

## 附件 1

## 定点医疗机构申请表

|                       |                                                                                                                                                                 |    |               |  |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------|--|
| 医疗机构名称                |                                                                                                                                                                 |    | 医疗机构地址        |  |
| 统一社会信用代码              |                                                                                                                                                                 |    | 执业许可证号        |  |
| 类 别                   | (见填表说明)                                                                                                                                                         |    | 级 别           |  |
| 经营性质                  | <input type="checkbox"/> 政府举办非营利性<br><input type="checkbox"/> 非政府办非营利性<br><input type="checkbox"/> 营利性                                                          |    | 经营面积<br>(平方米) |  |
| 所有制形式                 | <input type="checkbox"/> 全民 <input type="checkbox"/> 集体 <input type="checkbox"/> 私人<br><input type="checkbox"/> 中外合资(合作) <input type="checkbox"/> 其他(股份制、股份合作制) |    |               |  |
| 正式运营时间                |                                                                                                                                                                 |    | 主管部门          |  |
| 基本账户开户银行及账号           |                                                                                                                                                                 |    |               |  |
| 法定代表人                 | 姓名:                                                                                                                                                             |    | 联系电话:         |  |
|                       | 身份证号码:                                                                                                                                                          |    |               |  |
| 实际控制人<br>(主要负责人)      | 姓名:                                                                                                                                                             |    | 联系电话:         |  |
|                       | 身份证号码:                                                                                                                                                          |    |               |  |
| 主管医保工作负责人             |                                                                                                                                                                 |    | 联系电话          |  |
| 医保职能部门联系人             |                                                                                                                                                                 |    | 联系电话          |  |
| 在职职工人数                |                                                                                                                                                                 |    | 在本单位缴纳社保、医保人数 |  |
| 卫技人员汇总情况<br>(以注册人员为准) |                                                                                                                                                                 | 人数 | 第一注册地在本机构的人数  |  |
|                       | 医生                                                                                                                                                              |    |               |  |
|                       | 护士                                                                                                                                                              |    |               |  |
|                       | 医技                                                                                                                                                              |    |               |  |
|                       | 药师                                                                                                                                                              |    |               |  |
|                       | 合计                                                                                                                                                              |    |               |  |



## 附件 2

## 定点零售药店申请表

|                       |                                                       |       |     |                    |                                                                                                                    |          |     |              |
|-----------------------|-------------------------------------------------------|-------|-----|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----|--------------|
| 药店名称                  |                                                       |       |     | 药店地址               |                                                                                                                    |          |     |              |
| 统一社会信用代码              |                                                       |       |     | 药品经营许可证号           |                                                                                                                    |          |     |              |
| 所有制形式                 |                                                       |       |     | 药店性质               | 直营 <input type="checkbox"/> 加盟 <input type="checkbox"/><br>单体 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> |          |     |              |
| 药店许可经营范围              |                                                       |       |     |                    |                                                                                                                    |          |     |              |
| 营业面积<br>(平方米)         |                                                       |       |     | 正式运营时间             |                                                                                                                    |          |     |              |
| 基本账户<br>开户银行及账号       |                                                       |       |     |                    |                                                                                                                    |          |     |              |
| 上级公司名称                |                                                       |       |     | 上级公司地址             |                                                                                                                    |          |     |              |
| 法定代表人                 | 姓名:                                                   |       |     | 联系电话:              |                                                                                                                    |          |     |              |
|                       | 身份证号码:                                                |       |     |                    |                                                                                                                    |          |     |              |
| 是否独立法人                | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |       |     |                    |                                                                                                                    |          |     |              |
| 企业负责人                 | 姓名:                                                   |       |     | 联系电话:              |                                                                                                                    |          |     |              |
|                       | 身份证号码:                                                |       |     |                    |                                                                                                                    |          |     |              |
| 实际控制人                 | 姓名:                                                   |       |     | 联系电话:              |                                                                                                                    |          |     |              |
|                       | 身份证号码:                                                |       |     |                    |                                                                                                                    |          |     |              |
| 执业药师及其他药学<br>技术人员配置情况 | 姓 名                                                   | 性 别   | 年 龄 | 技术资格               | 发证<br>日期                                                                                                           | 证书<br>编号 | 注册地 | 劳动合同<br>有效时限 |
|                       |                                                       |       |     |                    |                                                                                                                    |          |     | 见填写说明        |
|                       |                                                       |       |     |                    |                                                                                                                    |          |     | 见填写说明        |
| 医保管理工作负责人             |                                                       |       |     | 联系电话               |                                                                                                                    |          |     |              |
| 医保管理<br>工作专职人数        |                                                       |       |     | 医保管理<br>工作兼职<br>人数 |                                                                                                                    |          |     |              |
| 医保管理人员                | 姓 名                                                   | 身份证号码 |     | 专(兼)职              | 劳动合同有效时限                                                                                                           |          |     |              |





