

# 抚州市医疗保障局文件

抚医保字〔2024〕28号

## 抚州市医疗保障局关于印发《抚州市医药机构医疗保障定点评估细则（试行）》的通知

各县（区）医疗保障局、高新区人力资源和社会保障局、资溪县人力资源和社会保障局、东临新区政务服务与社会管理中心，局各科室、局属各单位：

现将《抚州市医药机构医疗保障定点评估细则（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。

抚州市医疗保障局  
2024年9月5日

（此件主动公开）

# 抚州市医药机构医疗保障定点评估细则 (试行)

## 第一章 总则

**第一条** 为进一步规范全市医药机构医疗保障定点评估工作，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）、《社会保险经办条例》（中华人民共和国国务院令第765号）、江西省医疗保障局《关于印发<江西省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法><江西省零售药店医疗保障定点管理暂行办法>的通知》（赣医保字〔2023〕25号）等法规规章文件，制定本细则。

**第二条** 本细则所指的医药机构，是申请医保定点的医疗机构和零售药店的统称。

**第三条** 本细则所称的定点评估，是指医保经办机构对申请医保定点的医药机构是否具备定点的条件进行评估，并出具评估报告的专业行为。

**第四条** 市医疗保障行政部门根据公众健康需求、统筹区内的医药机构资源配置、管理服务需要、医疗保障基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划、参保人员用药需求等确定本市定点医药机构的资源配置。

**第五条** 医药机构医保定点评估工作坚持公开、公平、公正原则，实行统一的评估内容、评估规则、评估流程。

**第六条** 市医保经办机构负责拟定每年评估实施方案及完善制定综合评估打分表，并报市医保行政部门备案。

## 第二章 评估机构及人员

**第七条** 市医保经办机构开展医保定点评估，可以自行组织，也可以委托第三方机构开展。

**第八条** 委托第三方机构开展评估的，市医保经办机构应当与受委托的第三方机构签订委托协议。

**第九条** 市医保经办机构或受委托的第三方机构开展评估，应按要求从专家库中抽取评估小组成员，评估小组成员应由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员组成，评估小组开展现场评估人员不少于3人。

## 第三章 申请材料受理

**第十条** 属于《关于印发<江西省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法><江西省零售药店医疗保障定点管理暂行办法>的通知》（赣医保字〔2023〕25号）规定的申请范围并具备基本条件，同时无赣医保字〔2023〕25号不予受理情形的医疗机构自愿向统筹地区经办机构提出医保定点申请，至少提供以下申请材料，申请材料同时作为评估材料。

（一）医疗机构医疗保障定点申请表；

（二）统一社会信用代码证或事业单位法人证书复印件，以及法定代表人或主要负责人身份证复印件；

（三）医疗机构执业许可证或诊所（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；

（四）服务场所房产证或租赁合同复印件；

（五）医疗机构从事医疗服务人员信息表；

（六）相适应的临床科室清单、大型医疗设备清单、诊疗项目清单、医保药品和价格收费清单；

（七）年度（运营不足一年的提供申报前所有月份）医疗服务开展情况表和服务就医人员名单；

（八）与医保有关的信息系统相关材料；

（九）与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

（十）纳入定点后使用医保基金的预测性分析报告；

（十一）申请材料真实性声明函；

（十二）抚州市基本医疗保险定点医疗机构综合评估表；

（十三）群众满意度调查表；

（十四）医疗保障行政部门要求提供的其他材料。

**第十一条** 属于《关于印发〈江西省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法〉〈江西省零售药店医疗保障定点管理暂行办法〉的通知》（赣医保字〔2023〕25号）规定的申请范围并具备基本条件，同时无赣医保字〔2023〕25号不予受理情形的零售药店向统筹地区经办机构提出医保定点申请，至少提供以下申请材料，申请材料同时作为评估材料。

（一）定点零售药店医疗保障定点申请表；

(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;

(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) 服务场所房产证或租赁合同复印件;

(九) 药品和收费标准清单及年度(运营不足一年的提供申报前所有月份)药品销售收入情况表;

(十) 申请材料真实性声明函;

(十一) 抚州市基本医疗保险定点零售药店综合评估表;

(十二) 群众满意度调查表;

(十三) 医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

**第十二条** 医保经办机构应即时受理医药机构提出的定点申请材料。对申请材料内容不全的,经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医药机构补充。

## 第四章 评估时间、方式、流程

**第十三条** 市医保经办机构应当向社会公布定点医疗机构申请指引,主要包括申请条件、所需材料、受理时间、受理地点、受理时限、办理流程等基本内容。

**第十四条** 市医保经办机构自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月，医药机构补充材料时间不计入评估期限。

**第十五条** 市医保经办机构或受委托的第三方机构应坚持依法依规、节约政府公共资源、集中高效的原则，以书面、现场等形式开展评估。

**第十六条** 评估流程包括评估告知、实施评估、出具评估报告三个环节。

（一）评估告知。市医保经办机构受理医药机构提出的定点申请后，应对提出定点申请的医药机构进行评估告知。告知可采取出具书面评估通知或者通过电话、网络告知。委托第三方机构开展评估的，医保经办机构应同时告知受委托的第三方机构。

（二）实施评估。评估人员根据评估内容，采取座谈、查阅资料、实地查看、走访相关单位等方式对医药机构做出全面评估。

（三）评估结论。评估小组完成评估后出具评估报告。评估报告包括评估工作的基本情况、评估内容分析、评估结论等。市医保经办机构组织评估的，评估报告应当由评估小组成员共同签名。第三方机构组织评估的，评估报告还应当由第三方机构法定代表人（负责人）签名，并加盖机构公章。

## 第五章 评估规则

**第十七条** 评估采取资料审核和现场查看相结合的评分方式，同时结合医药机构其他相关情况，做出全面、客观、公正的评估。评估结果分为合格和不合格。

**第十八条** 基本条件评定主要用于必备项目评估。医药机构不具备江西省医疗保障局《关于印发<江西省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法><江西省零售药店医疗保障定点管理暂行办法>的通知》（赣医保字〔2023〕25号）规定的申请定点基本条件或者有不予受理情形的，不参与评估。

**第十九条** 综合指标评分主要用于可量化项目评估，对医药机构的服务能力等进行客观评分。市医保经办机构根据评估内容设置评估指标的具体分值以及评估合格分数线。医药机构在申请医保定点时，经办机构应当告知具体的评估指标和评估标准。

## 第六章 评估内容

**第二十条** 申请医保定点医疗机构的主要评估内容（详见附件1，附件2），市医保经办机构组织评估时应根据具体情况进一步调整、完善及细化。

（一）核查医疗机构执业许可证或诊所（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** 申请医保定点零售药店的评估内容(详见附件3),市医保经办机构组织评估时应根据具体情况进一步调整、完善及细化。

(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。

## 第七章 评估结果公示及运用

**第二十二条** 评估小组提出初步评估结论,由市医保经办机构组织集体研究确定评估结果,评估结果报市医疗保障行政部门备案。评估不合格的,应告知其理由,提出整改建议。自评估结果告知送达之日起,整改3个月后可再次申请评估,评估仍不合格的,自再次评估后1年内不得再次申请。

**第二十三条** 对于评估合格的医药机构,应当向社会公示,公示期为7个工作日,公示期间未收到举报或收到举报但经核查不影响评



估结果的，纳入拟签订医保定点服务协议医药机构名单。公示期间接到相关投诉举报并经查证属实不符合医保定点管理要求的，不得签订医保定点服务协议，并告知原因。

**第二十四条** 市医保经办机构与评估合格拟签订医保定点服务协议的医药机构，就双方的权利、义务和责任，以及医药机构的服务范围、服务内容、服务质量、支付标准、结算办法、异地就医管理、“互联网+”医疗服务等协议内容协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保定点服务协议。原则上由市级经办机构与医疗机构签订医保定点服务协议并向同级医疗保障行政部门备案。签订医保定点服务协议的双方应当严格执行协议约定。医保定点服务协议期限一般为1年，新纳入的定点医药机构定点服务协议签订至当年年底。新增定点医药机构未按医保经办机构确定的时限内签约的，视为自动放弃，原则上1年内不再受理其医保定点申请。

**第二十五条** 市医保经办机构应向社会公布签订医保定点服务协议的定点医药机构信息，包括名称、地址、级别、性质等，供参保人选择。

## 第八章 监督与管理

**第二十六条** 开展评估工作不得收取任何费用。评估工作所需经费应当列入医保部门年度部门预算。

**第二十七条** 医疗保障行政部门应当加强对评估工作的监督和管理。市医保经办机构或第三方机构及其工作人员在评估中存在弄虚作假、违规操作等行为的，依法依规严肃处理。

**第二十八条** 评估人员、受委托的第三方机构及其工作人员与评估对象存在利害关系的，应当回避。

## 第九章 附则

**第二十九条** 本细则法律法规及国家政策另有规定的，从其规定。

**第三十条** 本细则由抚州市医疗保障局负责解释。

**第三十一条** 本细则自印发之日起试行两年。

附件：1. 抚州市基本医疗保险（二级及以上）医疗机构综合评估表  
2. 抚州市基本医疗保险基层（一级及以下）医疗机构综合评估表  
3. 抚州市基本医疗保险定点零售药店综合评估表

## 附件1

抚州市基本医疗保险（二级及以上）医疗机构综合评估表

医疗机构名称： 评估时间： 评估专家： 总分：100分 得分：

序号	评估项目		评估标准	评估得分
1	规划布局 (8分)	开业时间 (4分)	(1) 3年(含)以上, 得4分; (2) 2年(含)至3年以内的, 得3分; (3) 1年(含)至2年以内的, 得2分。 (4) 3个月(含)至1年以内的, 得1分。 (5) 3个月以内, 不得纳入医保定点。	
2		与最近医保定点医疗机构的距离(4分)	(1) 2000米(含)以上得4分; (2) 1500(含)-2000米以内的, 得3分; (3) 1000(含)-1500米以内的, 得2分; (4) 500(含)-1000米以内的, 得1分。	
3	服务能力 (25分)	临床科室数量 (3分)	(1) 10个(含)以上, 得3分; (2) 7(含)至10个以内的, 得2分; (3) 5(含)至7个以内的, 得1分。	
4		医保药品种数 (4分)	(1) 800种(含)以上, 得4分; (2) 600种(含)至800种以内, 得3分; (3) 400种(含)至600种以内, 得2分。 (4) 400种以内, 得1分。	
5		诊疗项目种数 (3分)	(1) 500种(含)以上, 得3分; (2) 400种(含)至500种以内的, 得2分; (3) 400种以内, 得1分。	
6		医务人员配置 (4分)	(1) 每床配备0.89名(含)以上卫生技术人员, 高级职称医师10人(含)以上, 得4分; 其中一项未达到扣1分; (2) 每床配备0.86名(含)至0.89名卫生技术人员, 高级职称医师8人(含)至10人以内, 得3分; 其中一项未达到扣1分; (3) 每床配备0.84名(含)至0.86名卫生技术人员, 高级职称医师6人(含)至8人以内, 得2分; 其中一项未达到扣1分。	
7		药师人数 (3分)	(1) 8人(含)及以上, 其中中级以上职称3人及以上, 得3分; 其中一项未达到扣1分; (2) 6人(含)至8人, 其中中级以上职称2人, 得2分; 其中一项未达到扣1分; (3) 4人(含)至6人以内, 其中中级以上职称1人, 得1分; 其中一项未达到该项得0分。	
8		医疗业务用房 面积(4分)	(1) 10000平米(含)以上, 得4分; (2) 5000平米(含)至10000平米以内, 得3分; (3) 3000平米(含)至5000平米以内, 得2分; (4) 1000平米(含)至3000平米以内, 得1分。	
9		核定病床数量 (4分)	(1) 200张(含)以上, 得4分; (2) 100张(含)至200张以内的, 得3分; (3) 50张(含)至100张以内的, 得2分; (4) 20张(含)至50张以内的, 得1分。	
10		药品价格 (3分)	随机抽查的20个药品价格均未超过省药品集中采购确定的公立医院销售价格的, 得3分, 发现有超过省药招价格的, 1个品种扣0.5分, 累计计算, 该项最低得0分。	
11		检查治疗收费 (3分)	随机抽查的20个检查治疗收费均未超过省物价确定的收费价格的, 得3分, 发现有超过省物价确定的收费价格的, 1个项目扣0.5分, 累计计算, 该项最低得0分。	
12		次均住院费用 (4分)	上一年度次均住院费用与统筹地区同级别医疗机构医保次均住院费用相比, 85%以下的得4分; 85%-90%(不含)的得3分; 90%-95%(不含)的得2分; 95%-100%的得1分。	
13		次均门诊费用 (4分)	上一年度次均门诊费用与统筹地区同级别医疗机构医保次均门诊费用相比, 85%以下的得4分; 85%-90%(不含)%的得3分; 90%-95%(不含)的得2分; 95%-100%的得1分。	

序号	评估项目		评估标准	评估得分
14		费用清单 (2分)	按规定提供药品、检查、治疗、服务收费清单的，得2分。	
15		价格信息公示 (3分)	设立公示屏（牌）及时向群众公示药品和医疗服务价格信息及医保支付标准的，得3分。	
16	内部管理 (8分)	门诊患者抗菌 药物使用率(2 分)	抽查20份门诊病历，抗菌药物使用率在50%以下的得2分；抗菌药物使用率在50%至60%以内的得1分，其余不得分。	
17		住院患者大型 检查阳性率(2 分)	抽查20份住院病历，大型检查阳性率在80%以上的得2分；大型检查阳性率在70%至80%以内的得1分，其余不得分。	
18		医疗服务管理 (1分)	有开展医疗服务必备的固定场所，以及相应的服务设施和仪器设备，得1分。	
19		医患纠纷调解 (2分)	建立健全医疗纠纷投诉和处理机构，并有专人负责，公布投诉电话、信箱，畅通投诉渠道，及时受理、处置患方投诉的，得2分。	
20		便民导诊服务 (1分)	设立导诊台、触摸屏、指示牌、就医流程、专家姓名和联系方式，方便群众看病就医的，得1分	
21	财务管理 (12分)	参加基本医疗 保险情况 (3分)	全部在职职工参加本市城镇职工基本医疗保险，并及时缴费（已退休人员视同参保），得3分；否则不得纳入医保定点。	
22		对药品、医用 材料的采购、 验收、销售等 环节实行计算 机实时管理情 况(3分)	(1) 已实时录入全部环节数据并可查询3个月及以上时间的真实数据，得3分； (2) 已实时录入全部环节数据并可查询1至3个月以内的真实数据，得2分； (3) 已实时录入全部环节数据并可查询1个月以下时间的真实数据，得1分； (4) 分别抽查20个药品和医用材料，进、销、存账物不符的，每发现一个品种扣0.5分，累计计算，最多扣3分。	
23		财务管理制度 (2分)	有健全和完善财务管理制度和财务管理系统，对医疗机构财务活动进行全面管理，建立监督内控机制的，得2分。	
24		财务人员 (2分)	根据医疗机构规模，设置相应独立的财会机构，配备相应的会计、出纳人员，得2分。	
25		财务结算 (2分)	财务票据齐全、合法，且安装使用电子收费系统的，得2分	
26		计算机配备使 用(2分)	按照医疗保险业务要求配置必要的电脑设备（包括POS机）和熟练的操作人员的，得2分。	
27	信息系统 (6分)	医疗信息化(2 分)	药品、医用耗材“进、销、存”的计算机管理系统，对医疗服务过程实行全流程信息化管理的，得2分。	
28		联网结算能力 (2分)	能够适应医保信息化要求，具备医保联网结算能力，得2分	
29	社会评价 (2分)	主流媒体负面 报导(1分)	(1) 医疗机构提交定点申请前两年内无媒体负面报导的，得1分； (2) 医疗机构提交定点申请前两年内被媒体负面报导的，扣1分；社会影响恶劣及负面报导两次以上的不得纳入医保定点。	
30		医疗服务不良 记录(1分)	(1) 医疗机构提交定点申请前两年内无医疗服务不良记录的，得1分； (2) 医疗机构提交定点申请前两年内被医疗保障、卫健、市场监管等部门处罚一次的扣1分；情节严重及处罚两次以上的不得纳入医保定点。	
31	其他（20 分）	其他（20分）		

