

石家庄市医疗保障局

石医保函〔2023〕38号

石家庄市医疗保障局 转发《河北省医疗保障局关于印发〈河北省 医疗机构医疗保障定点纳入评估实施细则〉 〈河北省零售药店医疗保障定点纳入评估 实施细则〉的通知》的通知

各县（市、区）医疗保障局、高新区医保部门，市医保中心：

现将《河北省医疗保障局关于印发〈河北省医疗机构医疗保障定点纳入评估实施细则〉〈河北省零售药店医疗保障定点纳入评估实施细则〉的通知》（冀医保规〔2023〕8号）转发你们，请按照通知要求抓好落实。


石家庄市医疗保障局
2023年4月21日

（此件主动公开）

河北省医疗保障局文件

冀医保规〔2023〕8号

河北省医疗保障局 关于印发《河北省医疗机构医疗保障定点 纳入评估实施细则》《河北省零售药店医疗 保障定点纳入评估实施细则》的通知

各市(含定州、辛集市)医疗保障局,雄安新区管委会公共服务局,
省直三行业医疗保障管理部门,省本级医疗保障经办机构:

现将《河北省医疗机构医疗保障定点纳入评估实施细则》和
《河北省零售药店医疗保障定点纳入评估实施细则》印发给你们,
请认真贯彻落实。



(此件主动公开)

河北省医疗机构 医疗保障定点纳入评估实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步加强河北省新增医疗机构医疗保障(以下简称医保)定点纳入管理工作,为参保人员提供更优质医疗服务,维护医保基金安全,依据《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《河北省医疗保障基金监管办法》等法律法规及有关规定,结合我省实际,制定本细则。

第二条 本细则所指纳入医保定点管理的医疗机构(以下简称定点医疗机构),是自愿与统筹区医保经办机构(以下简称经办机构)签订医疗保障服务协议,为参保人员提供医疗服务的医疗机构的统称。

第三条 医保行政部门负责制定医疗机构定点纳入管理相关政策,根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划等确定本统筹地区定点医疗服务的资源配置,并在定点申请、现场考察、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。

第四条 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保协议,提供经办服务,开展医保协议管理、考核等。

第五条 定点医疗机构应当遵守医保法律、法规、规章及有关政策,严格履行医保协议约定,按照规定向参保人员提供医疗服务。严格执行实名就医和诊疗管理规定,执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录,合理诊疗、合理收费,严格执行医保行政部门制定的医药价格政策,按照有关规定执行集中采购政策,优先使用集中采购中选的药品和医用耗材。

第六条 医疗机构自愿提出定点申请,统筹地区经办机构应即时受理。已经纳入普通门诊、住院定点的,符合条件的可以申请纳入门诊统筹、门诊慢性病特殊病、离休、体检等定点。

第七条 经办机构要加强与“互联网+”医疗机构的协作,优先将符合条件的具有“互联网+”医疗服务等新服务模式的医疗机构纳入医保定点范围。

第八条 医疗机构纳入定点流程包括申请受理、资料审核、现场考察、专业评估、结果公示、协商谈判、发布公告等主要环节。有条件的统筹区经办机构可采用网上申报方式开展新增纳入工作。

第二章 申请原则

第九条 定点医疗机构新增纳入遵循以下原则：

（一）技术好。综合医院技术力量要优于同级同类定点医疗机构的标准；专科医院要好于同级同类定点医疗机构或同级综合医院的对应科室；门诊须具备特色诊疗，如特色中医、互联网诊疗等，技术力量要好于现有定点。

（二）服务优。就医指南、导诊及简易门诊等便民服务设施完善，环境整洁、就医秩序良好；医务人员服务态度好，住院手续简便、快捷；同等条件下，能够提供节假日门诊服务或急诊服务的医疗机构、有互联网诊疗服务者优先。

（三）价格低。医疗机构目录内药品、诊疗项目使用率达到同级别定点要求；药品、耗材、诊疗项目价格不高于同级同类公立医疗机构。

（四）布局合理。坚持以人民为中心，充分考虑边远地区参保人均等享受医保服务，为参保人就医购药提供便利。按照区域布局情况，合理规划、因地制宜，主城区或人群密集区，服务参保人群达 3000 人或半径 500 米内无同级同类定点医疗机构；非主城区或非人群密集区，半径 1 公里范围内无同类定点医疗机构的，可申报定点。对于县域内或边远地区可依据布局情况适当放宽距离限制。

（五）分类纳入。普通门诊、住院、门诊统筹、门诊慢性病特殊病、体检、离休等定点按类别，根据对应标准分别纳入。门诊统筹、门诊慢性病特殊病、离休等定点需在已纳入普通门

诊、住院定点的基础上申请。

第三章 申请条件

第十条 以下取得《医疗机构执业许可证》或《中医诊所备案证》等相关证照的医疗机构，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，符合条件的可申请医保定点医疗机构：