## 附件 4

# 定点医药机构申请材料

### 一、定点医疗机构申请材料如下：

- (一) 定点医疗机构申请表；
- (二) 医疗机构执业许可证、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(含正、副本)；
- (三) 单位人员花名册及参保缴费证明，医师、护士、药学及医技等专业技术人员、专(兼)职医保管理人员、专(兼)职信息系统管理人员、专(兼)职财务管理人员需要注明；
- (四) 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；
- (五) 与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；
- (六) 纳入医保定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告，主要包括：1. 医疗机构基本情况(包括类别、经营性质、级别、面积、门诊和住院规模、科室设置、人员配备、诊疗服务范围、药品耗材管理、检查检验、信息系统、服务人群等)；2. 近 3 个月运营状况(医疗服务量、费用及人次情况、住院床位使用率等情况)；3. 预测分析纳入医保定点后医疗保障基金使用情况及安全风险防范预案等；
- (七) 省、市级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

### 二、定点零售药店申请材料如下：

(一) 定点零售药店申请表;

(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(含证照正、副本);

(三) 单位人员花名册及参保缴费证明,执业药师或药学技术人员、专(兼)职医保管理人员、专(兼)职信息系统管理人员需要注明;

(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) 专(兼)职医保管理人员的劳动合同复印件;

(六) 与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本;

(七) 与医保有关的信息系统相关材料;

(八) 纳入医保定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告,主要包括:1.零售药店基本情况(包括所有制形式、性质、面积、人员配备、服务范围、药品耗材管理、信息系统、服务人群等);2.近3个月运营状况(服务量、费用及人次情况等);3.预测分析纳入医保定点后医疗保障基金使用情况及安全风险防范预案等;

(九) 省、市级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

## 附件 5

# 定点医药机构评估细则指南

### 一、医疗机构

#### (一) 医疗机构基本情况

1. 核查营业执照(事业单位法人证书、民办非企业单位登记证书等)、医疗机构执业许可证(中医诊所备案证、诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证等)是否真实、有效, 医疗机构类型、资质等是否符合定点医疗机构申请条件;

2. 评估医疗机构经营场所周边医保定点配置情况, 核查是否符合当地定点医药机构资源配置规划要求;

3. 核查医疗机构经营场所产权证明或租赁合同等有关材料, 是否与注册地址一致, 是否固定、独立, 正式运营时长是否达到 3 个月;

4. 核查医疗机构是否建立与医保政策对应的完备的内部管理制度和财务制度等, 卫生健康主管部门对医疗机构评审的结果;

5. 核查是否存在不予受理定点申请的情况;

#### (二) 医疗机构人员情况

6. 核查工作人员花名册及劳动合同、参保缴费证明等材料, 是否按规定与其所有工作人员签订劳动合同, 缴纳社会保险; 其中医师、护士、药学和医技等专业技术人员以及专(兼)职医保管

