

# 南阳市医疗保障局文件

宛医保办〔2021〕15号

## 南阳市医疗保障局 关于印发《南阳市医疗保障信用分级分类管理 试行办法》的通知

各县区医疗保障局，城乡一体化示范区社会保障服务中心，高新区、官庄工区、鸭河工区组织人社局，机关各科室、局属各单位，各定点医药机构：

为进一步加强我市医疗保障领域信用监管，推进医保信用体系建设，现将《南阳市医疗保障信用分级分类管理试行办法》印发给你们，请结合实际，抓好贯彻落实工作。



# 南阳市医疗保障信用分级分类管理试行办法

## 第一章 总则

**第一条** 为推进我市医疗保障信用体系建设，建立健全南阳市医疗保障信用机制，规范基本医疗保险定点医疗机构和定点零售药店(以下简称定点医药机构)的医药服务行为，维护医疗保障基金安全，营造诚信光荣，失信可耻的社会氛围，根据《中华人民共和国社会保险法》《国务院办公厅关于加快推进社会信用体系建设构建以信用为基础的新型监管机制的指导意见》、《河南省社会信用条例》等文件规定，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于本行政区域内定点医药机构等级评定、分级分类管理、信用修复以及异议处理等。

**第三条** 市县两级医疗保障行政部门根据定点医药机构在提供医疗保障服务、使用医疗保障基金等方面的信用状况，依法进行医疗保障信用分级分类评价工作。

医疗保障信用分级分类管理，应当遵循依法归集、客观公正、公开透明、动态调整、鼓励修复的原则，按照统一的内容、标准、方法和程序进行。

## 第二章 信用分级分类管理

**第四条** 市、县两级医疗保障行政部门建立医疗保障信用分级分类评价制度，评价结果作为守信激励和失信惩戒的依据。

**第五条** 信用主体以一个自然年度为一个信用周期，周期内扣分累加计算，一个周期后恢复为基准分。

定点医药机构评价分数为 90 分（含）以上的，信用等级为 A 级（信用优秀）；评价分数为 80 分（含）至 90 分的，信用等级为 B 级（信用良好）；评价分数为 60 分（含）至 80 分的，信用等级为 C 级（信用一般）；评价分数为 60 分以下的，信用等级为 D 级（失信）。

**第六条** 南阳市医疗保障行政部门对信用等级评定为 A 级的定点医药机构采取以下激励措施：

（一）在南阳市医疗保障局微信公众号予以公示；

（二）办理医保业务时可享受“绿色通道”、“容缺受理”等便利服务；

（三）年度基金预算总控指标在原设定条件预算基础上增长 0.5—1%；

（四）开展日常监督检查时适当减少检查频次；

（五）评定结果适时推送至南阳市公共信用信息平台，依据国家有关法律、法规规定纳入多部门联合激励对象；

（六）同等条件下优先开展医保新政策业务试点；

（七）法律、法规、规章规定的其他激励措施。

**第七条** 对信用等级评定为 B 级的定点医药机构，按常规开展日常监督检查，督促其守法诚信经营。

**第八条** 对信用等级评定为 C 级的定点医药机构采取以下惩戒措施：

（一）对法定代表人（负责人）予以警示；

（二）列入医保重点监控对象，加大监督检查力度和频次。

**第九条** 对信用等级评定为 D 级的定点医药机构采取以下惩戒措施：

（一）限期整改，若不能按时达标，解除医保服务协议；

（二）在南阳市公共信用信息平台予以推送，依据国家有关法律、法规规定纳入多部门联合惩戒对象。

### 第三章 信用异议和修复

**第十条** 定点医药机构对其信用等级评定结果有异议的，可向医疗保障行政部门提出异议申请。作出信用等级评定的医疗保障部门在 5 个工作日内对异议申请事项进行核实，确属错误的，应当予以纠正。

**第十一条** 定点医药机构对公示的信用信息有异议的，可向“信用南阳”网站或南阳市社会信用体系建设工作领导小组办公室提出异议申请。作出信用等级评定的医疗保障部门在 3 个工作日内对异议申请的事项进行审核，对不存在错误、遗漏、超期公示情况的，按规定驳回异议申请；对需要进一步核实的申请，应在 10 个工作日内核实并将结果反馈至南阳市社会信用体系建设工作领导小组办公室，由南阳市社会信用体系建设工作领导小组办公室按规定办理。

**第十二条** 信用等级评定为 D 级的定点医药机构以惩戒期 2 年为界，惩戒期满自然解除；解除惩戒后，重新申请医保定点的医药机构纳入当年信用周期进行评定。

**第十三条** 信用等级评定列入 D 级的医药机构在履行相关义

务1年后，在惩戒期内未发生医保领域其他失信行为的，可向医疗保障行政部门提出信用修复申请；医疗保障行政部门接收申请后15个工作日内对受理对象是否符合信用修复的条件和材料的真实性、完整性等进行核实。对不予受理的，应予以告知并说明原因；对确认正式受理的，自受理之日起10个工作日内作出修复决定意见书；情况复杂的，经单位负责人批准后可延长至20个工作日，延长作出修复决定原因要及时告知申请人。医疗保障行政部门在作出修复决定后3个工作日内，将修复决定意见书抄送南阳市社会信用体系建设工作领导小组办公室，由南阳市社会信用体系建设工作领导小组办公室按照规定进行办理。

