

七市药械采购联盟医用耗材联合采购规则

根据山东省医疗保障局《关于开展公立医疗机构药品联合采购工作的通知》及《淄博-青岛-烟台-潍坊-威海-东营-滨州七市药械采购联盟医用耗材联合采购公告》等相关规定，七市药械采购联盟制定了本次采购规则。具体内容如下：

一、现场议价规则

(一) 资格条件。经审核，符合七市药械采购联盟医用耗材联合采购公告的生产企业为入围企业。入围企业进行价格谈判时应提供法定代表人授权书、医用耗材的纸质报价单等相关资料(见附件 1-2)。如议价产品取得质量认证(SFDA、FDA、CE)、近三年内国家(科技部)科技进步奖等证明材料需一并提供。

(二) 申报价格

1、申报价。申报价即申报企业的实际供应价，应包括产品税费、设计、生产、包装、保险、运输、配送、检测、验收、售后等在内的所有费用，不得低于成本价；申报价应体现本次七市药械采购联盟采购所节省成本因素，原则上不应高于本企业同产品品种 2019 年 1 月 1 日—2019 年 12 月 31 日在山东省医疗机构最低供货价格。申报降价幅度按百分比计算。

2、申报企业应在规定时间内进行报价、确认。报价具

有法律效力，申报企业须承担相应责任。

3、申报企业须按最小采购单元（最小零售包装）进行报价，申报企业报价均以人民币（元）为单位（小数点后保留两位）。

（三）现场议价。原则上依照产品类型进行分组。谈判专家按耗材种类分组与议价企业进行2轮面对面谈判。

第一轮谈判：入围企业在规定的时间内（2分钟）依次进行生产能力、产品性能、临床使用、售后服务等情况介绍，谈判专家组综合临床使用效果、价格合理等因素，参照评分规则进行打分，依据得分的高低确定备选产品名单。备选产品入选比例为：同一类型、规格（以公告公布为准，下同）的产品超过10家企业的按75%比例确定；10家及以下的按85%确定；少于等于3家的，则直接确定入选资格，进行第二轮谈判。同时保证同一类型、规格的产品价格最低的1个产品进入第二轮谈判。

第二轮谈判：入围第二轮的议价企业进行第二次报价，谈判专家组在规定的时间内（3分钟）与议价企业进行谈判，综合评估医疗机构改变耗材使用习惯风险，优先选择临床替代性较好、差异性不大、已具有一定卫生经济评估条件的产品，依据评分标准进行打分，按照得分高低确定拟中选产品。

如出现多个品种得分相同的情况，则由谈判专家组讨论确定是否进行再一轮打分。其他出现的特殊情况，由谈判专家组共同讨论决定。

拟中选结果在七市医疗保障局等官方网站公示，并接受申投诉。公示无异议后，七市药械采购联盟发布中选结果。以中选企业议价谈判确认后的价格作为该企业的中选价格。

二、采购规则

（一）采购量。自联合采购实施之日起，七市联盟采购医疗机构要与生产企业签订带量购销合同，在一个年度周期内，按照使用需要合理采购耗材，并确保采购中选耗材使用量不低于2019年整年度同规格耗材采购量的80%。剩余用量，医疗机构可采购其他价格适宜的耗材。鼓励医疗机构优先使用与生产企业直接结算的中标产品。

（二）货款支付。七市参加联盟采购的医疗机构要严格执行“从中选耗材交货验收之日起至第二个月末完成支付货款”的政策要求，及时完成货款支付。

（三）医保支付。各市医保局可结合实际情况，决定是否将同规格耗材以中选价格作为医保支付标准，原则上，同规格非中选产品支付标准不高于中选产品。

三、其它规定

（一）中标企业要防止因价格下降而降低耗材质量，建立应急储备、库存和停产报告制度，确保产品供应，并在购销合同中予以明确。

（二）中选企业出现质量问题或供货不到位的，列入不良行为记录，取消该企业该种类规格的中选资格，从取消之

日起该种类规格两年内不得参加七市联盟耗材集中招标采购活动。

(三) 中选产品实行留样管理，确保日后产品质量状况可追溯。

四、本规则由七市药械采购联盟解释

五、附件

附件 1：法定代表人授权书

附件 2：报价单

淄博-青岛-烟台-潍坊-威海-东营-滨州七市药械采购联盟

2020 年 5 月 25 日

附件 1:

法定代表人授权书

本授权书声明：注册于 (地址) 的 (公司) 的 (法定代表人姓名、职务) 授权 (被授权人的姓名、职务) 为公司的合法代理人，就淄博-青岛-烟台-潍坊-威海-东营-滨州七市药械采购联盟医用耗材联合议价采购项目，以本公司名义处理递交申报材料、进行议价谈判确认等一切与之相关的事务。本公司与被授权人共同承诺本次申报的真实性、合法性、有效性。

本授权书于 年 月 日签字生效，有效期至本次联合采购工作截止日止。

特此声明。

授权法定代表人签字盖章：

职务（法人）：

被授权人签字盖章：

联系方式（手机）：

单位名称：

地址：

出具授权书的生产企业（盖章）

签署日期 年 月 日

代理人（被授权人）居民身份证复印件
(居民身份证复印件骑缝处加盖企业公章)

代理人（被授权人）

居民身份证复印件粘贴处

附件 2:

报价单

申报企业: (盖章)

产品名称	注册证号	规格	型号	最小采购单元 (即最小零售包装)	生产企业	申报价(元)	申报价降 低幅度

备注: 申报价降低幅度以七市二级及以上医疗机构的平均采购价作为基数, 按规定计算方式进行测算。

单位负责人签字盖章:

报价人身份证号(签字确认):

年 月 日