理人员应签订劳动合同、连续足额缴纳社会保险 3 个月以上，返聘退休人员、多点执业人员应提供劳务合同及不少于 3 个月的工资流水；

7. 核查医师、护士、药学及医技等专业技术人员相关证书、执业信息和医师第一注册地信息；开展检查检验服务的至少有 1 名固定的具有相应资质的医技人员；

8. 核查医务人员是否按照执业许可范围提供医疗服务且正常在岗；

9. 核查医疗机构是否由主要负责人负责医保工作，并配备专（兼）职医保管理人员（签订劳动合同），严格规范落实医保制度并开展实际工作；100 张床位以上的医疗机构是否设内部医保管理部门，安排专职工作人员；

10. 核查医疗机构是否配备专（兼）职财务管理人员（签订劳动合同），严格规范落实财务制度并开展实际工作，财务科目设置健全合理，凭证档案保存完整，账实相符；

### （三）医疗机构服务能力情况

11. 核查医疗机构实际科室设置、床位数及医疗设备是否符合执业许可范围要求，并正常运营；

12. 核查医疗机构是否具备与服务功能相适应的服务水平，病历书写准确、规范，诊疗记录、医嘱等与病情及费用明细吻合，处方管理规范等；

13. 核查医疗机构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和仪器设备；

14. 核查医疗机构是否按照要求建立完整的药品耗材进销存管理系统并实际运用不少于 3 个月，贮存、审核、发放等是否符合要求；

15. 核查医疗机构是否具备与医保有关的信息系统，对接使用智能监管事前提醒接口，按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息，能够开展直接联网结算；是否具备设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库的条件，按规定使用国家统一医保编码；是否具备应用药品耗材追溯码的条件，能够及时准确采集追溯码；是否配备视频监控设备；是否配备专（兼）职信息系统管理人员（签订劳动合同），严格规范落实相关制度并开展实际工作；

16. 核查医疗机构药品、医用耗材等供应商的相关资质是否有效、齐全，医疗机构与供应商之间是否有有效合作协议、合同等，确保购入渠道正规、质量有保证；

17. 核查医疗机构是否存在申请过医保定点，但未在规定时间内完成联网结算、协议签订以及主动提出或者被解除定点等情形。

## **二、零售药店**

### **（一）零售药店基本情况**

1. 核查营业执照、药品经营许可证（医疗器械经营许可证）

等相关材料和法定代表人、企业负责人或实际控制人身份证；

2. 评估零售药店经营场所周边医保定点配置情况，核查是否符合当地定点医药机构资源配置规划要求；

3. 核查零售药店经营场所产权证明或租赁合同等有关材料，是否与注册地址一致，是否固定、独立，正式运营时长是否达到3个月；

4. 核查零售药店是否建立与医保政策对应的完备的内部管理制度和财务制度等；

5. 核查是否存在不予受理定点申请的情况；

## **(二) 零售药店人员情况**

6. 核查工作人员花名册及劳动合同、参保缴费证明等材料，是否按规定为其所有工作人员签订劳动合同，缴纳社会保险；其中执业药师和其他药学专业技术人员以及专(兼)职医保管理人员应签订劳动合同、连续足额缴纳社会保险3个月以上，且合同有效期为1年以上；返聘退休人员应提供劳务合同及不少于3个月的工资流水；