（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。

第十一条 互联网医院可按照《河北省“互联网+”医疗服务医保管理办法（试行）》规定，依托其实体医疗机构申请医保定点。

第十二条 申请纳入普通门诊、住院定点的医疗机构应当同时具备以下条件：

（一）依法设立，证照齐全且证照信息一致。有固定的执

业场所，正式运营至少 3 个月。

（二）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；营业场所、设施设备、人员配备等应符合相关行政主管部门的规定；

（三）主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员，床位在 100 张以上的医疗机构应设立内部医保管理部门，安排专职医保工作人员；

（四）具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度；

（五）按照国家医疗保障局《医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》和《医疗保障核心业务区网络安全接入规范》，接入医保业务网并实现与医保信息平台有效对接，向医保信息平台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和《医疗保障基金结算清单》；

（六）建立完善的药品、医用耗材“进、销、存”管理系统和财务管理系统，需在河北省药品和医用耗材集中采购平台上采购药品及耗材，自采品种价格不得高于河北省药品和医用耗材集中采购平台上价格，并真实记录“进、销、存”、会计账簿、财务报表等情况；

（七）优先配备和使用医保目录内的药品、医用耗材、医疗服务项目，按有关规定执行集中采购政策，同质量层次的药品、医用耗材，应优先采购使用集中带量采购中选品种，药品、医用耗材、诊疗项目价格和病种费用不得高于上年度统筹区内同级同类公立医疗机构均值；

第十三条 申请纳入门诊统筹、门诊慢性病特殊病、离休等定点的医疗机构，在符合第十二条相应要求外，还应具备以下条件：

（一）门诊慢性病特殊病定点应具备相关的诊疗服务设备，具有符合医保要求的电子病历系统、HIS系统具备与现有慢性病特殊病门诊定点处方联网功能；

（二）门诊慢性病特殊病定点应符合疾病管理相关规定，有依规设置的与门诊慢性病特殊病病种相关的科室、具备相关专业诊疗资质医师和临床诊疗指南，规范的门诊医疗服务标准和流程；

（三）各统筹区规定的其他条件。

第十四条 申请纳入体检定点的医疗机构在符合第十二条要求外，应具备疾病早发现、早诊断的能力以及以下条件：

（一）技术领先，医技诊疗类阳性指标检出率不低于同类体检定点；

（二）价格合理，接受医保部门的谈判价格；

（三）服务周到、结果精准，有完善的体检咨询及后续健

康管理服务；

（四）科室齐全、设备先进、环境舒适、布局合理。

第十五条 医疗机构存在下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种牙植牙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保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；

（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；

（九）以体检为主要执业范围的，不得作为住院、门诊统筹、门诊慢性病特殊病等定点类别；

（十）法律法规规定的其他不予受理的情形。

第四章 申报材料

第十六条 申请纳入定点医疗机构应提供以下材料：

- （一）承诺书（附件1）；
- （二）定点医疗机构申请表（附件2）；
- （三）《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》等复印件；
- （四）科室设置一览表（附件3）；
- （五）房屋权属证书或租房协议书；
- （六）职工花名册（附件4）；
- （七）药品、医用耗材、诊疗项目价格表；
- （八）医用设备清单及收费标准（附件5）；
- （九）与医保相对应的内部管理制度和财务制度文本；
- （十）与医保有关的医疗机构信息系统相关资料；
- （十一）纳入定点后使用医保基金的预测性分析报告。

第五章 受理审核

第十七条 经办机构应当按照以下程序开展纳入受理审核工作：

- （一）接收申报材料。经办机构按所在统筹区规定接收医疗机构提交的申请材料，申请材料不齐全的，应在收到材料之

日起5个工作日内一次性告知医疗机构补充，医疗机构应在5个工作日内补充，逾期视为放弃申请；

（二）审核材料信息。经办机构对医疗机构提交的申报材料进行核查。经审核不符合纳入条件的，纳入流程终止，不进入考察评估流程。对提供虚假材料的医疗机构，一经核实3年内不再受理其申请。

第六章 考察评估

第十八条 统筹地区经办机构应组织评估小组或委托第三方机构开展考察评估。

第十九条 经办机构应当对医疗机构资质、场地设施、执业范围、科室设置、人员配备、管理能力、特色服务等指标进行全面考察评估，评估指标（附件6）分为基本指标和评价指标。

第二十条 经办机构应当按照以下方式开展考察评估工作：

（一）现场考察。主要对医疗机构申报的材料和信息进行核查，并对医疗机构内部管理、信息化建设、服务能力等是否符合医保管理要求进行考察；

（二）专业评估。视现场考察情况，组织专家对现场考察情况进行标准化评估。评估专家可由医保、医药卫生、财务管

理、信息技术等专业人员构成。

评估结果分为合格和不合格。基本指标全部合格且评价指标80分及以上的为合格。

对于评估合格的，应将其纳入拟签订医保协议医疗机构名单。对于评估不合格的，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个月后可再次申请并组织评估，评估仍不合格的，自再次评估之日起1年内不得提出申请。

第二十一条 自受理申请材料之日起，评估期限不超过3个月，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。如医疗机构补充材料时间超出本次评估期限，则进入下一次评估期限。

第二十二条 经办机构应当将评估合格拟签订医保协议的医疗机构名单在本统筹区医保网站上公示，接受社会监督，公示期7天。公示期间接到相关举报投诉的，应当予以核实，经查实不符合纳入条件的不予纳入。

第七章 谈判签约

第二十三条 经办机构与公示无异议的医疗机构进行协商谈判，包括服务范围、服务内容、信息系统建设、药品和诊疗项目、药品耗材采购、结算办法、医疗服务监管、违约责任等内容。

第二十四条 协商谈判期限一般不超过20个工作日。达成

一致意见的，双方自愿签订医保协议。医保协议应当明确双方权利、义务和责任，签订医保协议的双方应当严格执行协议约定。协议期限一般按照统筹区医保经办机构规定签订。在普通门诊、住院定点的基础上增加门诊统筹、门诊慢性病特殊病、离休、体检等定点的，协议期限与签署的普通门诊、住院定点医保协议期限一致。

第二十五条 原则上，各统筹区经办机构与医疗机构签订医保协议并向同级医保行政部门备案。医疗机构因自身原因自接到签订协议通知之日起3个月内未能签订医保协议的视为放弃申请纳入医保定点。

第二十六条 经办机构应当向社会公布签订医保协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

第八章 定点管理

第二十七条 定点医疗机构应在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识，应及时将相关信息在国家医保信息业务编码标准数据库中进行维护。

第二十八条 定点医疗机构原则上按照普通门诊定点、住院定点、门诊统筹定点、门诊慢性病特殊病定点、体检定点、离休定点等实行分类管理。

第二十九条 互联网医院纳入定点管理后，应按规定为参

保人提供医疗服务，所产生的符合医保支付范围的相关费用，由统筹地区经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

第三十条 因门诊统筹定点、门诊慢性病特殊病定点等违规违约中止或解除相应医保协议的，可分类中止或解除相应医保服务资格。

第三十一条 定点医疗机构应持续符合定点条件，经办机构应对定点医疗机构加强监管，不定期的对定点医疗机构进行检查，发现不符合规定条件的应限期整改，整改期间暂停医保服务，整改不到位的解除协议。新增定点医疗机构要同步开通异地就医直接结算，为异地参保患者提供与本统筹区参保患者同样标准的诊疗和结算服务。

第三十二条 经办机构要加强对定点医疗机构的信息管理。定点医疗机构法定代表人因上级机关任免、丧失民事行为能力等不可抗力确需变更的，应自有关部门批准30个工作日内向统筹区经办机构提出变更申请和《河北省医疗保障定点医疗机构信息变更申请表》（附件7），经办机构审核确认后予以变更。违反上述规定自行变更的，经办机构可单方面中止或解除协议。

第三十三条 定点医疗机构签订医保协议1年后，定点医疗机构的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别

等重要信息发生变更的，应自有关部门批准30个工作日内向统筹区经办机构提出变更申请，提交《河北省医疗保障定点医疗机构信息变更申请表》，经办机构对变更内容进行审核确认后，办理信息变更备案。

第三十四条 定点医疗机构的监管实行分级管理，共分为A、B、C、D四个等级。纳入定点第1年按C级管理；1年后根据考核情况确定等级，考核工作依据考核管理办法执行。

第九章 附 则

第三十五条 未纳入普通门诊、住院的医疗机构，原则上不得纳入门诊慢性病特殊病、门诊统筹等定点，但具备新技术、新业态的，可以与普通门诊、住院定点一并申请纳入。

第三十六条 对于重点项目，纳入条件不受正式运营时间、区域规划等限制。

第三十七条 各统筹区原则上执行本细则，特殊情况可根据当地实际制定补充条款，并报河北省医疗保障局备案。

第三十八条 本细则由河北省医疗保障局负责解释。

第三十九条 本细则自2023年5月1日起施行。

附件 1

承诺书

填表日期： 年 月 日

医疗机构名称		法定代表人 及联系电话	
经认真学习医疗保障相关政策文件，本单位愿意承担本统筹区医疗保障服务，自愿申请成为医疗保障定点医疗机构，现郑重承诺： 1.提交的申请相关材料真实、合法、有效。 2.成为定点医疗机构后持续符合定点条件。 3.严格执行医保协议，不为非定点医疗机构提供医保结算。 4.严格执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证。 5.严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，合理诊疗、合理收费。 6.严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策，按有关规定执行集中采购政策，优先使用集中采购中选的药品和医用耗材。 7.按照国家医疗保障局《医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》和《医疗保障核心业务区网络安全接入规范》，接入医保业务网并实现与医保信息平台有效对接，并按规定及时全面准确向医保信息平台传送医保结算和审核所需的有关数据。 8.积极配合医疗保障相关工作，自愿接受医疗保障部门及社会监督。 9.未能达到上述要求，自愿接受解除医保协议及其他相应处理并承担因此引起的一切责任和后果。			
法定代表人签字： （加盖单位公章） 年 月 日			

