浙江省医疗保障局文 件

浙医保发〔2021〕46 号



浙江省医疗保障局关于印发浙江省医疗保障

定点医疗机构和定点零售药店

确定评估细则的通知

各市、县（市、区）医疗保障局：

为切实做好我省定点医疗机构和定点零售药店（以下统称定点 医药机构） 的确定工作， 根据国家医保局《医疗机构医疗保障定点 管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》和《浙江 省医疗保障条例》规定， 我局制定了《医疗保障定点医疗机构确定 评估细则》 《医疗保障定点零售药店确定评估细则》 （以下统称《评 估细则》）。现印发给你们，并就有关事项通知如下：

一、医保行政部门负责指导医保经办机构开展定点医药机构 的确定评估工作。医保经办机构按《评估细则》确定本地定点医

— 1 —



附件 1

医疗保障定点医疗机构确定评估细则

第一条 为加强和规范医疗机构医疗保障定点确定工作， 鼓 励和引导各类医疗机构公平参与竞争， 提高医疗保障基金使用效 率， 更好地保障广大参保人员权益， 根据《医疗保障基金使用监 督管理条例》（中华人民共和国国务院令 第 735 号）《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） 《浙江省医疗保障条例》，以及《中共浙江省委 浙江省人民政 府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（浙委办〔2020〕29 号）等法律法规，结合我省实际，制定本评估细则。

第二条 本评估细则所指的定点医疗机构是指与医疗保障 经办机构（以下简称“经办机构”）签订服务协议， 为医保参保人 员提供医疗服务的医疗机构。

第三条 医疗保障行政部门负责医疗机构定点管理政策制 定，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、 协议解除等环节对经办机构、定点医疗机构进行监督。经办机构 负责确定定点医疗机构， 并与定点医疗机构签订医疗保障服务协 议（以下简称“医保协议”），提供经办服务， 开展医保协议管理、 考核等。

第四条 定点医疗机构的确定按照“统一管理、分级负责”

— 3 —

的原则， 市医疗保障行政部门负责全市医疗机构定点确定的监督 指导工作， 各区、县（市） 医疗保障行政部门协助做好辖区范围 内医疗机构定点确定的监督指导工作。

市级经办机构负责本市定点医疗机构的确定，并对本市区、 县（市） 经办机构进行业务指导； 各区、县（市） 经办机构按相 关职责做好各自辖区内定点医疗机构确定的相关工作。

第五条 定点医疗机构的确定应坚持供需平衡、合理布局、 择优选择、鼓励竞争的原则。

第六条 各级经办机构在定点确定过程中要按照公平公开、 强化监管、优化服务的要求，主动接受各方监督。

第七条 以下取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证 的医疗机构， 以及经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医 疗机构可申请医保定点：

（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；

（七）盲人医疗按摩所；

— 4 —

（八）企事业单位内设医务室。

第八条 互联网医院可依托其实体定点医疗机构申请签订 补充协议， 其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关 费用，纳入该实体定点医疗机构按规定结算管理。

第九条 独立设置的临床检验中心、医学检验实验室、病理 诊断中心、医学影像诊断中心等可作为第三方服务提供机构， 与 定点医疗机构签订协议， 为定点医疗机构提供相关服务， 符合医 保支付范围的费用由经办机构与定点医疗机构结算。 定点医疗机 构应及时将协议签订情况向当地经办机构备案。

第十条 申请签订服务协议的医疗机构应同时具备以下 条件：

（一）正式运营至少 3 个月；

（二）除盲人医疗按摩所外， 医疗机构应至少有 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； 盲人医疗按摩所应配备持有中 国残联核发的《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》的专 业技术人员 3 名（含）以上，按摩床 10 张（含）以上，服务场 所建筑面积 120 平方米（含）以上。

（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

— 5 —

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）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。

第十一条 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、健康体 检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；

— 6 —

（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；因医疗服务行为受到有关行政部门处罚未满 1 年的；

（九） 近 2 年内有非法行医、非法医疗广告、诊室外包等不 规范经营行为的；

（十）同一法人主体（投资主体）的相关定点医疗机构， 1 年内有因违规被暂停、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；