7. 核查执业药师资格证书或药学技术人员资格证书及执业地，是否正常在岗；

8. 核查是否配备至少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；

## **(三) 零售药店服务能力情况**

9. 核查零售药店经营范围(区分医药用品专营、兼营食品日

## 附件 6

### 枣庄市医疗保险协议定点医疗机构评估标准

医疗机构名称：

评估日期： 年 月 日

| 指标类别 | 评估项目     | 评估标准                                                                                                                   | 评估情况 |
|------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 基本条件 | 证照情况     | 《医疗机构执业许可证》、中医诊所备案证、医疗机构设置批复文件、大型医疗仪器设备清单及配置许可证、经营场所的房产证明或租赁协议等证照材料齐全，申请材料与实际情况一致，按规定完成校验。证照不齐全的、主营业务不属基本医保支付范围的暂不纳入。  |      |
|      | 周边现有定点情况 | 步行距离 15 分钟范围内未有同级同类别定点医疗机构。符合要求的为合格，不符合的为不合格。                                                                          |      |
|      | 机构基本标准   | 按照卫健行政部门核准的诊疗科目执业，科室、设备及服务设施等符合卫生部门规定的标准；卫生技术人员配备符合与机构类别级别相符的床位配比要求；医护注册人数、执业类别等符合与机构类别级别相符的配备要求。完全符合要求的为合格，不符合的视为不合格。 |      |
|      | 正式运营时间   | 无对外出租、承包科室，正式运营满 3 个月（含）以上为合格；不足 3 个月的，暂不纳入。                                                                           |      |
|      | 医保管理     | 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。完全符合要求的为合格，不符合的视为不合格。                                      |      |
|      | 信息系统     | 确定系统开发商，签订合作协议，具备必要完善的医院信息系统。完全符合要求的为合格，不符合的视为不合格。                                                                     |      |
|      | 信用制度     | 机构的法定代表人、主要负责人或实际控制人未被列入失信人名单；原是医保定点被解除协议后符合重新受理相关规定。完全符合要求的为合格，不符合的视为不合格。                                             |      |

|      |                        |                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|------|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|      | 管理制度                   | 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，纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告科学、合理，有数据支撑，有参考性。完全符合要求的为合格，不符合的视为不合格。                                                                                                                             |  |
| 场所条件 | 经营情况（5分）               | 同一法定代表人（主要负责人）在现地址连续经营满一年及以上的，得5分；一年内法定代表人（主要负责人）有变更，或在现地址经营不满一年的，得1分。                                                                                                                                                                |  |
|      | 场所设立情况（5分）             | 机构独立设置，主体经营场所连续、便民，得5分。有下列情形之一的：机构未独立设置的，主体经营场所平面隔断或楼层不连续的，经营场所起始楼层位于二层及二层以上的，经营场所无独立进出通道的，得0分。                                                                                                                                       |  |
|      | 经营场所使用权或租赁合同剩余有效期限（5分） | 自提交申请之日起算，剩余有效期限满1年不足3年，得1分；满3年不足5年，得3分；5年及以上或产权所有，得5分，不满1年的不得分。                                                                                                                                                                      |  |
|      | 同级同类别定点间距情况（5分）        | 距最近同级同类定点医疗机构步行距离15分钟以上不足20分钟的，得3分；步行距离20分钟及以上的，得5分。                                                                                                                                                                                  |  |
| 系统条件 | 信息系统建设情况（10分）          | 具备符合医保协议管理要求的医院信息系统技术和接口标准，进销存、智能监控、电子病历等系统具备与医保系统对接条件，得5分；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，已进行医保编码贯标的，得2分。具备推进医保“三电子两支付”医保数字化等有关应用以及开通本地、异地医保个人账户“持医保电子凭证和实体社保卡支付”两种消费模式等条件，按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息，具备直接联网结算条件的，得3分。 |  |
|      | 数据及技术人员（5分）            | 信息系统数据准确全面，数据保存不少于3个月，得3分；有专业技术人员负责系统信息维护工作，得2分。                                                                                                                                                                                      |  |
|      | 监控设备情况（5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3个月不间断的监控影像资料的，得5分；可提供影像资料但不足3个月的，得3分；不能正常使用、不能提供影像资料以及未安装的，得0分。                                                                                                              |  |

