关于印发《湖州市医药机构医疗保障定点确定评估经办流程》的通知

各区县医疗保障局，局机关各处室、下属单位，医药机构：

根据湖州市医疗保障局《关于印发湖州市医药机构医疗保障定点管理办法的通知》（湖医保发〔2021〕21号），为进一步规范我市医药机构医疗保障定点确定评估工作，我们制定了《湖州市医药机构医疗保障定点确定评估经办流程》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

湖州市医疗保障局办公室

2022年1月10日

湖州市医药机构医疗保障定点确定评估经办流程

　　一、办理依据及职责分工

**（一）办理依据**

《湖州市医药机构医疗保障定点管理办法》（湖医保发〔2021〕21号）

**（二）职责分工**

市级经办机构负责对全市定点管理工作进行业务指导，并具体负责市本级确定评估经办管理工作。两区医保经办机构按照市级经办机构要求，配合做好辖区内确定评估相关工作。

德清县、长兴县及安吉县医保经办机构（以下简称三县医保经办机构）负责辖区内确定评估经办管理工作。

二、受理对象及条件

符合湖州市医疗保障局《关于印发湖州市医药机构医疗保障定点管理办法的通知》（湖医保发〔2021〕21号）中关于申报规定及条件的，并申请开展医保服务的医药机构。具体规定可登陆湖州市医疗保障局网站（http://ybj.huzhou.gov.cn）医保政策栏查阅。

三、申请材料

**（一）医疗机构应提供的材料**

1.医疗保障定点医疗机构申请表（附表1）及评估表（附表3）；

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原件及复印件；

3.与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

4.与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

5.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

6.医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书原件及复印件；

7.医保管理人员或医保管理部门名单；

8.法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

9.医疗机构用房产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同、平面布局图（房产证、营业用房）等相关资料原件及复印件；

10.已开展的医疗服务项目及价格清单、药品及价格清单；

11.工作人员花名册。

**（二）零售药店应提供的材料**

1.医疗保障定点零售药店申请表（附表2）及评估表（附表4）；

2.药品经营许可证（正、副本）、营业执照（正、副本）原件及复印件；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、执业地注册证或药学技术人员相关证书及其劳动合同原件及复印件；

4.医保专（兼）职管理人员的劳动合同原件及复印件；

5.与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

6.与医保有关的信息系统相关材料；

7.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

8.营业场所产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同、平面布局图（房产证、营业用房）等相关资料原件及复印件；

9.总部同意连锁门店申请协议定点的证明材料；

10.药品经营品种及价格清单；

11.工作人员花名册。

四、申报方式

符合申报条件的医药机构，可向所在辖区医疗保障经办机构提出定点申请，也可通过浙江政务服务网“医药机构申请定点协议管理”事项或浙里办APP办理申请。

五、经办流程

**（一）发布公告**

医保经办机构通常在开始集中受理前1个月发布定点申请公告，对开展医药机构医疗保障定点评估相关工作向社会发布通知。

1. **组织培训**

经办机构在开展评估工作之前应组织医药机构培训，培训内容为政策法规、申报手续、办理流程等。2022年首次培训时间在2022年1月，其他培训时间以通知公告为准。

**（三）受理申请及审核**

按季集中受理，一年四次。每年2月、5月、8月、11月的前5个工作日集中受理医药机构定点申请，其他时间也可受理，时限计算以集中受理为准。集中受理期前受理的当季处理，集中受理期后受理的并入下一季处理。

经办机构对申报材料等进行审核，医药机构的行政处罚情况、失信人情况及其他违规情况由医保基金监管部门及反欺诈中心审核后提供。

审核通过的予以受理，材料不齐或不符合条件的，应自受理材料后5个工作日内一次性告知医药机构。医药机构应自收到材料补正通知之日起5个工作日内补正，逾期不补正的视作放弃本次申请，须3个月后方可再次申请。

**（四）组织评估**

1.经办机构建立评估专家库，成员可由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员，以及经办机构、相关行业协会代表组成。经办机构从专家库中随机抽取3-7名专家组成评估小组。