（十一）法律法规规定的其他不予受理的情形。

第十二条 医疗机构定点确定办理流程包括制定规划、发布 公告、受理申请、材料审核、组织评估、结果公示、签约准备、 协议签订等主要环节。

第十三条 各市医疗保障行政部门应根据公众健康需求、 医 保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划、参保人员数 量、业务经办能力等实际情况，结合年度内定点医疗机构的退 出情况对本市定点医疗机构数量进行动态调整， 实现有进有出， 总量控制。

第十四条 符合条件并愿意承担医保服务的医疗机构， 可向 所在辖区经办机构提出申请，并提供以下材料：

（一）医疗保障定点医疗机构申请表（附表 1 ）；

（二）医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机 构为民服务许可证照复印件；

（三）与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

— 7 —

（四）与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

（五）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

（六）按相关规定要求提供的其他材料。

第十五条 经办机构原则上每季度应开展 1 次集中受理审查， 对申请材料进行初审， 材料齐全的予以受理， 材料不齐或不符合 条件的，应自收到材料之日起 5 个工作日内一次性告知医疗机 构。医疗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申请，须 3 个月后方可再次申请。

第十六条 经办机构可通过资料审查、现场核查、函询相关 主管部门意见等方式，对医疗机构所申报材料和信息进行审核。 对提供虚假材料的医疗机构，一经核实，取消本次申请。

第十七条 经办机构负责定点确定评估工作的组织实施。 评 估工作可组织评估小组或委托第三方机构，以书面、现场等形 式开展。评估指标详见《医疗保障定点医疗机构评估表》（附 表 2）， 市级经办机构可在此基础上， 结合本地经办管理服务需 要适当调整。

第十八条 经办机构应根据实际情况建立评估专家库。 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。受理申请的经办机 构从专家库中随机抽取 5~7 名专家组成评估小组， 组长由市级经 办机构负责人担任。

第十九条 经办机构按照评估的要求和定点原则， 依据申报

— 8 —

资料组织现场检查， 汇总现场检查材料后， 提交评估小组综合评 估。评估小组评估时间自受理申请材料之日起不超过 20 个工作 日，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。

第二十条 医疗机构评估内容包括但不限于：

（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；

（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， 卫 生健康部门医疗机构评审的结果；

（五）核查与医保有关的医疗机构信息系统是否具备开展 直接联网结算的条件。

第二十一条 评估小组按照《医疗保障定点医疗机构评估 表》进行打分。经评估小组综合评估后， 结合得分情况， 提出拟 新增医保定点的医疗机构建议名单。

第二十二条 经办机构根据评估结果拟定纳入定点协议管 理的医疗机构名单， 并向社会公示。公示期满无异议的， 列入拟 签订服务协议的名单。对于未通过评估的医疗机构， 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， 1 年内不得再次申请。

— 9 —

第二十三条 拟签订医保协议的医疗机构在签约前应做好 以下工作：

（一） 参加医保知识培训。医疗机构的负责人、医保部门负 责人、医务骨干等从业人员须接受经办机构组织开展的政策培 训，并须通过经办机构测试，培训内容主要包括医保政策法规、 协议管理规定、医保业务流程、违规案例分析等。具体培训和考 核办法由市级经办机构制定实施。

（二） 配备适应医保结算、监管、服务等要求的信息系统和 硬件设备， 按要求完成医保信息系统、监管平台软硬件配置和改 造，医保网络接入等各项工作，并经经办机构验收合格。

签约前准备工作应在 3 个月内完成， 医疗机构因自身原因未 在规定时间内按要求完成签约前准备工作的， 该机构本次纳入医 保定点的申请无效，经办机构不得与该机构签订服务协议。

第二十四条 符合医保协议签订条件并按时完成签约前准 备工作的医疗机构， 可向经办机构申请签订医保协议， 纳入定点 协议管理。医疗机构因自身原因在符合服务协议签订条件后的 10 个工作日内未签订医保协议的，视作自动放弃。

第二十五条 经办机构应向社会公布新增定点医疗机构名 单，并报同级医疗保障行政部门备案。

第二十六条 经办机构与医疗机构在定点准入、协议签订过 程中发生的争议， 可以采取自行协商解决或要求同级医保行政部 门协调解决。仍无法解决的，可提起行政复议或行政诉讼。

