

定点零售药店医保信用评价指标

一级指标	二级指标	序号	三级指标	指标性质	评价内容及要求	评价方法	评分标准
协议履行	基础管理	1	机构设置	定性	建立健全医保管理服务部门，配备专（兼）职管理人员。	年度考核	达不到要求扣 10 分。
		2	规章制度	定性	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。	年度考核	每缺一项制度扣 5 分，最多扣 20 分。
		3	宣传培训	定性	①采取多种方式开展医疗保险政策宣传，为参保人员提供咨询服务；②应当组织医保管理人员参加由医疗保障行政部门或经办机构、稽核机构组织的宣传和培训；③应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训。	年度考核	每项达不到要求扣 5 分。
		4	信息系统	定性	①指定专人负责医保信息系统管理，明确工作职责，合理设置管理权限；②具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，为参保人员提供直接联	年度考核	每项达不到要求扣 10 分。

			<p>网结算，建立医保药品等基础数据库，按规定使用国家统一医保编码；③应做好与医保有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。定点零售药店重新安装信息系统时，应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据；④按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据。</p>		
5	收费规定	定性	<p>①提供药品服务时应核对参保人员有效身份凭证，做到人证相符。特殊情况下为他人代购药品的应出示本人和被代购人身份证；②按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则确定销售价格，遵守药品价格政策；③为参保人员提供医保药品费用直接结算单据和相关资料，参保人员或购药人应在购药清单上签字确认；④凭外配处方购药的，应核验处方使用人与参保人员身份是否一致。</p>	日常抽查年度考核	每项达不到要求扣10分
6	报送制度	定性	<p>①按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息；②未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息。</p>	年度考核	每项达不到要求扣10分。
7	凭证管理	定性	<p>按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料。</p>	日常抽查年度考核	未按规定保管的，每次扣10分，最多扣30分。

	8	处方管理	定性	①应当凭处方销售医保目录内处方药，药师应当对处方进行审核、签字后调剂配发药品；②应凭定点医疗机构开具的外配处方销售药品、外配处方必须由定点医疗机构医师开具，有医师签章；③应将参保人员医保目录内药品外配处方、购药清单等保存 2 年，以备医疗保障部门核查。	日常抽查年度考核	每项达不到要求扣 10 分。
	9	变更备案	定性	定点零售药店名称、执业地址等发生变化时，及时向医疗保障部门提供相关材料备案，申请变更。	日常抽查年度考核	发生变更未按规定办理相关手续的，发现一次扣 10 分。
	10	自查自纠	定性	定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。	年度考核	达不到要求扣 10 分。
	11	工作配合	定性	配合医疗保障部门开展智能监控审核稽核、履约考核、监督检查等。	日常抽查年度考核	拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、履约考核、监督检查等或者提供虚假情况，扣 20 分。
服务质量	12	数据质量	定性	①确保向医疗保障经办机构传输的参保人员就医、结算及其他相关信息均由信息系统自动生成，真实、准确并实时传输；②严格执行信息网络安全管理规定，做好数据备份；③传输数据不得人为篡改作假。	年度考核	①②达不到要求每项扣 5 分；③达不到要求扣 20 分

		13	应急预案	定性	制定应急预案，因信息系统出现故障并影响参保人员就医结算时，须及时通知医疗保障经办机构并启动应急预案，做好解释工作。	年度考核	达不到要求扣 10 分。
		14	满意度评价	定性	参保患者满意度=评价满意的被调查参保患者人数/接受调查的参保患者总数×100% 。	日常抽查 问卷调查	扣除分值=（1-满意度）×40（分）。
		15	媒体报道	定量	按本机构被主流媒体报道，经医疗保障部门认可的，按照报道数量赋分。	日常抽查	根据期内被媒体报道关于医疗保障工作情况的，正面情况每例加 10 分，最多加 20 分；负面情况每例扣 10 分，最多扣 20 分；多家媒体报道同一事件不重复计分。
		16	其他行为	定性	严格执行医保服务协议的各项条款。	年度考核	视情况扣除。
协议履行	协议处理	17	约谈	定量	被医疗保障经办机构约谈的。	日常抽查	按次数扣分，每次扣 50 分。
		18	通报	定量	被医疗保障部门通报的。	日常抽查	按次数扣分，每次扣 100 分。
		19	追	定	被医疗保障经办机构追回费用。	日	按金额扣分，计算公