2.经办机构开展现场调查和评估工作，按照《医疗保障定点医疗机构评估表》（附表3）及《医疗保障定点零售药店评估表》（附表4）进行打分。现场验收成员由经办机构各科室人员组成，具体安排另行制定。

3.现场评估结束后，经办机构组织评估专家小组进行综合评估，提出拟新增医保定点的医药机构建议名单。评估时间自受理申请材料之日起不超过20个工作日，医药机构补充材料时间不计入评估期限。

**（五）确定拟定点医药机构名单并公示**

经办机构根据评估结果拟定纳入定点协议管理的医药机构名单，并向社会公示。公示期为5个工作日，公示期满无异议的，列入拟签订医保协议的名单。对于未通过评估的医药机构，经办机构应告知其理由，提出整改建议，自结果告知送达之日起，整改3个月后可再次组织评估，评估仍未通过的，自第二次结果告知送达之日起1年内不得再次申请。

**（六）签订医保协议**

1.签约前准备。经办机构应及时组织开展辖区内医药机构政策培训及考试（第一季度计划3月下旬开展），并通知医药机构做好拟签订医保协议前的准备工作。医药机构应在评估通过后的3个月内完成签约前准备工作并向经办机构递交新定点医药机构验收表（附表5），经办机构对其进行验收。医药机构因自身原因未在规定时间内按要求完成签约前准备工作的，该医药机构本次纳入医保定点的申请无效，经办机构不得与其签订医保协议。

2.签订医保协议。验收通过的医药机构，可向经办机构申请签订医保协议，纳入定点协议管理。医药机构因自身原因在符合医保协议签订条件后的10个工作日内未签订医保协议的，视作自动放弃。

**（七）结果公布**

医保协议签订后，经办机构每月汇总新增定点医药机构名单统一向社会公布，并报同级医保行政部门备案。

六、监督机制

医疗保障机关纪检小组对评估工作进行全程监督，必要时对拟新增对象进行抽检复核。

七、其他

医药机构在公示期间和签订协议前有被举报投诉或被发现存在管理办法第十五条情形之一的，经办机构应认真进行调查核实，未经核实，不得与相应的医药机构签订医保协议。经核实后情况属实的，不予签订医保协议。

**附表：（可点击下载）**

1.医疗保障定点医疗机构申请表

2.医疗保障定点零售药店申请表

3.医疗保障定点医疗机构评估表

4.医疗保障定点零售药店评估表

5.新定点医药机构验收表

6.经办流程图

附表1

市医疗保障

定点医疗机构申请表

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

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

填 写 说 明

一、该表填写内容可打印也可用蓝色或黑色水笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、符合申报条件并愿意承担医保服务的医疗机构，可在正式运营满3个月后向所在辖区医保经办机构提出申请，填写《医疗保障定点医疗机构申请表》，并提供以下材料：

1.医疗保障定点医疗机构评估表；

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原件及复印件；

3.与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

4.与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

5.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

6.医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书原件及复印件；

7.医保管理人员或医保管理部门名单；

8.法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

9.医疗机构用房产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同、平面布局图（房产证、营业用房）等相关资料原件及复印件；

10.已开展的医疗服务项目及价格清单、药品及价格清单；

11.工作人员花名册。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | 500米内有无其他  定点医疗机构 | |  | |
| 1000米内有无其他  定点医疗机构 | |  | |
| 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 |  | | | | | | | |
| 执业范围 |  | | | | | | | |
| 人员构成 | 人数 | | 高级职称 | 中级职称 | | 初级职称 | | 其他 |
| 医师  （盲人按摩师） |  | |  |  | |  | |  |
| 其中：主要  执业点医师 |  | |  |  | |  | |  |
| 护士 |  | |  |  | |  | |  |
| 医技人员 |  | |  |  | |  | |  |
| 药学人员 |  | |  |  | |  | |  |
| 其他人员 |  | |  |  | |  | |  |
| 合计 |  | |  |  | |  | |  |
| 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 | | |  | |
| 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 | | |  | |
| 医疗机构及其法定代表人、主要负责人  或实际控制人有无严重失信行为 | | | |  | | | | |
| 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\_\_\_\_\_市医疗保障服务，申请成为医疗保障定点医疗机构，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。  自愿按医保部门和医保经办机构要求安装实名制就医购药验证、实时监控等智能监管系统，并承诺签订医保协议后按要求提供省内异地、跨省异地联网结算服务。  法定代表人签字：  单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | |

附表2

市医疗保障

定点零售药店申请表

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

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

填 写 说 明

一、该表填写内容可打印也可用蓝色或黑色水笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、符合医保定点条件并愿意承担医保服务的零售药店，可在规定时间内向所在辖区医保经办机构提出申请，填写《市医疗保障定点零售药店申请表》，并提供以下材料：

1.医疗保障定点零售药店评估表;

2.药品经营许可证（正、副本）、营业执照（正、副本）原件及复印件；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、执业地注册证或药学技术人员相关证书及其劳动合同原件及复印件；

4.医保专（兼）职管理人员的劳动合同原件及复印件；

5.与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

6.与医保有关的信息系统相关材料；

7.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

8.营业场所产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同、平面布局图（房产证、营业用房）等相关资料原件及复印件；

9.总部同意连锁门店申请协议定点的证明材料；

10.药品经营品种及价格清单；

11.工作人员花名册。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | |  | | | 邮政编码 | | |  | |
| 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 | |  | | | 500米内有无其他  定点零售药店 | | |  | |
| 1000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 | | |  | |
| 是否已安装医药  结算监控设备 | |  | | | 是否承诺提供医药  结算监控信息 | | |  | |
| 经营药品是否有  进、销、存台账 | |  | | |  | | |  | |
| 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 | |
|  |  | |  | |  | |  |  | |
| 1年以上稳定  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\_\_\_\_\_市医疗保障服务，申请成为医疗保障定点零售药店，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。  自愿按医保部门和医保经办机构要求安装实名制购药验证、实时监控等智能监管系统。  法定代表人签字：  单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |

附表3

医疗保障定点医疗机构评估表

医疗机构名称： 地址： 评估时间：

| 指标类型 | 序号 | 评估项目及分值 | 评分标准 | 自评情况 | 评估情况 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基础指标** | 1 | 经营时间 | 正式运营是否已达3个月，“否”即为不合格。 |  |  |
| 2 | 执业医师 | 机构是否至少有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，“否”即为不合格。 |  |  |
| 3 | 医保管理 | 是否由主要负责人负责医保工作，且配备专（兼）职医保管理人员；100张床位以上的医疗机构是否设内部医保管理部门，并安排专职工作人员，“否”即为不合格。 |  |  |
| 4 | 制度建设 | 是否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，“否”即为不合格。 |  |  |
| 5 | 信息系统 | 是否已确定系统开发商，并已签订合作协议，“否”即为不合格。 |  |  |
| 6 | 基础数据库 | 是否已设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库，并按规定使用国家统一的医保编码，“否”即为不合格。 |  |  |
| 7 | 执业范围 | 是否以医疗美容、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，“是”即为不合格。 |  |  |
| 8 | 医药价格政策 | 基本医疗服务是否执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策，“否”即为不合格。 |  |  |
| 9 | 信用制度 | 机构的法定代表人、主要负责人或实际控制人是否有被列入失信人名单的，“是”即为不合格。 |  |  |
| 10 | 其他不予受理的情形 | 机构是否有国家、省医保部门规定的其他不予受理情形，“是”即为不合格。 |  |  |
| **评估指标** | 1 | 建立完善的医保管理制度（10分） | 建立包括医保办（医保人员）工作制度、医保病历处方审核制度、医保相关审批管理制度、医保政策宣传培训制度等的医院医保管理制度。未建立制度扣10分；制度不健全，每少一个制度，扣2分。 |  |  |
| 2 | 建立完善的财务制度（10分） | 根据会计制度的规定建立相应的会计账目和“进、销、存”电算化管理的明细账目，未建立扣10分。制度执行不到位，未做到账账相符、账实相符，发现一例扣1分。 |  |  |
| 3 | 建立完善的统计信息管理制度（10分） | 按要求做好医疗机构信息库、药品目录库（包括西药、中成药、中药饮片）、诊疗项目目录库、诊疗耗材目录库、疾病编码目录库、手术编码目录库、医保医师信息库等标准数据库基础信息的维护工作。发现未及时按要求维护的情况，1例扣2分。 |  |  |
| 4 | 建立完善的医疗质量安全核心制度（10分） | 根据首诊负责制度等18项医疗质量安全核心制度要求，结合实际，建立完善本机构的核心制度、配套文件和工作流程。未建立制度扣10分；制度不健全，扣5分；制度执行不到位，扣5分。 |  |  |
| 5 | 配备医保要求的硬件装置（10分） | 配备相关医保电子凭证设备、医保联网设施设备，并与其它网络间有安全隔离措施，与互联网物理隔离。未按要求配备，扣10分。 |  |  |
| 6 | 建立规范的药品、医用材料进货管理制度  （10分） | 定点医疗机构按规定通过省药械采购平台采购药品、医用耗材，并按规定及时结算。药品购进记录必须注明药品的通用名称、生产厂商（中药材标明产地）、剂型、规格、批号、生产日期、有效期、批准文号、供货单位、数量、价格、购进日期。药品、器械、耗材等所有经营品种购进、销售均应纳入“进、销、存”电算化管理（包括厂家赠品），并将购、销明细如实录入“进、销、存”电算化管理信息系统。未建立制度扣10分；线上采购率未达100%的，扣2分；按时结算率每降低10%，扣1分。购进记录缺少一个字段的，扣2分；经营品种缺失一例的，扣2分；未如实录入一例的，扣2分。 |  |  |
| 7 | 开展医保政策宣传（10分） | 设立宣传栏、电子屏等向就医的参保人员宣传医保政策、就医流程等。未设立或未宣传扣10分，宣传方式和内容不规范的，扣5分。 |  |  |
| **评估指标** | 8 | 保证参保人员知情同意权（5分） | 公开药品、服务项目和材料的价格，能向参保人员提供门诊、住院费用结算清单和住院日费用清单，未公开扣3分，公开但提供不到位酌情扣2分。  建立自费项目参保人员知情确认制度，未建立扣3分，制度执行不到位，酌情扣2分。 |  |  |
| 9 | 设置监控设备（20分） | 在收费结算处等公共场所安装监控设备，确保正常使用，角度正确，能清晰辨认出参保人员面部特征，并能提供营业期间不少于三个月不间断的监控影像资料。未安装扣20分，使用不正常或不能提供相关影像资料，扣10分。 |  |  |
| 10 | 对医保基金影响的预测性分析  （5分） | 纳入定点后对医保基金影响的预测性分析报告应客观、正确，符合医疗机构规模、经营收入和医保基金利用等实际情况。未提供预测性分析报告、预测性分析报告不符合实际情况的扣5分。 |  |  |
| 11 | 异地结算（5分） | 按要求提供省内异地、跨省异地联网结算服务的，加5分。 |  |  |
| 12 | 场所布局（5分） | 与相近定点医疗机构的最小行径间距大于500米的加2分；大于1000米的加5分。 |  |  |
| 13 | 场所面积（5分） | 建筑面积500平方米及以上加2分；1000平方米及以上加5分。 |  |  |
| 14 | 第一执业点医师数量（10分） | 第一执业点注册于该医疗机构的医师（连续在本单位参保及注册满三个月及以上，退休返聘除外）达到2人的加3分；每增加一名加1分，最高不超过10分。 |  |  |
| 15 | 医保药品备药率（15分） | 配备省招采平台目录范围内的医保药品，且占医疗机构药品总数的85%，每增加1种加0.1分,最高加5分。配备国谈药品，每增加1种加0.1分，最高加10分。 |  |  |
| 16 | 医保目录诊疗服务占比（10分） | 已开展的医疗服务项目中，医保目录内服务项目所占比例达到50%以上的，加5分；达到80%以上的，加10分。 |  |  |
| **评估指标合计分值：150分** | | |  |  |
| **评估指标合计得分：** | | | |  |  |

