附件1

**建德市基本医疗保险协议定点医疗机构评分标准表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评定项目及量化评分标准 | | 分值 | 自评分 |
| 1 | 经营时间 | 同一名称、执业地点、法人代表的医疗机构，经营时间（计算到申请当月）满1年的得10分，每增加1个月，增加0.2分，最高为15分。 | 15 |  |
| 2 | 服务场所 | （1）具有独立服务场所（独立的地名地址）的得3分。  （2）距离300米内，无其他定点医疗机构的得5分。  (3)营业场所建筑面积200-300平方米的得5分;在300平方米以上的得10分。  (4) 房屋产权自主或租赁时间剩余有效期限满2年及以上的得2分。 | 20 |  |
| 3 | 质量管理 | （1）配备的医保药品种类达到100种（西药种类、中成药种类按通用名计算）的得3分，达到150种的得5分，达到200种的得10分。  （2）配备的药品中医保目录内品种达到80%得3分，达到85%的得5分。  （3）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70%的得3分，达到75%及以上的得5分。  （4）已实时录入药品、耗材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得10分。 | 30 |  |
| 4 | 服务价格 | （1）服务项目、收费价格公开和明码标价的得3分。  （2）近一年内，未受到物价部门立案查处或受到消费者投诉并查实的得5分。 | 8 |  |
| 5 | 执业资质 | （1）医技人员符合《执业医师法》规定，配置合理，相应资质齐全的得2分。  （2）第一执业点注册于该医疗机构的医师为2人（含）以下的不得分，每增加一人得2分，最高为10分。 | 12 |  |
| 6 | 规范用工 | （1）与职工签订劳动合同或聘用合同的得2分。  （2）全体职工以本单位名义参加社会保险的得4分。 | 6 |  |
| 7 | 信息管理 | （1）符合卫生计生和市场监管部门规定的医院信息系统和药品质量信息建设要求得2分。  （2）信息系统日常安全运行有专人管理维护的得3分。 | 5 |  |
| 8 | 内控管理 | （1）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的得3分。  （2）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得3分。  （3）配备专（兼）职财务管理人员，财会制度健全，账目清楚的得3分。 | 9 |  |
| 加分项目 | | （1）符合定点条件的社区卫生服务中心（站）、一体化管理的村卫生室、老年病专科医院、康复医院、护理院、养老机构中的内设医疗机构和建德市人民政府及以上确认的重点民生建设项目，在同等条件基础上增加10分。  （2）在主城区（新安江街道）、四个中心镇（梅城、寿昌、乾潭、大同镇）开办民营医疗机构，且营业场所建筑面积在300平方米以上的，在同等条件基础上增加5分。 | 15 |  |
| 总 分 | |  | 120 |  |

备注：本表用于新增协议定点医疗机构自评、专家评估；续签协议和签订服务协议后经办机构的日常检查。评分要求应达到80分以上（不含80分）。

申请单位 申请单位

法定代表人签字： 盖章：

附件2

**建德市基本医疗保险协议定点零售药店评分标准表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 评定项目及量化评分标准 | | 分值 | 自评分 |
| 1 | 经营时间 | 同一名称、执业地点、法人代表的零售药店，经营时间（计算到申请当月）满1年得10分，每增加1个月，增加0.2分，最高为15分。 | 15 |  |
| 2 | 服务场所 | （1）具有独立服务场所（独立的地名地址）的得3分。  （2）距离300米内，无其他定点零售药店的得**5**分。  （3）营业场所建筑面积80-120平方米（含）的得3分，120平方米以上的得5分。  （4）房屋产权自主或租赁时间剩余有效期限满2年及以上的得2分。 | 15 |  |
| 3 | 质量管理 | （1）配备的医保药品种类达到100种（西药种类、中成药种类按通用名计算）的得3分，达到150种的得5分，达到200种的得8分。  （2）配备的药品中医保目录内品种达到70%得5分，达到80%的得10分。  （3）已实时录入药品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得8分。(新办零售药店不足3个月的，能实时录入药品进销存全部环节数据并可查询，且与原始票据核对数据真实的得8分）。  (4)不经营药品、保健品、医疗器械、消毒用品以外的其他商品的得4分。 | 30 |  |
| 4 | 服务价格 | （1）药品目录、收费价格公开和明码标价的得3分。  （2）近一年内，未受到物价部门立案查处或受到消费者投诉并查实的得3分。 | 6 |  |
| 5 | 规范用工 | （1）与职工签订劳动合同或聘用合同的得2分。  （2）全体职工以本单位名义参加社会保险的得4分。  （3）执业药师及其他药师在本单位连续参加社会保险3个月以上的得4分。 | 10 |  |
| 6 | 信息管理 | （1）符合市场监管部门规定的药品零售信息系统建设和管理要求的得1分。  （2）安装医保实时视频监控系统的得8分。  （3）信息系统日常安全运行有专人管理维护的得1分。 | 10 |  |
| 7 | 内控管理 | （1）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的得3分。  （2）建立处方药销售管理制度并严格执行的得3分。  （3）配备专（兼）职财务管理人员，财会制度健全，账目清楚的得3分。 | 9 |  |
| 8 | 诚信管理 | 在市场监管局药品经营企业信用等级评定中，上年度评级为A级的得10分，B级的得5分。 | 10 |  |
| 加分项目 | | 属于已定点的药品零售连锁企业直营门店加5分，其他方式不加分。 | 5 |  |
| 总 分 | |  | 110 |  |

