

附件 3

202 年定点零售药店年度考核评分表

定点零售药店：

考核时间：

考核人员：

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	扣分项目	扣分分值	得分
一、政策执行 (共2项, 11分)							
1	执行医保目录和支付标准	6	严格执行并及时更新基本医疗保险和生育保险目录库。	1.及时更新医保目录数据库、药师库的, 得2分 2.严格执行国家和省基本医疗保险目录范围及目录中涉及支付标准的, 得2分; 3. 药店端目录与中心端目录维护匹配一致、及时, 实行进销存全品种管理的, 得2分。			
2	执行药品管理	5	严格遵守医保服务协议中管理规定、《药品经营质量管理规范》、《处方管理办法》。	1.不严格执行药品管理规定被药监部门查处的, 查实一例本项不得分; 2.违反医保服务协议中配药管理规定的, 1次扣1分; 3.不严格执行《处方管理办法》, 不合理配药、外配处方不符合规定仍予外配的, 每例扣1分, 直至本项分值扣完。			
二、医保改革政策落地 (共2项, 20分)							
3	协同推进“双通道”药品使用改革落地	10	严格执行“双通道”定点零售药店管理相关办法。	1.“双通道”药品的场所, 设立相对独立的服务功能分区; 2.设置冷藏存储区域、冷藏设备, 并配备检验合格的冷藏车、冷藏箱等冷链配送设备; 3.对存储、配送、使用有特殊规定的“双通道”药品(含注射类药品), 由具备相应资质能力的药品经营企业免费配送至定点医疗机构为参保人使用, 并做好药品交接登记; 4.能依托医保电子凭证或社会保障卡进行实名结算, 确保就诊参保人员真实身份; 5.能够实现诊疗、处方、配药等全程可追溯; 以上任意一项不符合规定该项目扣6分。 6.医保目录内药品, 销售价格按照不高于国家和江西省统一制定的医保支付标准, 否则该项扣3分; 7.对双通道药品长期不配备或配备不足、双通道药品储备达不到协议数量, 导致参保人员无法购药, 每调查核实年度累计达1次的, 该项扣0.5分, 依次类推。			

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	扣分项目	扣分分值	得分
4	协同推进门诊统筹定点管理改革落地	10	严格执行《关于进一步做好定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》、《关于做好药店纳入门诊统筹管理和定点医药机构管理办法政策衔接有关事项的通知》。	1.严格核实为江西省医保定点医疗机构符合条件的医师为其开具的处方（纸质或电子处方），得2分； 2.核对参保人员有效身份凭证，做到人证相符，得2分； 3.做好处方、药品销售记录存档等工作，得2分； 4.医保目录内药品，销售价格按照不高于国家和江西省统一制定的医保支付标准执行，得4分。			
三、医保基金管理使用（共3项，31分）							
5	合理控制医疗费用	8	加强医保目录价格管理，控制医药费用不合理增长。	1.参保患者药店次均费用较本机构上年度在合理增长范围内的，得4分，超过10%的扣1分，超过10%以上的扣2分，超过30%不得分； 2.参保患者药店人次人头比较本机构上年度在合理增长范围内的，得4分，超过10%的扣1分，超过10%以上的扣2分，超过30%不得分。			
6	规范使用医保基金	15	贯彻落实《江西省医疗保障基金使用监督管理办法》等法律法规，严格执行基金监督管理要求，完善医保基金使用管理制度，落实自我管理主体责任。	严格规范使用医保基金，无违法违规行为发生的，得15分。存在违法违规使用医保基金行为的，按下列情形分别扣分： 1.被医保部门责令改正的，一次扣1分； 2.被责令整改并退回医保基金损失金额的，一次扣1分； 3.被责令退回医保基金损失金额并处损失金额1-2倍罚款的，一次扣2分； 4.被责令退回骗取的医保基金并处骗取金额2-5倍罚款的，一次扣5分； 5.拒不改正或造成严重后果的，不得分。			
7	严格基金管理	8	全面落实医疗保障基金管理、执行和结算清账。	1.建立健全财务制度和医保基金使用考核评价体系，定期检查并及时纠正医疗保障基金使用不规范行为的，得2分； 2.配合医保部门做好相关工作的，包括但不限于医保费用申报、异地费用结算、年度清算等工作，得2分； 3.及时完成自身承担的医疗费用账务处理，无新增“应收医保款”挂账的，得2分； 4.规范准确上传结算明细数据和结算清单的，得2分。			