— 10 —

第二十七条 医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途 径、创新监督方式， 通过第三方评价、聘请社会监督员等方式对 定点确定管理进行社会监督， 畅通举报投诉渠道， 及时发现问题 并进行处理。

第二十八条 本评估细则由省医疗保障局负责解释。

第二十九条 本评估细则自 2022 年 1 月 1 日起施行。

附表： 1．《医疗保障定点医疗机构申请表》

2．《医疗保障定点医疗机构评估表》

— 11 —

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

— 12 —

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 许可证照复印件；

2．与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

3．与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

4．纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

5．按相关规定要求提供的其他材料。

— 13 —

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |

— 14 —

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |

— 15 —

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |

— 16 —

附表 2

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。 |  |  |

— 17 —

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 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。 |  |  |

— 18 —

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 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，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：

— 19 —

附件 2

医疗保障定点零售药店确定评估细则

第一条 为加强和规范零售药店医疗保障定点确定工作， 鼓 励和引导各类零售药店公平参与竞争， 提高医疗保障基金使用效 率， 更好地保障广大参保人员权益， 根据《医疗保障基金使用监 督管理条例》（中华人民共和国国务院令 第 735 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） 《浙江省医疗保障条例》，以及《中共浙江省委 浙江省人民政 府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（浙委办〔2020〕29 号）等法律法规，结合我省实际，制定本评估细则。

第二条 本评估细则所指的定点零售药店是指与医疗保障 经办机构（以下简称“经办机构”）签订服务协议， 为医保参保人 员提供处方外配和非处方药零售服务的药店。

第三条 医疗保障行政部门负责制定零售药店定点管理政 策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、 协议解除等环节对经办机构、定点零售药店进行监督。经办机构 负责确定定点零售药店， 并与定点零售药店签订医疗保障服务协 议（以下简称“医保协议”），提供经办服务， 开展医保协议管理、 考核等。

第四条 定点零售药店的确定按照“统一管理、分级负责”

— 20 —

的原则， 市医疗保障行政部门负责全市零售药店定点确定的监督 指导工作， 各区、县（市） 医疗保障行政部门协助做好辖区范围 内零售药店定点确定的监督指导工作。

市级经办机构负责市本级定点零售药店的确定，并对本市 区、县（市） 经办机构进行业务指导； 各区、县（市） 经办机构 按相关职责做好各自辖区内定点零售药店确定的相关工作。

第五条 定点零售药店的确定应坚持供需平衡、合理布局、 择优选择、鼓励竞争的原则。

第六条 各级经办机构在定点确定过程中要按照公平公开、 强化监管、优化服务的要求，主动接受各方监督。

第七条 经市场监管部门批准取得《药品经营许可证》和《营 业执照》的零售药店， 可在证照有效期内向经办机构申请医疗保 障定点。

药品零售连锁企业门店（以下简称连锁门店）应单独申请医 疗保障定点。

第八条 申请签订医保协议的零售药店应同时具备以下 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， 药师须签订 1 年及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

— 21 —

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；

（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）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。

第九条 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；

— 22 —

（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）同一法人主体（投资主体）的相关定点医药机构， 1 年内有因违规被暂停、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；

（八）法律法规规定的其他不予受理的情形。

第十条 零售药店定点确定办理流程包括制定规划、发布公 告、受理申请、材料审核、组织评估、结果公示、签约准备、协 议签订等主要环节。

第十一条 市医疗保障行政部门根据公众健康需求、 医保基 金收支、参保人员用药需求、参保人员数量、业务经办能力等因 素，结合年度内定点零售药店的退出情况对本市定点零售药店数 量进行动态调整，实现有进有出，总量控制。

第十二条 符合条件并愿意承担医保服务的零售药店， 可向 所在辖区经办机构提出申请，并提供以下材料：

（一）医疗保障定点零售药店申请表（附表 1 ）；

（二） 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；

（三）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；

（四）医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；

（五）与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

— 23 —

（六）与医保有关的信息系统相关材料；

（七）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

（八）按相关规定要求提供的其他材料。

第十三条 经办机构原则上每季度应开展 1 次集中受理审查， 对申请材料进行初审， 材料齐全的予以受理， 材料不齐或不符合 条件的，应自收到材料之日起 5 个工作日内一次性告知零售药 店。零售药店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申请，须 3 个月后方可再次申请。