备注：本表用于新增协议定点零售药店自评、专家评估、续签协议和签订服务协议后经办机构的日常检查。评分要求应达到80分以上（不含80分）。

申请单位 申请单位

法定代表人签字： 盖章：

附件3

建德市基本医疗保险

协议定点医疗机构申请书

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

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

建德市医疗保障管理服务中心统一印制

**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，可在规定时间内向建德市医保经办机构提出申请，填写《建德市基本医疗保险协议定点医疗机构申请书》（一式二份），并提供以下书面材料：

1、《建德市基本医疗保险协议定点医疗机构自评表》。

2、《医疗机构执业许可证》副本。

3、县级及以上卫生计生部门确认的医疗机构等级证明、执业医师（包括执业助理医师、乡村医师）注册证明、劳动合同等相关材料。

4、已开展的医疗服务项目清单、药品清单，经省卫生计生部门批准购置的大型医用设备清单。

5、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等相关资料。

6、医疗机构工作人员花名册，退休返聘人员需提供聘用合同。

7、法定代表人、经办人身份证明。

8、经办机构规定的其他材料。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | | |  | | 医疗机构第二名称 | |  | |
| 所有制形式 | | |  | | 法定代表人 | |  | |
| 医院等级 | | |  | | 邮政编码 | |  | |
| 是否分支机构 | | |  | | 上级医疗机构名称 | |  | |
| 营利类型 | | |  | | 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 | |  | |
| 面 积 | | |  | | 距离300米内，有无其他定点医疗机构 | |  | |
| 单位地址 | | | | |  | | | |
| 申请事项办理人 | | |  | | 联系电话 | |  | |
| 医疗机构执业  许可证号 | | |  | | 执业许可证  取得时间 | |  | |
| 营业执照证号 | | |  | | 民办非企业单位  登记证号 | |  | |
| 组织机构代码证号 | | | | |  | | | |
| 诊疗科目 | | | | |  | | | |
| 人员构成 | | 总人数 | | 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 | |  | |  |  |  | |  |
| 具有1年以上稳定工作(劳务)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 | |  | |
| 50万以上大型医用仪器设备数量 | | |  | | 50万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 | |  | |
| 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的记录 | | | | | | |  | |
| 申请  单位  意见 | 自愿承担建德市基本医疗保险服务，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。  （单位印章）  （法人代表印章）  经办人签字：  申请时间：   年 月 日 | | | | | | | |

附件4

建德市基本医疗保险

协议定点零售药店申请书

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

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

建德市医疗保障管理服务中心统一印制

**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，可在规定时间内向建德市医保经办机构提出申请，填写《建德市基本医疗保险协议定点零售药店申请书》（一式二份），并提供以下书面材料：

1、《建德市基本医疗保险协议定点零售药店自评表》。

2、《药品经营许可证》。

3、《药品经营质量管理规范认证证书》（GSP）。

4、药品经营品种及价格清单（连锁门店可由总部统一提供）。

5、零售药店营业场所产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同等相关资料。

6、药师以上药学技术人员注册证（或资格证）及职称证明材料。

7、连锁门店应提供其总部同意申请协议定点的证明材料。其中，纳入杭州市药品零售连锁企业远程视频药学服务的连锁门店，还应提供《杭州市药品零售连锁企业开展远程视频药学服务确认书》。

8、零售药店工作人员花名册，退休返聘人员需提供聘用合同。

9、法定代表人、经办人身份证明。

10、经办机构规定的其他材料。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 零售药店名称 | |  | | | | | | 法定代表人 | | |  | |
| 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 | |  | | | | | | 距离300米内，有无其他定点零售药店 | | |  | |
| 申请事项办理人 | |  | | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 药品经营  许可证号 | |  | | | | | | 药品经营许可证  取得时间 | | |  | |
| 营业执照证号 | |  | | | | | | 营业执照  取得时间 | | |  | |
| 组织机构代码证号 | | | | | | | |  | | | | |
| 药品经营质量管理规范认证号 | | | | | | | |  | | | | |
| 是否提供远程药学服务 | | | | | | | |  | | | | |
| 是否已安装医保实时视频监控  系统 | | |  | | | | | 是否承诺安装医保实时视频监控系统 | | |  | |
| 经营药品是否有进、销、存台帐 | | |  | | | | | 是否按GSP要求  进行管理 | | |  | |
| 经营药品种数 | | | 总数 | |  | 西药 | | |  | 中成药 | |  |
| 其中医保药品种数 | | | 总数 | |  | 西药 | | |  | 中成药 | |  |
| 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 |
|  |  | | |  | | |  | | |  | |  |
| 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 | | | | |  |
| 上一年度药品经营企业信用等级 | | | | □ A 级 □ B 级  □ C 级 □ D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的记录 | | | | | | | | | | | |  |
| 具有1年以上稳定工作(劳务)关系人数 | | | |  | | | 参加社会保险人数 | | | | |  |
| 申请  单位  意见 | 自愿承担建德市基本医疗保险服务，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。  （单位印章）  （法人代表印章）  经办人签字：  申请时间： 年  月 日 | | | | | | | | | | | |

附件5

工作人员花名册

单位名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性  别 | 身份证号码 | 技术  职称 | 工作  岗位 | 到本单位时间 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |