医药价格和招采信用评价服务指南

一、适用范围

（一）涉及的内容：参与浙江省药械采购平台的相关企业医药价格和招采信用评价。

（二）适用对象：作为我省药械采购平台在线医药产品（含药品和医用耗材）挂网、中标或配送主体的医药企业，或其具有独立法人资格的下属子公司。

1. 办事依据

（一）《中共浙江省委浙江省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（浙委发〔2020〕29号）。

（二）《国家医疗保障局关于建立医药价格和招采信用评价制度的指导意见》（医保发〔2020〕34号）。

（三）《医药价格和招采信用评价的操作规范（2020版）》（医保价采中心函〔2020〕24号）。

（四）《医药价格和招采信用评级的裁量基准（2020版）》（医保价采中心函〔2020〕25号）。

（五）浙江省药械采购中心关于印发《浙江省医药价格和招采信用评价制度（试行）》（浙药采〔2020〕10号）的通知等。

三、申请材料目录

（一）《医药企业价格和营销行为信用承诺书》原件和情况说明；

（二）医药企业失信行为案例信息报告书（有失信行为发生时），应主动报告失信信息。医药企业应自法院判决或部门行政处罚决定生效之日起，30日（自然日，有特殊说明的除外）内向省药械采购中心提供书面报告；

（三）企业法定代表被授权人本人携带授权书和身份证原件。

四、申请接收和处理

1. 提交方式：现场或网上提交；

（二）接收时间：法定工作日，上午8:30~11:30,下午13:30~17:00；

（三）联系电话：0571-86409269；

（四）处理时间：①《医药企业价格和营销行为信用承诺书》递交一般应当自受理之日起30日内办结；②失信行为：省药械采购中心正式公布评级结果前20日，书面通知相关医药企业，告知信用评级的结果和依据。省药械采购中心每季度第一个月的最后一个工作日前通过浙江省药械采购平台集中公布最新一期信用评级结果，并同步采取相应的处置措施。

（五）办公地址：杭州市拱墅区江南巷2号3号楼；

 附件1

**医药价格和招采信用评价办事流程图**

**申请材料：**

（一）《医药企业价格和营销行为信用承诺书》原件和情况说明；

（二）医药企业失信行为案例信息报告书（有失信行为发生时），应主动报告失信信息。自法院判决或部门行政处罚决定生效之日起，30日（自然日，有特殊说明的除外）内向省药械采购中心提供书面报告；

（三）企业法定代表被授权人本人携带授权书和身份证原件。

**开始**

**信用承诺书**

**资料递交**

**失信行为报告书**

**登记归档**

**浙江省药械采购中心受理**

每季度第一个月的最后一个工作日前通过浙江省药械采购平台集中公布最新一期信用评级结果，并同步采取采用的处置措施

**失信信息确认**

**核查**

**失信行为信用评级**

**办结**

**失信责任处置**

**企业信用修复**

编号：CN33 (统一社会信用代码) (时间码)

附件2

**医药企业价格和营销行为信用承诺书**

浙江省药械采购中心 ：

我方 （×××公司） ，就在你省参加或受委托参加药品和医用耗材集中采购、平台挂网、产品配送，郑重做出以下承诺：

一、严守法纪、恪守诚信

（一）我方承诺，自觉遵守《民法典》《价格法》《药品管理法》《反不正当竞争法》《反垄断法》等法律法规，医药价格和招标采购的政策，以及浙江省集中采购相关文件之规定，诚信经营，共同营造公平的交易环境。

（二）我方承诺，不向采购我方药品（医用耗材）的医疗机构管理人员、采购人员、医师、药师等有关人员给予回扣或其他不正当利益。

（三）我方承诺，不实施虚开虚受增值税发票及其他形式虚构服务套现洗钱行为。

（四）我方承诺，不利用药品（医用耗材）垄断地位或市场支配地位，操纵药品（医用耗材）价格和供应牟取暴利。不针对不同群体、不同渠道制定实施明显不合理的差异化定价。

二、履行合同、配合监管

（一）我方承诺，具有履行协议必须具备的药品（医用耗材）供应能力，除我方不可抗的因素造成供应困难外，保证在采购周期按照中标（挂网）价格及时足量供应药品（医用耗材），满足临床需求。

（二）我方承诺，遵循公平、合理和诚实信用、质价相符的法定原则定价，将价格与成本、供求合理匹配，保持不同品规、不同区域之间价格平衡，维护价格一定时期内相对稳定。因第三方实施垄断、操纵市场，或要素成本剧烈变化等情形被动提高药品（医用耗材）价格的，我方承诺在上述情形终止后，及时纠正价格。

（三）我方承诺，及时、全面、完整、规范申报失信信息，不漏报，不瞒报，不推诿。

三、违约担责，接受处置

（一）我方承诺，如我方药品（医用耗材）购销中存在违背已承诺事项的，我方愿意接受浙江省药械采购中心作出的信用评级结果以及结合信用等级实施的处置措施。

（二）我方承诺，严格管理员工（含雇佣关系，以及劳务派遣、购买服务、委托代理等关系），在法律法规允许的范围内从事经营活动。如果我方员工在我方药品（医用耗材）购销中因给予回扣或其他不正当利益的行为，受到司法机关、行政执法机关惩处，我方承诺承担失信违约责任，接受浙江省药械采购中心作出的信用评级结果以及结合信用等级实施的处置措施。

