求**

实地勘察

小组评估

小组评估结果

**不合格**

**合 格**

拟定点公示

公示无异议后发文

**联网申请、培训考试**

验收

**合格**

确定谈判名单

开通刷卡

签订服务协议