附件 2-1

河北省医疗保障定点门诊医疗机构申请表

填表日期： 年 月 日

医疗机构名称 (公章)		医疗机构地址		统一社会信用代码				
医疗机构 等级		医疗机构 性质	①非营利性□ 营利性□ ②公立□ 民营□	收费级别				
执业许可证 登记号		执业许可证 起始及效期		机构类别				
营业执照 登记证号		营业执照 起始及效期		服务对象				
法定代表人	姓名 身份证号 联系电话	医疗保障负责人	姓名 联系电话					
近一年内有无行 政处罚记录		近一年内有无重大 医疗事故						
距最近门诊定点 距离	米	用房产权性质	自有□ 租赁□					
营业面积		申请纳入类别	普通门诊□ 门诊统筹□ 门诊慢特病□ 离休□ 生育□ 体检□					
银行账户名称		银行账户号码						
开户银行		银行行号						
门诊科室数量		医技科室数量						
药品种数	西药: 中成药: 草药:	耗材种数						
医保目录内 药品种数	西药: 中成药: 草药:	医保目录内耗材种数						
诊疗服务 项目数量		医保目录内 诊疗服务项目数量						
职工人数		社保参保缴费人数						
人员 数量	主任医师	副主任医师	主治医师	住院医师	注册护士	医技人员	西药师	中药师
申报 前3 个月 费用 情况	门诊医疗总费用: 元							
	门诊人次		次均费用(元)					
信息 化建 设情 况	业务系统	服务商:	系统名称:		系统版本号:			
	财务系统	服务商:	系统名称:		系统版本号:			
	进销存系统	服务商:	系统名称:		系统版本号:			
管理制度及工作台账 建设情况								

以下内容由经办机构填写

申请材料核查	经办人: 年 月 日
考察情况	经办人: 年 月 日
评估结果	经办人: 年 月 日
备 注	

附件 2-2

河北省医疗保障定点住院医疗机构申请表

填表日期： 年 月 日

医疗机构名称 (公章)			医疗机构地址			统一社会信用代码		
医疗机构 等级			医疗机构 性质	①非营利性□营利性□ ②公立□ 民营□		收费等级		
执业许可证 登记号			执业许可证 起始及效期			机构类别		
营业执照 登记证号			营业执照 起始及效期			服务对象		
核定床位			实际住院开放 床位数			距最近 住院定点距离	米	
法定代表人	姓名 身份证号 联系电话			医疗保障负责人		姓名 电话		
近 1 年內有无 行政处罚记录				近 1 年內有无 重大医疗事故				
用房产权性质	自有□ 租赁□			申请纳入类别		住院□ 离休□ 生育□		
银行账户名称				银行账户号码				
开户银行				银行行号				
门诊科室数量			住院 科室数量			医技 科室数量		
药品种数	西药:	中成药:	草药:	耗材种数				
医保目录内 药品种数	西药:	中成药:	草药:	医保目录内耗材种数				
诊疗服务 项目数量				医保目录内 诊疗服务项目数量				
职工人数				社保参保缴费人数				
人员 数量	主任医师	副主任医师	主治医师	住院医师	注册护士	医技人 员	西药师	中药师
申请 前 3 个 月费用 情况	医疗总费用: 元							
	门诊 人次	门诊总 费用 (元)	门诊次均 费用 (元)	住院人次		住院总费用 (元)	住院次均费 用 (元)	
信息 化建 设情 况	业务系统		服务商:		系统名称:		系统版本号:	
	财务系统		服务商:		系统名称:		系统版本号:	
	进销存系统		服务商:		系统名称:		系统版本号:	
管理制度及工作台账建设情况								

以下内容由经办机构填写

申请材料核查	经办人：年 月 日
考察情况	经办人：年 月 日
评估结果	经办人：年 月 日
备 注	

附件 3

_____ 科室设置一览表

门诊/住院 代码	科室 名称	科室 类型	科室 分类	床位数	医师 数量	护理人 员数量	负责人	联系 电话	业务 范围	备注

填表说明：科室类型分为住院科室、门诊科室，科室分类分为××专业。

职工花名册

科室名称	职工姓名	身份证号	性别	医师类别	专业	执业范围	本单位是否为第一执业地点	卫生技术人员专业技术职务	执业类别	行政职务	备注

注：相应人员银行近 3 个月的工资流水复印件或网银截图须留存备查。社保缴纳证明。

附件 5

医用设备清单及收费标准

序号	设备名称/型号	收费名称	收费标准	进货价格	设备数量	厂家	注册证号	购进时间

注：每种设备对应各种收费项名称、标准应全部、逐一列出。

河北省医疗保障新增定点医院考察评估指标

一级指标	二级指标	三级指标	指标性质	标准 分值	指标内涵
基本 指标	资质情况	《营业执照》《医疗机构执业许可证》	否决项		具备有效的《营业执照》《医疗机构执业许可证》等相关证照且证照信息一致
		在证照批准范围内执业	否决项		科室设置、诊疗科目与执业许证、备案证相符
	运营情况	正式运营至少3个月	否决项		自正式营业起3个月内月门诊（住院）量达到统筹区要求
		价格优势	否决项		符合价格低原则
		位置优势	否决项		符合区域布局计划
	人员配备情况	医师资质	否决项		人员配备应当符合行政主管部门的规定。至少有1名取得医师执业证书、乡村医生执业书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师
		医保管理人员配备情况	否决项		主要负责入负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员，100张床位以上的医疗机构内部设置医保管理部门，有专职医保管理人员
	系统建设情况	业务系统	否决项		按照国家医疗保障局《医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》和《医疗保障核心业务区网络安全接入规范》，接入医保业务网并实现与医保信息平台有效对接，具备有药品、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和《医疗保障基金结算清单》
		进销存系统	否决项		具有实时上传信息功能的进销存系统
		财务系统	否决项		具有功能完备的财务信息管理系统
		药品耗材管理	否决项		药品、医用耗材购进渠道是否合规
	制度建设情况	制度建设情况	否决项		具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务管理制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度

评价指标 (100分)	技术质量 (35分)	诊疗管理	定量	15	是否存在套餐式检查、化验；是否越级开展诊疗活动；是否分解住院；是否违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药；是否存在其他不合理诊疗行为
		药品耗材管理	定量	5	是否有近效期或过期药品耗材，是否按制度完整登记处理；药品、耗材存放是否符合相关规定
		大型医疗设备管理	定量	5	大型医疗设备三证（《大型医疗设备配置许可证》《大型医用设备应用许可证》《大型医用设备上岗人员技术合格证》）是否齐全
		处方、病历管理	定量	10	抽查门诊病历、住院病历书写是否规范，是否因病施治；处方管理是否落实处方点评制度；门诊处方、住院病历是否按照相关规定进行留存；医嘱与医疗费用是否相符
	价格管理 (15分)	药品、耗材、诊疗项目价格	定量	5	是否存在违反物价规定的标准
		收费情况	定量	5	是否存在重复收费、分解收费、超标收费、高套收费、串换收费等
		价格公示情况	定量	5	是否执行价格公示；公示的医疗服务项目、药品、医用耗材价格，是否与实际收费一致
	信息管理 (30分)	进销存管理情况	定量	15	进销存系统是否真实记录进销存情况；药品、医用耗材是否存在虚记多记、销售数量大于入库数量、系统库存与实际不符等情况；是否存在伪造随货同行票据等行为
		财务管理情况	定量	10	是否真实完整记录财务账本、财务报表等；是否做到账账相符、账实相符、账表相符；是否按规定保管财务账目、记账凭证
		统计分析管理	定量	5	是否真实完整统计分析全部就诊人员诊疗及费用等相关信息并与处方、病历、费用单据等相关资料一致

评价指标 (100分)	服务能力 (15分)	基础设施仪器设备	定量	5	是否具备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的仪器设备
		基金使用测算	定量	5	是否提交医疗保障基金预测性分析报告，包括服务人群、位置优势、技术优势、对基金的影响、基金使用效率等；是否通过卫生健康部门医疗机构评审
		患者满意度	定量	5	患者是否对技术、服务、价格、诊疗效果、便民措施等满意
		医保政策宣传	定量	5	具有医保政策宣传栏，公布打击欺诈骗保举报电话
	门诊统筹定点医院（慢性病）定点	服务能力	具备相关诊疗服务设备、诊疗服务、资质人员	否决项	
符合门诊慢性病（特殊病）疾病管理相关规定			否决项		有具备服务能力的科室和临床诊疗指南，规范的门诊医疗服务流程和标准，必须书写电子病历，可以事后核查是否因病施治
技术领先		阳性指标检出率高	否决项		医技诊疗类重大阳性指标检出率不低于同类体检定点
体检定点	价格合理	价格低	否决项		接受医保部门的谈判价格
	服务周到	服务优、有完善的后续健康管理服务	否决项		有检前体检咨询及完善的后续健康管理服务，体检结果精准，检后解析体检报告等
	其他条件	科室齐全、设备先进、环境舒适、布局合理等条件	否决项		各统筹区规定的其他条件
离休	符合条件	符合离休定点要求	否决项		各统筹区规定的其他条件
合计分值				100	

附件 7

河北省医疗保障定点医疗机构信息变更申请表

填表日期： 年 月 日

医疗机构医疗保障编码：

医疗机构名称 (公章)		
申请原因		
变更项目	变更前	变更后
申请材料	1. 《医疗机构执业许可证》副本复印件； 2. 《事业单位法人证书》副本（《民办非企业单位登记证书》副本或《营业执照》副本）、法定代表人身份证等相关证照复印件； 3. 与变更信息有关的其他材料。	
备注		