备注：85分以上合格

## 附件2

抚州市基本医疗保险基层（一级及以下）医疗机构综合评估表

医疗机构名称： 评估时间： 评估专家： 总分：100分 得分：

序号	评估项目		评估标准	评估得分
1	规划布局 (4分)	开业时间 (4分)	(1) 2年(含)以上, 得4分; (2) 1年(含)至2年以内, 得3分; (3) 3个月(含)至1年以内, 得2分; (4) 3个月以内, 不得纳入医保定点。	
2	服务能力 (27分)	科室数量 (5分)	(1) 住院医疗机构10个及以上, 门诊医疗机构3个及以上, 得5分; (2) 住院医疗机构5个(含)至10个, 门诊医疗机构1个(含)至3个, 得2分;	
3		医保药品种数 (6分)	(1) 住院医疗机构300种(含)以上, 门诊医疗机构100种(含)以上, 得6分; (2) 住院医疗机构200种(含)至300种以内, 门诊医疗机构50种(含)至100种以内, 得4分; (3) 住院医疗机构200种以内, 门诊医疗机构50种以内, 得2分。	
4		医疗服务项目 种数(6分)	(1) 住院医疗机构100种(含)以上, 门诊医疗机构10种(含)以上, 得6分; (2) 住院医疗机构50种(含)至100种以内, 门诊医疗机构5种(含)至10种以内, 得4分; (3) 住院医疗机构50种以内, 门诊医疗机构5种以内, 得2分。	
5		注册在本医疗机构的执业医师人数(6分)	(1) 住院医疗机构10人(含)及以上, 门诊医疗机构2人(含)以上, 得6分; (2) 住院医疗机构10人以内, 门诊医疗机构1人, 得4分;	
6		医疗业务用房 面积(4分)	(1) 住院医疗机构1000平米(含)以上, 门诊医疗机构80平米(含)以上, 得4分; (2) 住院医疗机构1000平米(不含)以下, 门诊医疗机构80平米(不含)以下, 得2分。	
7	价格收费 (15分)	药品价格 (6分)	随机抽查的20个药品价格均未超过省药品集中采购确定的公立医院销售价格的, 得6分, 发现有超过省药招采价格的, 1个品种扣0.5分, 累计计算, 该项最低得0分。	
8		检查治疗收费 (6分)	随机抽查的20个检查治疗收费均未超过省物价确定的收费价格的, 得6分, 发现有超过省物价确定的收费价格的, 1个项目扣0.5分, 累计计算, 该项最低得0分。	
9		价格信息公示 (3分)	设立公示屏(牌)及时向群众公示药品和医疗服务价格信息, 得3分。	
10	内部管理 (8分)	医疗保险制度 管理(3分)	有符合医保要求的医保管理制度、财务管理制度、统计信息管理制度以及医疗质量安全核查制度等, 有规范的医疗服务流程, 合理公开的收费标准, 得3分	
11		医疗服务管理 (3分)	有开展医疗服务必备的固定场所, 以及相应的服务设施和仪器设备, 得3分	
12		便民导诊服务 (2分)	设立导诊台、指示牌、就医流程、专家姓名和联系方式, 方便群众看病就医的, 得2分。	
13	财务管理 (16分)	参加基本医疗 保险情况 (3分)	全部在职员工参加本市城镇职工基本医疗保险, 并及时缴费(已退休人员视同参保), 得3分; 否则不得纳入医保定点。	
14		对药品、医用 材料的采购、 验收、销售等 环节实行计算 机实时管理情 况(10分)	随机抽查20个药品和医用材料, 进、销、存账物相符的, 得10分; 每发现一个品种不符的, 扣0.5分, 累计计算, 该项最低得0分。	
15		财务结算 (3分)	有健全和完善财务管理制度和财务管理系统, 对医疗机构财务活动进行全面管理, 建立监督内控机制的财务票据齐全、合法, 得3分。	
16	信息系统	计算机配备使用(2分)	药品、医用耗材“进、销、存”的计算机管理系统, 按照医疗保险业务要求配置必要的电脑设备(包括POS机)和熟练的操作人员的, 得2分。	

序号	评估项目		评估标准	评估得分
17	(6分)	联网结算能力 (4分)	能够适应医保信息化要求，具有医保联网结算能力，得4分。	
18	社会评价 (4分)	主流媒体负面 报导 (2分)	(1) 医疗机构提交定点申请前两年内无媒体负面报导的，得2分； (2) 医疗机构提交定点申请前两年内被媒体负面报导的，扣2分；社会影响 恶劣及负面报导两次以上的不得纳入医保定点。	
19		医疗服务不良 记录 (2分)	(1) 医疗机构提交定点申请前两年内无医疗服务不良记录的，得2分； (2) 医疗机构提交定点申请前两年内被医疗保障、卫健、市场监管等部门 处罚一次的扣2分；情节严重及处罚两次以上的不得纳入医保定点。	
20	其他 (20分)	其他 (20 分)		