|        |                                                                            |                                                                                                                                                |  |
|--------|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 服务能力条件 | 价格公示情况（10分）                                                                | 所有零售药品、医疗器械、医用耗材明码标价的，得5分；实行结算清单制度的得3分；可提供机打发票的得2分；无公示的得0分。                                                                                    |  |
|        | 财务及进销存管理情况（15分）                                                            | 1. 设置会计岗位，建立系统的会计核算和药品管理系统，得5分，未建立0分。2. 抽查药品、器械、耗材等购、销、存记录，真实完整的得5分，发现1例次记录不真实或不完整的，得0分；3. 票、账、货相符，资料按规定期限保存齐全得5分，发现1例次票、账、货不相符或资料未按规定保存的，得0分。 |  |
|        | 病历诊疗相关情况（8分）                                                               | 病历书写准确、规范，得2分；诊疗记录、医嘱等与病情及费用明细吻合，得3分。严格执行处方管理规定，加强处方规范化管理，得3分。                                                                                 |  |
|        | 药品耗材供应相关情况（5分）                                                             | 药品、医用材料供应商的相关资质、合格证明文件等材料齐全，并建立购进记录台账，确保购入渠道正规，得5分，不齐全的得0分。                                                                                    |  |
|        | 业务开展范围（5分）                                                                 | 无法现场提供处方或病历的，得0分；只开展门诊业务的得3分；同时开展住院业务的得5分。                                                                                                     |  |
|        | 卫生技术人员实际在岗情况（10分）                                                          | 注册情况、工资发放情况、排班情况相一致的卫生技术人员占总卫生技术人员的百分比乘以本项分值。                                                                                                  |  |
|        | 劳动合同及保险缴纳情况（7分）                                                            | 劳动年龄内的卫生技术人员（医、技、护、药）签订劳动合同并在本单位缴纳医保人数占总人数的百分比乘以本项分值计算得分。                                                                                      |  |
| 最终结果   | 基本条件：    合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> 其他条件总得分： |                                                                                                                                                |  |

备注：基础条件一项不合格，评估结果即为不合格；其他条件总得分85分（含）以上，评估结果为合格，85分以下，评估结果为不合格。

医疗机构主要负责人签字（盖章）：

评估人员签字（两人以上）：

经办机构主要负责人签字（盖章）：

## 附件 7

### 枣庄市医疗保险协议定点零售药店评估标准

| 指标类别 | 评估项目     | 评估标准                                                                                                                 | 评估情况 |
|------|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 基本条件 | 证照情况     | 《药品经营许可证》、《营业执照》等证照齐全的，申请材料与实际情况一致，按规定完成校验。完全符合要求的，为合格。                                                              |      |
|      | 周边现有定点情况 | 步行距离 15 分钟范围内未有定点零售药店。符合要求的为合格，不符合的为不合格。                                                                             |      |
|      | 正式运营时间   | 正式运营满 3 个月（含）以上为合格；不足 3 个月的，暂不纳入。                                                                                    |      |
|      | 药师配备     | 配备至少 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，且注册地在该药店所在地，药师须签订 1 年以上劳动合同且在合同期内。完全符合要求的为合格，不符合的视为不合格。                  |      |
|      | 医保管理     | 至少有 2 名熟悉医保相关法律法规和制度规定的专（兼）职医保管理人员，签订 1 年以上劳动合同且在合同期内。完全符合要求的为合格，不符合的视为不合格。                                          |      |
|      | 信息系统     | 确定系统开发商，签订合作协议，具备必要完善的药店信息系统。完全符合要求的为合格，不符合的视为不合格。                                                                   |      |
|      | 药品管理     | 按照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。完全符合要求的为合格，不符合的视为不合格。                                                    |      |
|      | 信用制度     | 药店的法定代表人、主要负责人或实际控制人未被列入失信人名单；原是医保定点被解除协议后符合重新受理相关规定。完全符合要求的为合格，不符合的视为不合格。                                           |      |
|      | 管理制度     | 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等，纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告科学、合理，有数据支撑，有参考性。完全符合要求的为合格，不符合的视为不合格。 |      |