河北省零售药店 医疗保障定点纳入评估实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步加强河北省新增零售药店医疗保障定点纳入管理，更好服务参保人，维护医保基金安全，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《河北省医疗保障基金监管办法》等法律法规有关规定，结合我省实际，制定本细则。

第二条 本细则所指零售药店医疗保障定点（以下简称定点零售药店），是与医疗保障经办机构（以下简称经办机构）签订医保服务协议，为参保人员提供医疗保障服务的零售药店的统称。

第三条 医疗保障行政部门负责制定零售药店定点管理纳入相关政策，并在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构、定点零售药店进行监督。

第四条 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，提供经办服务，开展医保协议管理、绩效考核等。

第五条 定点零售药店应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，依约履行医保协议，按照规定向参保人员提供药品服务。严格执行医保药品、医用耗材等目录，合理收费。执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策。

第六条 零售药店自愿提出定点申请，统筹地区经办机构应即时受理。

第七条 零售药店纳入定点流程包括申请受理、资料审核、现场考察、专业评估、结果公示、协商谈判、协议签订、发布公告等主要环节。有条件的统筹区经办机构可采用网上申报方式开展新增纳入工作。

第二章 申请原则

第八条 新增定点零售药店纳入管理遵循以下原则：

（一）服务优。便民服务设施完善，环境整洁、购药秩序良好；工作人员服务态度好，购药手续简便、快捷；提供24小时服务。

（二）价格低。药品价格不高于同类现有定点零售药店药品价格。

（三）布局合理。按照区域布局情况，合理规划、因地制宜，主城区或人群密集区，服务参保人群达 3000 人或半径 500 米内无同类定点零售药店；非主城区或非人群密集区，半径 1

公里范围内无同类定点零售药店的，可申报定点。对于县域内或边远地区可依据布局情况适当放宽距离限制。

第三章 申请条件

第九条 申请纳入定点的零售药店应当同时具备以下条件：

- （一）取得《药品经营许可证》和《营业执照》；
- （二）在注册地址正式经营至少3个月，所有零售药品、医用耗材、器械明码标价，实行收费清单制。
- （三）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年以上劳动合同且在有效期内。药师在营业时间内能为参保人员提供处方审核、用药咨询指导等服务；
- （四）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年以上劳动合同且在有效期内；
- （五）具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、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）按照国家医疗保障局《医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》和《医疗保障核心业务区网络安全接入规范》，

接入医保业务网并实现与医保信息平台有效对接(或直接使用国家统一医保信息平台定点管理子系统),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的医保编码。有药品、耗材进销存管理系统,并建立“进、销、存”台账;有健全的财务管理系统,能打印会计账簿、财务报表等;

(七)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;

(八)公开药店电话,提供24小时售药等优质便民服务;

(九)能够按规定安装视频监控等监管设施设备;

(十)符合法律法规的其他条件。

第十条 零售药店存在下列情形之一的,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,自发现之日起未滿3年的;

(三)因违法违规被解除医保协议未滿3年或已滿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被解除协议未滿1年或已滿1年但未完全履行违约责任的;

(五)法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违

法违规导致原定点零售药店被解除医保协议，未满5年的；

（六）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；

（七）法律规定的其他不予受理的情形。

第四章 申报材料

第十一条 申请纳入定点零售药店应提供以下材料：

（一）承诺书（附件1）；

（二）定点零售药店申请表（附件2）；

（三）药品经营许可证、营业执照证照复印件（正本及副本）和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

（四）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；

（五）房屋权属证书或租房协议书；

（六）职工花名册（附件3）；

（七）药品、医用耗材价格表；

（八）医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；

（九）与医保相对应的内部管理制度和财务制度文本；

（十）与医保有关的信息系统相关资料；

（十一）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告。

(十二) 各统筹区规定的其他材料。

第五章 受理审核

第十二条 经办机构应当按照以下程序开展纳入受理审核工作：

(一) 接收申报材料。经办机构按所在统筹区规定接收零售药店提交的申请材料，申请材料不齐全的，应在收到材料之日起5个工作日内一次性告知零售药店补充，零售药店应在5个工作日内补充，逾期视为放弃申请；

(二) 审核材料信息。经办机构对零售药店申报材料进行核查。经审核不符合纳入条件的，纳入流程终止，不进入考察评估流程。对提供虚假材料的零售药店，一经核实3年内不再受理其申请。

第六章 考察评估

第十三条 统筹地区经办机构应组织评估小组或委托第三方机构开展考察评估。

第十四条 经办机构应当对零售药店资质、场地设施、人员配备、管理能力等指标进行全面考察评估。考察评估指标分为基本指标和评价指标（附件4）。

第十五条 经办机构应当按照以下规定开展现场考察评估

工作：

（一）现场考察。主要是对零售药店申报的材料和信息进行现场考察核实，并对零售药店内部管理、信息化建设、服务能力等是否符合医疗保障管理要求进行考察；

（二）专业评估。视现场考察情况，组织专家对考察情况进行标准化评估。评估专家由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。

评估结果分为合格和不合格。基本指标全部合格且评价指标 80 分及以上的为合格。对于评估合格的，应将其纳入拟签订医保协议定点零售药店名单。对于评估不合格的，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 个月后可再次申请并组织评估，评估仍不合格的，自再次评估之日起 1 年内不得提出申请。

第十六条 自受理申请材料之日起，评估期限不超过 3 个月，零售药店补充材料时间不计入评估期限。如零售药店补充材料时间超出本次评估期限，则进入下一次评估期限。

第十七条 经办机构应当将评估合格的零售药店名单在本统筹区医疗保障网站上公示，接受社会监督，公示期 7 天。公示期间接到相关举报投诉的，应当予以核实，经查实不符合纳入条件的不予纳入。

第七章 谈判签约

第十八条 经办机构与公示无异议的零售药店进行协商谈判，包括服务范围、服务内容、信息系统建设、药品和医用耗材、结算办法、医疗服务监管、违约责任等内容。

第十九条 协商谈判期限不超过20个工作日。达成一致的，双方自愿签订医保协议。医保协议应明确双方权利、义务和责任，签订医保协议的双方应当严格执行协议与约定。协议期限一般按照统筹区医保经办机构规定签订。

第二十条 原则上，统筹地区经办机构与零售药店签订医保协议并向同级医疗保障行政部门备案。零售药店因自身原因自接到签订协议通知之日起3个月内未能签订医保协议的视为放弃申请纳入医保定点。

第二十一条 经办机构向社会公布签订医保协议的定点零售药店信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

第八章 定点管理

第二十二条 定点零售药店在显著位置悬挂统一格式的定点零售药店标识。

第二十三条 定点零售药店应持续符合定点条件，经办机构应对定点零售药店加强监管，不定期的对定点零售药店进行检查，发现不符合规定条件的应限期整改，整改期间暂停医保

服务，整改不到位的解除协议。新增定点零售药店要同步开通异地就医直接结算，为异地参保患者提供与本统筹区医保患者同样标准的药品服务。

第二十四条 定点零售药店的名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址、银行账户和药品经营范围等重要信息发生变更的，应自有关部门批准之日起30个工作日内向统筹区经办机构提出变更申请，提交《河北省医疗保障定点零售药店变更申请表》（附件5），经办机构对变更内容进行审核确认后，办理信息变更。注册地址变更的，应符合申请原则、申请条件。

第二十五条 定点零售药店的监管实行分级管理，共分为A、B、C、D四个等级。纳入定点第1年按C级管理；1年后根据考核情况确定等级，考核工作依据考核管理办法执行。

第九章 附 则

第二十六条 各统筹区原则上执行本细则，如有特殊情况，可根据当地实际制定补充内容，报河北省医疗保障局备案后执行。

第二十七条 对于谈判药品“双通道”和门诊统筹定点零售药店纳入条件各统筹区可在此细则基础上进行完善。

第二十八条 本细则由河北省医疗保障局负责解释。

第二十九条 本细则自2023年5月1日起执行。

附件 1

承诺书

填表日期： 年 月 日

零售药店名称		法定代表人 及联系电话	
经认真学习医疗保障相关政策文件，本单位愿意承担本统筹区医疗保障服务，自愿申请成为医疗保障定点零售药店，现郑重承诺： 1. 提交的申请相关材料真实、合法、有效。 2. 成为定点零售药店后持续符合定点条件。 3. 严格执行定点医保协议，不得为非定点零售药店提供医保结算。 4. 严格执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证。 5. 严格执行医保药品、医用耗材等目录，合理收费。 6. 严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策。 7. 按照国家医疗保障局《医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》和《医疗保障核心业务区网络安全接入规范》，接入医保业务网并实现与医保信息平台有效对接（或直接使用国家统一医保信息平台定点管理子系统），并按规定及时全面准确向医保信息平台传送医保结算和审核所需的有关数据。 8. 积极配合医疗保障相关工作，自愿接受医疗保障部门及社会监督。 9. 未能达到上述要求，自愿接受解除定点医保协议及其他相应处理并承担因此引起的一切责任和后果。			
法定代表人签字： （加盖单位公章） 年 月 日			

附件 2

河北省医疗保障定点零售药店申请表

填表日期： 年 月 日

零售药店名称 (公章)		营业地址		
营业执照统一社会信用代码		经营类型 (是否为连锁企业)		
药品经营许可证号		药品经营许可证 起始及效期		
法定代表人	姓名 身份证号 联系电话	营业面积	建筑面积: 使用面积:	
医疗保障负责人	姓名 电话	用房产权性质	自有 ☐ 租赁 ☐	
是否设立医保专区		是否建立药品进销 存系统		
近 1 年是否足额 缴纳社保费		近 1 年内有无药品质 量违法行为及行政 处罚记录		
银行账户名称		银行账户号码		
开户银行		银行行号		
职工总人数		参保人数		
执业药师(西):	人, 姓名:		距最近定点 零售药店距离	米
执业药师(中):	人, 姓名:			
药品种数	西药: 中成药: 中药饮片:	医保目录内 药品种数	西药: 中成药: 中药饮片:	
经营范围	西药+中成药 ☐ 中药饮片 ☐ 保健品 ☐ 医疗器械: 一类 ☐ 二类 ☐			
申请前 3 个月营业额 (万元)				
管理制度及工作 台账建设情况				

