

潮州市医疗保障事业管理中心

潮医保中心通〔2021〕60号

关于医疗保障定点零售药店准入评估 有关问题的通知

各县（区）医保经办机构：

根据上级有关规定和《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》的文件精神，我中心对市医疗保障定点零售药店准入评估标准和业务流程进行了修订，现将有关问题通知如下：

一、提交申请

取得药品经营许可证并具备《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》规定的基本条件的，愿意承担本市医疗保障服务的零售药店，可向注册所在地的医保经办机构申请医疗保障定点资格，其中市城区（含湘桥区、枫溪区）的药店由市医保中心定点医药机构服务股受理，潮安区和饶平县的药店由所在县区医保经办机构医保业务股室受理。申请时应当填写《潮州市医疗保障定点零售药店申请表》（附件1），并按要求提交相关资料。

二、资料审查

经办机构对零售药店提交的相关资料进行初审，经初步审查符合要求予以受理的，应当向提交申请的零售药店出具《潮州市医疗保障定点零售药店申请受理回执》（附件2）；对材料不齐全

需要进一步补充相关材料的，应告知零售药店并出具《一次性补正材料告知书》（附件 3）；提交申请的零售药店如果存在《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第七条所规定的情形之一的，经办机构不予受理，并出具《不予受理告知书》（附件 4）。

三、评估与公示

对予以受理的零售药店，由所在地医保经办机构组织人员按照《潮州市医疗保障定点零售药店准入评估标准表》（附件 5）对其进行评估。评估结果分为合格和不合格，合格的标准为：评估达 80 分及以上的。

评估完成后，所在地医保经办机构需将评估结果向同级医疗保障行政部门报备。对于评估合格的，同时向社会公示，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，纳入拟签订医保协议零售药店名单，并由所在地医保经办机构出具评估意见书，在评估意见书中注明是否纳入我市医疗保障定点零售药店范围。评估不合格的，由所在地医保经办机构出具《评估结果不合格告知书》（附件 6），并提出整改建议，自评估意见书告知送达之日起，整改 3 个月后可再次申请评估，评估仍不合格的，1 年内不得再次申请。

四、协议签订

对评估、公示合格的零售药店，在接到评估意见书之日起 1 个月内，同所在地医保经办机构签订医疗保障定点零售药店服务协议书，自签订服务协议书之日起正式纳入我市医疗保障定点零售药店范围。

本通知自 2021 年 9 月 1 日起施行，本通知实施前本市有关规定与本通知不一致的，以本通知为准。《关于基本医疗保险定点零售药店准入评估有关问题的通知》（潮社保通〔2016〕25 号）同时废止。

- 附件：1. 潮州市医疗保障定点零售药店申请表
2. 潮州市医疗保障定点零售药店申请受理回执
3. 一次性补正材料告知书
4. 不予受理告知书
5. 潮州市医疗保障定点零售药店准入评估标准表
6. 评估结果不合格告知书

潮州市医疗保障事业管理中心

2021 年 8 月 31 日



公开方式：主动公开

抄送：市医疗保障局，各县（区）医疗保障局。

潮州市医疗保障事业管理中心综合股

2021 年 8 月 31 日印发

附件 1:

档案编号: -

潮州市医疗保障 定点零售药店申请表

申请单位 _____
联 系 人 _____
手 机 _____
固定电话 _____
电子邮箱 _____

潮州市医疗保障事业管理中心 制

药店名称		
营业执照号		
药品经营许可证号		
法人及身份证号		
负责人及身份证号		
药店地址		
所在县区 街道（镇）		
开户银行名称		
银行帐号		
法定代表人、主要负责人、实际控制人是否被列入失信名单		
从业人员	注册在本零售药店的执业药师 人	
	在本零售药店的其他药学技术人员 人	
	其他从业人员 人	
从业人员 ☐ 是 ☐ 否 签订 1 年以上劳动合同， ☐ 是 ☐ 否 购买基本医疗保险		
☐ 是 ☐ 否 具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准		
☐ 是 ☐ 否 开展药品分类分区管理，并设立明确的医保用药标识		
☐ 是 ☐ 否 有医保药品、医保费用结算、医保人员管理制度		
☐ 是 ☐ 否 有财务、统计信息管理制度		
营业时间	每天 个小时，自 时 分至 时 分	

经营 药品 品种 数量	类 别		数 量		
	西 药		种		
	中成药		种		
	中药饮片		种		
药房总面积		平方米		计算机	台
申请 内容 及 声明	本药店愿意承担医疗保障定点服务，并已建立与医保管理相适应的内部管理制度，并承诺实现与医保信息系统有效对接、建立医保药品基础数据库并按规定使用国家和省统一的医保编码，为参保人提供直接联网结算，现申请确认零售药店医疗保障定点资格。本人声明以上填写内容正确无误，所提交的证照和证明材料真实有效。如有虚假，本药店及本人愿意承担由此产生的一切责任。 药店法人签字： (公章) 年 月 日				