备注：基础指标有一项不合格，评估结果即为不合格；评估指标合计得分120分以下，评估结果即为不合格。

现场评估专家签名：

附表4

医疗保障定点零售药店评估表

零售药店名称： 地址： 评估时间：

| 指标类型 | 序号 | 评估项目及分值 | 评分标准 | 自评情况 | 评估情况 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基础指标** | 1 | 经营时间 | 在注册地址是否已正式经营3个月以上，“否”即为不合格。 |  |  |
| 2 | 药师配备 | 药店是否至少有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，药师是否已签订1年及以上劳动合同且在合同期内，“否”即为不合格。 |  |  |
| 3 | 医保管理 | 是否至少有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年及以上劳动合同且在合同期内，“否”即为不合格。 |  |  |
| 4 | 药品管理 | 是否已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，“否”即为不合格。 |  |  |
| 5 | 制度建设 | 是否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，“否”即为不合格。 |  |  |
| 6 | 信息系统 | 是否已确定系统开发商，并签订合作协议，“否”即为不合格。 |  |  |
| 7 | 基础数据库 | 是否已设立医保药品等基础数据库，并按规定使用国家统一的医保编码，“否”即为不合格。 |  |  |
| 8 | 药品价格政策 | 是否执行医疗保障行政部门制定医保药品支付标准政策，“否”即为不合格。 |  |  |
| 9 | 信用制度 | 药店的法定代表人、主要负责人或实际控制人是否有被列入失信人名单的，“是”即为不合格。 |  |  |
| 10 | 其他不予受理的情形 | 零售药店是否有国家、省医保部门规定的其他不予受理情形，“是”即为不合格。 |  |  |
| **评估指标** | 1 | 建立完善的医保药品管理制度（10分） | 建立包括医保人员工作制度、医保药品“进销存”制度、医保处方管理制度、医保刷卡管理制度、医保信息管理制度等零售药店医保药品管理制度。未建立制度扣10分；制度不健全，每少一个制度，扣2分。 |  |  |
| 2 | 建立完善的财务管理制度（10分） | 根据会计制度的规定建立相应的会计账目和“进、销、存”电算化管理的明细账目，未建立扣10分。制度执行不到位，未做到账账相符、账实相符，发现1例扣1分。 |  |  |
| 3 | 建立完善的医保人员管理制度  （10分） | 建立健全零售药店负责人、医保管理负责人、执业药师、物价收费员、计算机信息管理人员、药品质量负责人等医保人员管理制度。未建立制度扣10分；制度不健全，扣5分。 |  |  |
| 4 | 配备医保要求的硬件装置（10分） | 配备相关医保电子凭证设备、医保联网设施设备，并与其它网络间有安全隔离措施，与互联网物理隔离。未按要求配备，扣10分。 |  |  |
| 5 | 建立规范的药械进货管理制度  （10分） | 药品采购记录必须注明药品的通用名称、生产厂商（中药材标明产地）、剂型、规格、批号、生产日期、有效期、批准文号、供货单位、数量、价格、购进日期。未按要求记录，发现1例扣2分。药品、器械等所有经营品种购进、销售均应明细如实录入“进、销、存”电算化管理信息系统。未按要求录入，发现1例扣2分。最多扣10分。 |  |  |
| 6 | 开展医保政策宣传（10分） | 设立宣传栏、电子屏等向购药的参保人员宣传医保主要政策、购药流程等。未设立或未宣传扣10分，宣传方式和内容不规范的，扣5分。 |  |  |
| 7 | 合理定价制度  （10分） | 按照公平、合法、诚实守信原则对药品、医用材料、医疗器械等进行明码标价。定价或标识不规范的，发现1例扣1分，最多扣5分；有投诉举报价格的，发现1例扣1分，最多扣5分。 |  |  |
| 8 | 设置监控设备  （20分） | 在收费结算处等公共场所安装监控设备，确保正常使用，角度正确，能清晰辨认出参保人员面部特征，并能提供营业期间不少于三个月不间断的监控影像资料。未安装扣20分，使用不正常或不能提供相关影像资料，扣10分。 |  |  |
| **评估指标** | 9 | 具备稳定独立的营业场所（10分） | 营业面积应符合规定设置要求，能为参保人提供舒适的服务环境。设立医保药品专区或专柜，与非医保药品和其他用品分开摆放，有明确标识。医保药品专区或专柜设置符合规范，药品和医疗器械陈列面积不少于总经营面积70%，其他用品经营范围实行正面清单制。营业面积、专区、专柜设置不符合要求，扣5分；其他用品未严格执行正面清单制，扣5分。 |  |  |
| 10 | 对医保基金影响的预测性分析  （5分） | 纳入定点后对医保基金影响的预测性分析报告应客观、正确，符合药店规模、经营收入和医保基金利用等实际情况。预测性分析报告不符合实际情况的扣5分。 |  |  |
| 11 | 场所布局（5分） | 与相近定点零售药店的最小行径间距大于500米的加2分；大于1000米的加5分。 |  |  |
| 12 | 场所面积（5分） | 建筑面积120平方米及以上加2分；200平方米及以上加5分。 |  |  |
| 13 | 经营范围（10分） | 服务场所内不同时出售保健品的，加10分。 |  |  |
| 14 | 药师配备（5分） | 注册在本药店并在本药店专职服务的执业药师达到2名及以上，加5分。 |  |  |
| 15 | 医保药品备药率（15分） | 配备省招采平台目录范围内的医保药品，且占药店药品总数的80%，加5分。配备国谈药品，每增加1种加0.1分，最高加10分。 |  |  |
| 16 | 经营方式（5分） | 属于已定点的药品零售连锁企业直营门店的，加5分。 |  |  |
| **评估指标合计分值：150分** | | |  |  |
| **评估指标合计得分：** | | | |  |  |