以下内容由经办机构填写

申请材料核查	经办人：年 月 日
考察情况	经办人：年 月 日
评估结果	经办人：年 月 日
备 注	

附件 3

职工花名册

职工姓名	身份证号	性别	职工类别	药师类别	执业地点	所学专业	行政职务	备注

填表说明：提交社会保险缴纳证明。药师类别分为执业药师、从业药师。相应人员近 3 个月银行工资流水复印件或网银截图须留存备查。

河北省医疗保障新增定点零售药店考察评估指标

一级指标	二级指标	三级指标	指标性质	标准分值	指标内涵
基本指标	资质情况	《营业执照》《药品经营许可证》	否决项		具备有效的《药品经营许可证》《营业执照》等相关证照且信息一致
		法定代表人、企业负责人或实际控制人	否决项		核查法定代表人、企业负责人或实际控制人身份证
	运营情况	正式运营至少3个月	否决项		在注册地址正式运营至少3个月
		位置优势	否决项		符合区域布局
	人员配备情况	药师资质	否决项		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年以上劳动合同且在有效期内；有社会保险缴纳证明。
		医保管理人员配备情况	否决项		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，并签订1年以上劳动合同且在有效期内；有社会保险缴纳证明。
	系统建设情况	业务系统	否决项		按照国家医疗保障局《医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》和《医疗保障核心业务区网络安全接入规范》，接入医保业务网并实现与医保信息平台有效对接（或直接使用国家统一医保信息平台定点管理子系统），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的医保编码。
		进销存系统	否决项		有药品、耗材进销存管理系统，并建立“进、销、存”台账；具有实时上传信息功能；药品、医用耗材是否存在虚记多记
		财务系统	否决项		具有功能完备的财务信息管理系统，能打印会计账簿、财务报表等

河北省医疗保障新增定点零售药店考察评估指标

一级指标	二级指标	三级指标	指标性质	标准 分值	指标内涵
基本指标	履约能力	价格优势	否决项		确定统一时间段的费用明细；分析排名前5种药品及基本药品价格清单收费，与其他同类机构进行对比，超出平均值的不予纳入
		制度建设情况	否决项		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
		药品分区情况	否决项		实行药品分类分区管理，对所售药品设立明确的医保用药标识；是否超范围经营
	质量管理	药品质量	否决项		药品、医用耗材购进渠道是否合规
		处方规范	否决项		处方来源合规，外配处方必须由定点医疗机构医保医师开具
	评价指标 (100分)	质量管理 (25分)	药品质量	定量	15
内部管理			定量	5	是否落实近效期药品销售管理制度、分类摆放、员工培训、外配处方管理等要求；是否存在为某医疗机构指定购药违规行为
处方规范			定量	5	处方药销售是否有药师审核签字，药品销售与处方是否相符
价格管理 (40分)		销售管理	定量	20	是否实行药品明码标价；标价是否高于实际售价；标价与药品是否对应；是否存在伪造随货同行票据等行为
		药品价格	定量	20	实际销售药品价格是否高于其他同级同类药店均值

河北省医疗保障新增定点零售药店考察评估指标

一级指标	二级指标	三级指标	指标性质	标准分值	指标内涵
评价指标 (100分)	信息管理 (20分)	财务管理	定量	5	是否真实完整记录财务账本、财务报表等；是否做到账账相符、账实相符、账表相符；是否按规定保管财务账目、记账凭证
		进销存管理	定量	10	是否真实记录进销存情况；系统库存与实际不符等情况；
		统计分析管理	定量	5	是否真实完整统计分析全部购药人员费用等相关信息；是否有盘点记录等
	服务能力 (15分)	基金使用测算	定量	5	是否提交医疗保障基金预测性分析报告，包括服务人群、位置优势、技术优势、对基金的影响、基金使用效率等
		设立便民服务	定量	5	是否显著位置公开服务电话；是否免费提供拆零、包扎、饮水、体重称、煎药以及24小时营业等便民服务
		群众满意度评价	定量	5	群众购药满意度调查
	合计分值			100	

附件 5

河北省医疗保障定点零售药店信息变更申请表

医疗保障编码：

填表日期： 年 月 日

零售药店名称 (公章)		零售药店地址	
法定代表人及 联系电话		医疗保障负责人 及联系电话	
申请原因			
变更项目	变更前	变更后	
申请材料	1. 《药品经营许可证》副本复印件； 2. 《营业执照》副本复印件； 3. 法定代表人身份证复印件； 4. 与变更信息有关的其他材料。		
备注			