|        |                        |                                                                                                                                                                                                            |  |
|--------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 场所条件   | 经营情况（5分）               | 同一法定代表人（主要负责人）在现地址连续经营满一年及以上的，得5分；一年内法定代表人（主要负责人）有变更，或在现地址经营不满一年的，得1分。                                                                                                                                     |  |
|        | 场所设立情况（5分）             | 药店独立设置，主体经营场所连续、便民，得5分。有下列情形之一的：药店未独立设置的，主体经营场所平面隔断或楼层不连续的，经营场所起始楼层位于二层及二层以上的，经营场所无独立进出通道的，得0分。                                                                                                            |  |
|        | 经营场所使用权或租赁合同剩余有效期限（5分） | 自提交申请之日起算，剩余有效期限满1年不足3年，得1分；满3年不足5年，得3分；5年及以上或产权所有，得5分，不满1年的不得分。                                                                                                                                           |  |
|        | 经营环境及内容（10分）           | 营业面积在60m <sup>2</sup> 以上的，得2分；营业、办公和仓储实行区域划分或实现隔离，得3分，药店经营范围符合证照许可范围，对个人账户金支付范围内的商品和范围外的商品分区域、分货架摆放，并设置明显标识和服务提示，符合的，得5分。不符合的，不得分。                                                                         |  |
|        | 与已有定点零售药店间距情况（5分）      | 距最近定点零售药店步行距离15分钟以上不足20分钟的，得3分；步行距离20分钟及以上的，得5分。                                                                                                                                                           |  |
| 系统条件   | 信息系统建设情况（10分）          | 具备符合医保协议管理要求的医院信息系统技术和接口标准，进销存、智能监控等系统具备与医保系统对接条件，得5分；设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，已进行医保编码贯标的，得2分。具备推进医保“三电子两支付”医保数字化等有关应用以及开通本地、异地医保个人账户“持医保电子凭证和实体社保卡支付”两种消费模式等条件，按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息，具备直接联网结算条件的，得3分。 |  |
|        | 监控设备情况（5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3个月不间断的监控影像资料的，得5分；可提供影像资料但不足3个月的，得3分；不能正常使用、不能提供影像资料以及未安装的，得0分。                                                                                   |  |
| 服务能力条件 | 药学技术人员在岗情况（5分）         | 营业时间内有与经营范围相适应的药师（处方审核人员）、质量管理人员在岗，得5分；人员未按规定在岗不得分。                                                                                                                                                        |  |

|                  |                                                                                                                                                |  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 财务及进销存管理情况（15分）  | 1. 设置会计岗位，建立系统的会计核算和药品管理系统，得5分，未建立0分。2. 抽查药品、器械、耗材等购、销、存记录，真实完整的得5分，发现1例次记录不真实或不完整的，得0分；3. 票、账、货相符，资料按规定期限保存齐全得5分，发现1例次票、账、货不相符或资料未按规定保存的，得0分。 |  |
| 处方管理（5分）         | 处方药管理规范，处方保存、登记制度健全，外配处方实行审方、配方、复核程序，并有人员签字。完全符合要求的得5分，不符合要求的不得分。                                                                              |  |
| 合理定价（5分）         | 按照公平、合法、诚实守信原则对药品、耗材等进行明码标价。完全符合要求的得5分，不符合要求的不得分。                                                                                              |  |
| 经营品种（5分）         | 按照山东省现行药品目录，药品品种数超过600的得5分，超过500的得4分，超过400的得3分，超过300的得2分，超过200的得1分，低于200的不得分。按照药品批准文号为单位统计计算。                                                  |  |
| 储存及配送（5分）        | 具备全程冷链运输、储存管理等服务能力的，得3分，提供送药上门服务的，得2分。不具备相应能力的不得分。                                                                                             |  |
| 连锁化经营的零售药店（5分）   | 属于连锁化经营的药店得5分，单体零售药店不得分。                                                                                                                       |  |
| 劳动合同及保险缴纳情况（10分） | 药店与其药学技术人员、收费人员等从业人员均签订劳动合同，并且在本单位（含连锁总部）连续按时足额缴纳医保。每发现1人次未依法签订劳动合同或未在本单位按时足额缴纳职工医保，扣5分。（核查范围不包含劳动年龄之外的职工）                                     |  |
| <b>最终结果</b>      | 基本条件：    合格 <input type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/> 其他条件总得分：                                                                     |  |

备注：基础条件一项不合格，评估结果即为不合格；其他条件总得分85分（含）以上，评估结果为合格，85分以下，评估结果为不合格。

药店主要负责人签字（盖章）：

评估人员签字（两人以上）：

经办机构主要负责人签字（盖章）：