备注：基础指标有一项不合格，评估结果即为不合格；评估指标合计得分120分以下，评估结果即为不合格。

现场评估专家签名：

附表5

新定点医药机构验收表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称及医保编码  （盖章） |  | | |
| 地 址 |  | | |
| 负责人 |  | 电 话 |  |
| 联系人 |  | 电 话 |  |
| 验收要求 | 需提供材料 | 责任单位 (科室) | 验收意见  及签字 |
| 配备系统应急预案、杀毒软件及信息人员 | 1.提供系统应急预案、杀毒软件、信息人员等材料；  2.完成医保电子凭证结算测试； | 改发中心 |  |
| 完成医保信息系统、医保网络接入及医保电子凭证开通准备工作 |
| 完成三目录匹配工作及事前事后连接 | 1.提供三目录匹配数据或进行系统查看；  2.提供结算单据（结算单、退费单）；  3.DRG相关资料； | 医保管理科 |  |
| 结算准确、申报结算业务清晰 |
| 完成DRG相关准备工作 |
| 完成国家编码维护 | 1.查看系统；  2.查看培训及考核记录；  3.医保医师、医保营业员申请审核通。 | 定点机构  管理科 |  |
| 相关人员通过培训及考核 |
| 安装医保视频监控 | 查看系统 | 反欺诈中心 |  |
| 医保中心意见 |  | | |
| 开通时间 |  | | |

附表6 经办流程图

经办发布定点申请公告

（提前1个月）

每月新增发文公告

医药机构提出申请（2月、5月、8月、11月的前5个工作日）

申请无效，不予签订协议

验收通过

第二次结果告知之日起1年内不得申请

告知理由提出整改意见，自结果告知送达之日起，整改3个月后可再次评估

不通过

确定拟定点医药机构名单并公示（5个工作日）

审核通过

不予受理

（发放不予受理通知书）

材料不齐的

发出补正材料通知单

（受理材料后5个工作日内）

经办机构组织培训

经办机构现场调查并组织评估（20个工作日）

材料补齐

申报材料等审核

其他情形审核

不通过

符合不予

受理情形

通过

验收不通过

组织培训及考试，医药机构完成签约前准备工作（3个月内）并提交验收申请

签订医保协议（医药机构符合医保协议签订条件后的10个工作日内）