注：同时具有门诊和住院业务的85分以上合格，仅有门诊业务的80分以上合格

## 附件3

抚州市基本医疗保险定点零售药店综合评估表

药店名称： 评估时间： 评估专家： 总分：100分 得分：

序号	评估项目		评估标准	评估得分
1	规划布局 (9分)	开办时间 (4分)	(1) 3年(含)以上,得4分; (2) 2年(含)至3年以内的,得3分; (3) 1年(含)至2年以内的,得2分; (4) 3个月(含)至1年以内的,得1分; (5) 3个月以内的,不得纳入医保定点。	
2		与最近医保定点药店的距离 (5分)	(1) 300米(含)以上,得5分; (2) 200米(含)至300米以内的,得3分; (3) 100米(含)至200米以内的,得1分; (4) 100米以内,得0分。	
3	服务能力 (18分)	医保药品品种数(5分)	(1) 1500种(含)以上,得5分; (2) 1200种(含)至1500种以内的,得4分; (3) 1000种(含)至1200种以内的,得3分; (4) 900种(含)至1000种以内的,得2分; (5) 800种(含)至900种以内的,得1分。	
4		营业执照经营范围(5分)	营业执照上经营范围无日用品、食品、化妆品等与医药服务无关的,得5分;有其中一项的,不得纳入医保定点。	
5		营业面积 (3分)	(1) 200平米及以上,得3分; (2) 100平米(含)至200平米以内,得2分; (3) 50平米(含)至100平米以内,得1分。	
6		经营方式 (5分)	(1) 全国连锁经营的,得5分; (2) 全省连锁经营的,得4分; (3) 全市连锁经营的,得3分; (4) 单店经营的,得1分。	
7		药品销售价格 (5分)	医保药品标价准确无误,且抽查的20个药品价格均未超过省药品集中采购确定的医院销售价格的,得5分,超过省药招价格的,1个品种扣0.5分,累计计算,该项最低得0分。	
8		药品信息标示 (3分)	药品标示价格和医保类别的,得3分;药品未标价格的,扣1.5分;药品未标医保类别的,扣1.5分。	
9	价格收费 (11分)	药品销售清单 (3分)	销售药品提供电脑销售清单(包括药品通用名、剂型、规格、生产厂家、数量、金额)的,得3分。	
10	内部管理 (21分)	医疗保险管理 (2分)	建立了与基本医疗保险管理相适应的内部组织管理制度,配备了必要的设备的,得2分。	
11		处方药购买 (4分)	(1) 经药师审核签字购买处方药记录,并妥善保存的,得4分; (2) 未执行经药师审核签字购买处方药记录的,发现一例扣0.5分,累计计算,该项最低得0分。	
12		药品摆放 (3分)	处方药、非处方药、生物制剂等各类药品分区整齐摆放,经营冷藏药品的有专用冷藏设备,得3分。	
13		药品采购 (3分)	药品采购渠道合法,有完整采购记录和合法票据的,得3分。	
14		24小时购药服务(2分)	药店门外挂出24小时服务标志的,得2分。	
15		驻店医师咨询服务(1分)	每周定期有医师驻店提供咨询服务的,得1分。	
16		药品质量管理 (3分)	有健全和完善药品质量管理体系,对药品质量进行全面管理,有完整检查记录的,得3分。	
17		环境卫生管理 (3分)	药店干净整洁,无乱贴乱挂,无生活起居用品的,得3分。	
18		参加基本医疗保险情况 (3分)	全部在职员工参加本市城镇职工基本医疗保险,并及时缴费(已退休人员视同参保),得3分;否则不得纳入医保定点。	

序号	评估项目		评估标准	评估得分
19	财务管理 (14分)	对药品采购、验收、销售等环节实行计算机实时管理情况(7分)	(1) 已实时录入全部环节数据并可查询3个月(含)以上时间的本药店的真实数据, 得7分;	
			(2) 已实时录入全部环节数据并可查询1个月(含)至3个月以内的本药店的真实数据, 得5分;	
			(3) 已实时录入全部环节数据并可查询1个月以下时间的本药店的真实数据, 得3分;	
			(4) 抽查20个药品, 药品进、销、存账物不符的, 每发现一个品种扣0.5分, 累计计算, 最多扣7分。	
20		建立健全财务制度(2分)	配备单独的会计、出纳人员, 得2分。	
21		财务结算(2分)	财务票据齐全、合法、且安装使用财务管理软件的, 得2分。	
22	信息系统 (6分)	计算机配备使用(2分)	能按照医疗保险业务要求配置必要的电脑设备(包括POS机)和熟练操作人员的, 得2分。	
23		药店经营信息化(2分)	药品、医用耗材“进、销、存”的计算机管理系统, 对药店经营实行信息化管理的, 得2分。	
24		联网结算能力(2分)	能够适应医保信息化要求, 具有医保联网结算能力, 得2分。	
25	社会评价 (1分)	主流媒体负面报导及药品经营不良记录(1分)	前两年内无药品经营不良记录、媒体负面报导及其他产生社会影响的负面事件, 得1分; 如提供虚假信息或尚在处罚期的, 不得纳入医保定点。	
26	其他(20分)	其他(20分)		

注: 零售药店85分以上合格