说 明

一、本申请表一式三份，用黑色钢笔或签字笔填写。

二、申请医疗保障定点零售药店资格确认须提交下列材料（有关证照原件校验无误后当场退还，证照复印件及其他书面材料应加盖申请单位公章）：

（一）《潮州市医疗保障定点零售药店申请表》（一式三份）。

（二）有效的《营业执照》和《药品经营许可证》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。

（三）最近 3 个月的财务报表。

（四）取得执业药师资格证或药学专业技术资格证书（含临床药学、中药学）且注册地在申请的零售药店的人员名单，并提供相关人员的资格证书的原件及复印件、劳动合同的原件及复印件、身份证复印件、参保缴费证明。

（五）专（兼）职医保管理的人员名单，并提供相关人员的劳动合同原件及复印件、身份证复印件、参保缴费证明。

（六）营业场所平面图，并能够明确药品分类分区管理。

（七）药店现销售的医疗保险药品目录清单。

（八）与医保有关的信息系统相关材料。

（九）药店内部管理制度等相关书面材料，包括医保药品管理制度、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。

（十）药店购进（配送）、验收、销售等三个环节信息系统录入、查询数据情况的数码截图或照片打印件至少各 2 张。

（十一）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告。

附件 2:

潮州市医疗保障定点零售药店申请受理回执

年 号

_____:

你单位申请成为医疗保障定点零售药店，相关资料经初审符合要求，现予以受理。

受理单位（盖章）

年 月 日

存 根

潮州市医疗保障定点零售药店申请受理回执

年 号

_____:

你单位申请成为医疗保障定点零售药店，相关资料经初审符合要求，现予以受理。

受理单位（盖章）

年 月 日

一次性补正材料告知书

编号：

_____：

你单位于_____年_____月_____向我单位申请零售药店医疗保障定点业务。经审查，需要补充以下打“√”部分的材料：

☐《潮州市医疗保障定点零售药店申请表》；

☐有效的《营业执照》和《药品经营许可证》副本原件及复印件，法定代表人、主要负责人或控制人身份证复印件；

☐最近 3 个月的财务报表；

☐从业人员的资格证书原件及复印件、劳动合同原件及复印件、身份证复印件、参保缴费证明；

☐营业场所平面图；

☐与医保有关的信息系统相关材料；

☐内部管理制度；

☐营业场所平面图；

☐纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告。内容包括但不限于年度基金拟支出总量、使用计划、涉及的药品类型、受益人群等。

☐其他材料：_____。

补充材料期间不起算评估时间，待你单位按要求补充材料后再行组织评估。

受理单位（盖章）

年 月 日

一次性补正材料告知书送达回执

_____ :

你单位于_____年_____月_____日向我单位申请零售药店医疗保障定点业务。经审查，需补充相关材料，现我单位将《一次性补正材料告知书》送达你单位，具体如下：

送达文件名称：一次性补正材料告知书（编号：_____）

送达人：

被送达人：

签收人：

签收日期：

备注：

受理单位（盖章）

年 月 日

不予受理告知书

编号:

_____:

你单位于_____年_____月_____日向我单位申请零售药店医疗保障定点业务。经审查,因存在下列情形,根据《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第七条第项规定,我单位决定不予受理。

☐未依法履行行政处罚责任的。

☐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。

☐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。

☐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。

☐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。

☐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。

☐法律法规规定的其他不予受理的情形:_____。

如不服上述决定,可自收到本告知书之日起 60 日内向
有管辖权的行政复议机关申请行政复议,或在 6 个月内向潮
州市湘桥区人民法院提起行政诉讼。

受理单位(盖章)

年 月 日

不予受理告知书送达回执

_____ :

你单位于_____年_____月_____日向我单位申请零售药店医疗保障定点业务。经审核，因存在《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第七条规定的不予受理情形，现我单位将《不予受理告知书》送达你单位，具体如下：