第十四条 经办机构可通过资料审查、现场核查、函询相关 主管部门意见等方式，对零售药店所申报材料和信息进行审核。 对提供虚假材料的零售药店，一经核实，取消本次申请。

第十五条 经办机构负责定点确定评估工作的组织实施。 评 估工作可组织评估小组或委托第三方机构，以书面、现场等形 式开展。评估指标详见《医疗保障定点零售药店评估表》（附 表 2）， 市级经办机构可在此基础上， 结合本地经办管理服务需 要适当调整。

第十六条 经办机构应根据实际情况建立评估专家库。 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。受理申请的经办机 构从专家库中随机抽取 5~7 名专家组成评估小组， 组长由市级经 办机构负责人担任。

第十七条 经办机构按照评估的要求和定点原则， 依据申报

— 24 —

资料组织现场检查， 汇总现场检查材料后， 提交评估小组综合评 估。评估小组评估时间自受理申请材料之日起不超过 20 个工作 日，零售药店补充材料时间不计入评估期限。

第十八条 零售药店评估内容包括但不限于：

（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；

（二）核查执业药师资格证书或药学技术人员资格证书、注 册地及劳动合同；

（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。

第十九条 评估小组按照《医疗保障定点零售药店评估表》 进行打分。经评估小组综合评估后， 结合得分情况， 提出拟新增 医保定点的零售药店名单。

第二十条 经办机构根据评估结果拟定纳入定点协议管理 的零售药店名单， 并向社会公示。公示期满无异议的， 列入拟签 订医保协议的名单。对于未通过评估的零售药店， 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， 1 年内不得再次申请。

第二十一条 拟签订医保协议的零售药店在签约前应做好

— 25 —

以下准备工作：

（一）参加医保知识培训。 零售药店的负责人、 医保负责人、 执业药师、主要从业人员等须接受经办机构组织开展的政策培 训，并须通过经办机构测试，培训内容主要包括医保政策法规、 协议管理规定、医保业务流程、违规案例分析等。具体培训和考 核办法由市级经办机构制定实施。

（二） 配备适应医保结算、监管、服务等要求的信息系统和 硬件设备，按医保部门和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， 并按要求完成医保信息系统、监 管平台软硬件配置和改造， 医保网络接入等各项工作， 并通过经 办机构验收。

签约前准备工作应在评估通过后的 3 个月内完成， 零售药店 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， 该药 店本次纳入医保定点的申请无效， 经办机构不得与该药店签订医 保协议。

第二十二条 符合医保协议签订条件并按时完成签约前准 备工作的零售药店， 可向经办机构申请签订医保协议， 纳入定点 协议管理。零售药店因自身原因在符合服务协议签订条件后的 10 个工作日内未签订医保协议的，视作自动放弃。

第二十三条 经办机构应向社会公布新增定点零售药店名 单，并报同级医疗保障行政部门备案。

第二十四条 经办机构与零售药店在定点确定、协议签订过

— 26 —

程中发生的争议， 可以采取自行协商解决或要求同级医保行政部 门协调解决。仍无法解决的，可提起行政复议或行政诉讼。

第二十五条 医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途 径、创新监督方式， 通过第三方评价、聘请社会监督员等方式对 定点确定工作进行社会监督， 畅通举报投诉渠道， 及时发现问题 并进行处理。

第二十六条 本评估细则由省医疗保障局负责解释。

第二十七条 本评估细则自 2022 年 1 月 1 日起施行。

附表： 1．《医疗保障定点零售药店申请表》

2．《医疗保障定点零售药店评估表》

— 27 —

附表 1

 市医疗保障 定点零售药店申请表

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

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

— 28 —

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．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；

2．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；

3．医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；

4．与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

5．与医保有关的信息系统相关材料；

6．纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

7．按相关规定要求提供的其他材料。

— 29 —

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |

— 30 —

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |

— 31 —

附表 2

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。 |  |  |

— 32 —

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 评估 指标 | 1 | 建立完善的的医 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。 |  |  |

— 33 —

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 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、食品、日用品、化妆品的，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：

— 34 —



浙江省医疗保障局办公室 2021 年 9 月 14 日印发

— 35 —