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	扣分项目	扣分分值	得分
四、医保标准化信息化建设 (共2项, 13分)							
8	医保信息业务编码应用	3	严格执行并及时动态维护国家医保信息业务编码标准。	1.严格执行国家医保信息业务编码标准, 实现药店管理系统基础库全覆盖应用的, 得2分; 2.按照接口规范要求准确维护上传各类医保信息业务编码, 得1分。			
9	医保信息化应用落地	10	深化拓展医保信息化应用。实现医保电子凭证、移动支付、电子处方流转功能的应用, 医保信息系统联通。完成接口改造, 确保网络联通正常, 数据传输准确。	1.使用医保电子凭证结算率达到40%的, 得2分, 30≤医保电子凭证结算占比<40%的, 按比例计算得分; <30%的, 不得分; 2.接入江西省医保信息平台移动支付中心, 得2分; 3.接入江西省医保信息平台电子处方中心, 得2分; 4.按要求完成结算系统、智能监控系统、“双通道”定点、门诊统筹等信息系统联网后的对接、维护、传输等工作的, 得2分; 5.医保结算数据保存上传及时正确, 药店数据保存完整的, 得2分, 因人为操作失误, 导致医保数据错误、丢失的, 每次扣0.5分, 扣完为止。			
五、医保管理服务 (共3项, 15分)							
10	优质服务提供	6	按照规范提供合理、必要的医药服务, 保障参保人员获得高质量、有效率的医药服务	按照规范提供合理、必要的医药服务, 得6分。以下情形每查实一项扣1分, 扣完为止: 1.未严格执行门诊统筹, 门诊慢特病、长处方、“双通道”待遇等政策, 不及时上传相关信息; 2.将处方药品串换为其他药品或非药品销售; 3.诱导参保人员购药; 4.不按处方用法用量销售药品或不按药师执业范围进行药品销售; 5.未向异地就医参保人员提供同等、合规、必要的医保服务。			

序号	评价项目	设定分值	评价内容	评分办法	扣分项目	扣分分值	得分
11	强化服务管理	6	及时与医保经办机构签订医疗服务协议，按相关条款履行义务。	及时签订并规范履行医疗保障服务协议重要约定的，得6分，有下列违规情形，每查实一项不得分： 1.机构名称、经营范围等发生变化时，未及时申请变更或擅自变更的； 2.不核实持卡人员相关信息； 3.滞留参保人员医保卡； 4.其他医保协议有效期内发现问题未按要求整改或整改不到位的。			
12	就诊人员满意度提高	3	及时处理与医保相关的投诉举报。	无就诊人员举报投诉的，得3分，参保人员的医保相关合理诉求得到及时解决的，得2分。			
六、地方自主评价（共1项，10分）							
13		10	由各设区市结合年度工作重点统一提出工作要求和设置评分办法				
合计							

备注：1. 本评价采用百分制，非“双通道”/门诊统筹定点零售药店评价总分为80分，最终评价总分按评价项目总得分×100/80，折算成百分制；“双通道”定点零售药店评价总分为90分，最终评价总分按评价项目总得分×100/90；门诊统筹定点零售药店评价总分为90分，最终评价总分按评价项目总得分×100/90；

2. 评分表中指标以2023年执行情况为考核内容，各地可依政策性调整做年度修改；

3. 评分办法以得分角度表述的项目，各设区市可细化具体扣分项目，对定性指标，各设区市可根据实际细化明确定量目标。