送达文件名称：不予受理告知书（编号：_____）

送达人：

被送达人：

签收人：

签收日期：

备注：

受理单位（盖章）

年 月 日

潮州市医疗保障定点零售药店准入评估标准表

序号	评估项目及量化评分标准		满分 分值	提交的相关材料及说明
1	药店经营场所面积	(1) 经营场所面积100平方米及以上的，得10分； (2) 经营场所面积80（含）至100平方米的，得5分； (3) 经营场所面积60（含）至80平方米的，不得分。 (4) 经营场所面积60平方米以下的，不得参与评估。	10	营业场所平面图，现场查看
2	药店经营场所是否能够明确区分药品分类	(1) 能够明确区分药品分类的，得5分； (2) 无法区分药品分类的，不得分。	5	营业场所平面图，现场查看
3	药店陈列药品医保标识情况	(1) 医保药品有标识，且能够清晰区分，得5分； (2) 医保药品有标识，但还需进一步完善的，得3分。 (3) 医保药品没有标识，不得分。	5	现场查看
4	药店陈列药品价格标识情况	(1) 药品陈列明码标价，得5分； (2) 药品陈列未明码标价，不得分。	5	现场查看
5	为参保人提供发票、费用清单	(1) 能够提供发票、费用清单给参保人，得5分； (2) 仅能够提供发票或费用清单给参保人，得2分； (3) 无法提供发票或费用清单给参保人，不得分。	5	现场查看
6	注册在本药店的执业药师的数量	(1) 注册执业药师数量2名及以上的，得5分； (2) 注册执业药师数量1名的，得3分。	5	执业药师资格证、注册证原件及复印件
7	正常营业时间驻店药师数量	(1) 4名及以上的，得5分； (2) 2-3名，得3分； (3) 1名，得1分。	5	驻店药师证件原件及复印件、劳动合同原件及复印件，现场查看
8	专（兼）职医保管理人员数量	(1) 专职管理人员2名及以上的，得5分 (2) 专职管理人员1名的，得3分； (3) 仅兼职管理人员的，得1分；	5	医保管理人员身份证复印件、劳动合同原件及复印件，现场查看

序号	评估项目及量化评分标准		满分 分值	提交的相关材料及说明
9	药店其他从业人员数量	(1) 其他从业人员3名及以上的, 得5分 (2) 其他从业人员2名的, 得3分; (3) 其他从业人员1名的, 得1分;	5	其他从业人员身份证复印件、劳动合同原件及复印件, 现场查看
10	全部从业人员参加医疗保险情况	(1) 按照从业的人员100%的人数参保缴费的, 得10分; (2) 按照从业的人员80%及以上人数参保缴费的, 得5分; (3) 按照从业的人员60%及以上人数参保缴费的, 得2分;	10	医疗保障信息平台检验
11	药店营业服务时间情况	(1) 每日服务时间在18小时以上的, 得10分; (2) 每日服务时间在16~18 (含) 小时的, 得8分。 (3) 每日服务时间在14~16 (含) 小时的, 得6分。 (4) 每日服务时间在12~14 (含) 小时的, 得4分。	10	药店内部管理制度书面材料, 现场查看
12	药店销售的基本医疗保险药品种类数量	(1) 1500种以上, 得10分; (2) 1200种至1500种, 得8分; (3) 800种至1200种, 得5分; (4) 800种以下, 不得分。	10	药店现销售的医疗保险药品目录清单
13	药店医保药品管理、医保费用结算、医保人员管理、财务管理、统计信息管理等情况	能够完整建立相关制度的, 每建立1个得2分, 没有建立不得分, 满分10分。	10	药店内部管理制度书面材料, 现场查看
14	纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告的情况	(1) 能够提供完整的预测性分析报告的, 得5分; (2) 无法提供不得分	5	提供预测性分析报告的书面材料, 现场查看
15	药店对药品购进(连锁医药企业为配送)、验收、销售等环节实行计算机实时管理情况	(1) 已实时录入全部环节数据并可查询3个月以上时间的本药店的真实数据, 得5分; (2) 已实时录入全部环节数据并可查询3个月以下时间的本药店的真实数据, 得2分。	5	药店购进(配送)、验收、销售等三个环节收费信息系统录入、查询数据情况的数码截图或照片打印件至少各2张, 现场查看
分值合计			100	

附件 6-1

评估结果不合格告知书

编号：

_____：

你单位于_____年_____月_____日向我单位申请零售
药店医疗保障定点业务（受理编号：_____）。经
审查，你的申请事项经评估结果为不合格。

不合格理由：_____。

如不服上述决定，可自收到本告知书之日起 60 日内向
有管辖权的行政复议机关申请行政复议，或在 6 个月内向潮
州市湘桥区人民法院提起行政诉讼。

单位（盖章）

年 月 日

评估结果不合格告知书送达回执

_____ :

你单位于_____年_____月_____日向我单位申请零售药店医疗保障定点业务。经审查，你的申请事项经评估结果为不合格，现我单位将《评估结果不合格告知书》送达你单位，具体如下：

送达文件名称：评估结果不合格告知书（编号：_____）

送达人：

被送达人：

签收人：

签收日期：

备注：

单位（盖章）

年 月 日