（三）我方承诺，严格约束委托代理人（具有委托代理关系的法人和自然人）在法律允许的范围内从事经营活动。如果受我方委托代理人，因涉及我方药品（医用耗材）的回扣等医药商业贿赂行为，受到司法机关、行政执法机关惩处，我方承诺承担失信违约责任，接受浙江省药械采购中心作出的信用评级结果以及结合信用等级实施的处置措施。

（四）我方承诺，主动维护良好信用，必要时采取切实措施修复信用。

法人企业(盖章): 承诺企业(盖章):

**(非法人企业加盖)**

法定代表人(签字):

202 年 月 日

**编号填写说明：**请承诺企业将编号上的括弧及括弧内容删除，填入对应需填写的信息，其余信息无需改动，其中时间码共8位，按照年/月/日的方式编制（YYYY/MM/DD），以本书面承诺的落款时间为准，如下:“编号:CN339122XXXX605117738T20200131”。

附件3

**医药企业失信行为案例信息报告书**

浙江省药械采购中心：

根据《浙江省医药价格和招采信用评价制度（试行）》等文件要求，现就我公司（医药企业标准全称） 涉案/涉事信息进行主动报告，具体如下：

□ （医药企业/医药企业员工/医药企业委托代理人） 于 （时间YYYY/MM/DD） 至 （时间YYYY/MM/DD） ，分 次向 （受贿主体[[1]](#footnote-1)） 给予回扣或其他不正当利益，以使其经营的 （药品/医用耗材通用名称“商品名/品牌名称”） 获得额外的交易机会、竞争优势和销售数量，累计折合人民币 万元，其中单笔给予回扣或其他不正当利益累计最高的，折合人民币 万元，涉及其生产的被 （审判机关/行政执法机关名称） 初审/终审/查实 认定 违反《xxx法》第x章第x条第x款 ，构成 （罪名） 罪，判决结果/行政处罚决定 （文书编号）[[2]](#footnote-2) 自（时间YYYY/MM/DD）生效。

□ （医药企业） 于 （时间YYYY/MM/DD） 至 （时间YYYY/MM/DD） ，自 （开票企业） 取得虚开的增值税发票 张，价税合计 万元，违反 《xxx法》第x章第x条第x款 ，被 （行政执法机关名称） 处罚，行政处罚决定 （文书编号） 自（时间YYYY/MM/DD）生效。

□ 因 （药用/医用原料企业） 对 （药用/医用原料名称）实施垄断，采购该原料的 （医药企业） 较大幅度上调 （药品/医用耗材通用名称“商品名/品牌名称”） 价格。 （药用/医用原料企业）被 （行政执法机关名称） 认定构成垄断，相关行政处罚决定 （文书编号） 自（时间YYYY/MM/DD）生效后， （医药企业）拒绝纠正偏高价格。

□ 因 （医药企业） 较大幅度上调 （药品/医用耗材通用名称“商品名/品牌名称”） 价格，被 （行政执法机关名称） 认定 违反《xxx法》第x章第x条第x款 构成 垄断/价格违法 。相关行政处罚决定 （文书编号） 自（时间YYYY/MM/DD）生效后， （医药企业）拒绝纠正违法价格。

□ 因 （医药企业） 经营的 （药品/医用耗材通用名称“商品名/品牌名称”） 价格出现第 （《裁量基准2.5.1.1-2.5.1.6》） 类异常变动，于（时间YYYY/MM/DD）被 （省份） 医疗保障部门 函询/调查/约谈/告诫/检查 ，企业 推诿/拒绝/不能充分说明原因/作出虚假陈述或承诺 。

**填报说明：**➀选择应报告的信息项进行填写，未涉及的项目可予以删除；➁相同项目涉及多起事件的，需复制格式填写；➂除填报上述信息外，并应将信息填报的依据作为附件一并报送。

 附件：上述涉案或涉事信息填报的依据，包括各级人民法院、市场监管局、税务局、纪检监察等相关部门的裁判文书、行政处罚决定文书等。

报告企业（盖章）:

法定代表人（签字）:

202 年 月 日

附件 4

法定代表人授权书

本授权书声明：

注册于 （公司地址）的 公司（公司名称）的在下面签字的 （法人代表姓名、职务）代表本公司授权 （被授权人所在单位）的在下面签字的 （被授权人的姓名）为公司的合法代理人，负责本次提交资质文件等工作，并以本企业名义处理一切与之有关的事务。执行期内如遇授权人变更须提交新的授权。

本授权书授权期限为 年 月 日至 年 月 日。

配送企业名称（盖章）

法定代表人签字或盖章

法定代表人授权人签字或盖章

法定代表人授权人联系方式

法定代表人授权人职务

法定代表人授权人单位名称

法定代表人授权人地址

法定代表人授权人居民身份证复印件（加盖单位公章）

**（居民身份证正面复印件粘贴处）**

**（居民身份证背面复印件粘贴处）**

1. 受贿主体可隐去单位名称和个人信息，如xx市某三级甲等公立医院xx科主任 [↑](#footnote-ref-1)
2. 法院裁判文书编号、行政执法机关行政处罚决定文书的文号或编号 [↑](#footnote-ref-2)