		回费用	量		常抽查	式为：（追回费用金额/本药店医保基金支付总额）×500分。	
		20	拒付费用	定量	被医疗保障经办机构拒付费用。	日常抽查	按金额扣分，计算公式为：（拒付费用金额/本药店基金支付总额）×500分。
		21	暂停结算	定量	被医保经办机构暂停结算的。	日常抽查	按数量扣分，每次扣10分，最多扣50分。
		22	中止协议	定量	被医疗保障部门中止协议的。	日常抽查	按累计月份扣分，不满3个月的扣10分，满3个月不满6个月的扣20分，6个月以上的扣50分。
基金监管	一般处理	23	约谈	定量	被医疗保障部门约谈的。	日常抽查	按次数扣分，每次扣50分。
		24	整改	定量	被医疗保障部门责令整改的。	日常抽查	按次数扣分，每次扣50分。
	行政处罚	25	罚款	定量	被医疗保障行政部门罚款。	日常抽查	按金额扣分，计算公式为：（罚款费用金额/本药店医保基金支付总额）×500分。
	其他行为	26	其他行为	定性	其他骗取医疗保障基金支出的行为。	日常抽查年	视情况扣除。

						度考核	
社会信用	行政处罚	27	行政处罚	定量	被政府有关行政部门给予行政处罚情况。	日常抽查	按次数扣分，简易程序处罚一次扣 15 分，一般程序处罚一次扣 30 分，最多扣 180 分。
表彰奖励	受到表彰	28	政府表彰	定量	受到党委、人民政府表彰奖励的。	主动上报	县级每次计加 5 分，市级每次计加 10 分，省级每次计加 20 分，国家级每次计加 50 分。
		29	医保表彰	定量	受到医疗保障行政部门通报表扬。	主动上报	市级每次计加 5 分，省级每次计加 10 分，国家级每次计加 20 分。
	工作配合	30	参与试点改革	定量	积极参与市级医保试点改革等工作的，受到医疗保障部门认可，并出具相关证明材料。	主动上报	市级每次计加 10 分，省级每次计加 20 分，国家级每次计加 50 分。
		31	自查自纠	定量	按照主动回退金额予以奖励。	主动上报	按金额加分，计算公式为：（主动回退金额/本统筹区所有定点零售药店自查自纠主动退回金额）×50 分。
	公益活动	32	公益活动	定量	主动参加医疗保障部门组织的公益活动，受到医疗保障部门认可。	主动上报	每次计加 5 分。
其他	33	其他	定	医疗保障部门认定的其他奖励性措施。	主	视情况计加。	

	他 奖 励 情 况		他 奖 励 情 况	性		动 上 报	
一票 否 决	失 信 被 执 行 人	34	失 信 被 执 行 人	定 性	定点零售药店或其法人被纳入公共信用系统失信“黑名单”的情况。	日 常 抽 查	一票否决,扣 360 分。
	司 法 处 理	35	欺 诈 骗 保	定 性	定点零售药店及其工作人员因欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取医疗保障基金或者医疗保障待遇被司法机关追究刑事责任的。	日 常 抽 查	一票否决,扣 360 分。
	协 议 处 理	36	解 除 协 议	定 性	被医疗保障部门解除协议的。	日 常 抽 查	一票否决,扣 360 分。
		37	变 更 备 案	定 性	机构名称、执业地址等发生变化时,及时向医疗保障部门提供相关材料备案,被发现重大信息发生变更,但未在规定时间内办理重大信息变更的。	日 常 抽 查 年 度 考 核	一票否决,扣 360 分。
	行 为 规 范	38	工 作 配 合	定 性	不配合医疗保障部门开展智能监控审核稽核、履约考核、监督检查等,情节恶劣的。	日 常 抽 查 年 度	一票否决,扣 360 分。