#### 第四章 附 则

**第十四条** 南阳市各级医疗保障行政部门要在日常监督检查、履行协议、公共服务工作中积极开展医疗保障法律法规、政策宣传培训，积极利用医保网站、微博、微信等平台将信用宣传常态化，营造行业诚信经营氛围，提升定点医药机构诚信意识。

**第十五条** 本办法由南阳市医疗保障局负责解释。

- 附件：1. 定点医疗机构信用等级管理评价标准  
2. 定点零售药店信用等级管理评价标准

## 附件1:

## 定点医疗机构信用等级管理评价标准

一级指标	二级指标	序号	三级指标	主要评价内容	数据来源	评分及扣分标准	基本分值	实际得分
协议履行 (45分)	基础管理 (6分)	1	医保政策培训及宣传	①采取多种方式宣传基本医疗保险、生育保险政策，公示基本医疗保险、生育保险的主要政策和定点医疗机构协议的重点内容、就医结算流程及医疗服务内容等； ②显要位置悬挂定点医疗机构标牌； ③提供医保政策的咨询服务； ④制定医保政策及业务培训计划并实施，定期组织医保政策知识考核，并做好相应记录。	听取介绍 查阅资料 人员访谈 现场查看	内容齐全不扣分；缺1项扣1分；项目内容不全扣0.5分。	1	
		2	投诉处理	①明确参保人员的投诉渠道并公布，设置医疗保险意见簿或投诉箱； ②公布医保基金监督举报电话； ③及时核实情况并予以处理投诉。	听取介绍 查阅资料 人员访谈 现场查看 举报投诉	内容齐全不扣分；缺1项扣1分；投诉意见超过30天未处理的，1次扣1分。	2	
		3	配合管理	积极配合医保部门对医疗服务行为的监督工作，及时提供真实有效的医疗档案及相关资料。	听取介绍 查阅资料 人员访谈 现场查看	存在弄虚作假等行为，不配合、拒绝甚至阻挠监管稽查或拒绝提供相关资料的，扣1分。	1	
		4	药品耗材招采	严格执行药品及医用材料招采的规定，确保国采中选药品耗材优先使用，确保按时回款。	听取介绍 查阅资料 人员访谈 现场查看	未严格执行药品及医用材料招采规定的，扣1分。	1	

一级指标	二级指标	序号	三级指标	主要评价内容	数据来源	评分及扣分标准	基本分值	实际得分
协议履行 (45分)	基础管理 (6分)	5	变更备案	医疗机构的名称、执业地址、所有制形式、经营性质、医疗机构类别、医疗机构级别、诊疗科目、床位数、主要医疗设备设施、银行结算账户、法定代表人、分管领导、医保部门负责人、联系方式等发生变化时，应在信息变更后30日内向医保部门申请变更并提供相关材料办理变更备案手续。	听取介绍 查阅资料 人员访谈 现场查看	未按规定办理变更备案及报备的，扣1分。	1	
	信息管理 (4分)	6	系统管理	①二级以上医疗机构设置信息管理科室，明确专人负责信息系统管理，明确岗位职责，合理设置信息系统管理权限；一级及以下医疗机构明确专人负责信息系统管理； ②实现与医保信息系统及医保智能监控系统有效对接。如需对医疗保险信息系统进行改造升级的，实行HIS接口的医疗机构须在要求期限内完成。	现场查看 日常记录 查阅资料	1项不达标扣1分。	1	
		7	数据维护及上传	①建立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施及疾病病种、医疗机构基本情况、医保医师等基础数据库并应当准确真实提供给医保部门所需相应数据； ②及时更新维护医院本地系统； ③在七十二小时内将新入院参保人员的基本情况录入医保信息系统； ④传输的医保结算费用等数据真实、准确、完整。	现场查看 日常记录 查阅资料 暗访	1项不达标扣1分。	1	
		8	疾病诊断信息传输	按要求准确上传疾病诊断等信息。	查阅资料 人员访谈 日常记录 现场查看	未按要求准确上传疾病诊断等信息，查实1例扣1分。	1	
		9	系统及网络安全	按照网络安全相关法律法规的要求，做好以下网络防范措施： ①制定网络安全管理制度和应急预案，出现网络安全事件能采取有效措施进行处置； ②网络信息安全员要对接入医保部门网络的计算机或网络进行有效管理，加强技术检测和检查，及时发现安全隐患和漏洞； ③医保结算业务专网专机专用。	现场查看 日常记录 查阅资料	1项不达标扣1分。	1	

一级指标	二级指标	序号	三级指标	主要评价内容	数据来源	评分及扣分标准	基本分值	实际得分
协议履行 (45分)	财务管理 (3分)	10	财务规范	①严格执行国家制定的医院财务制度和医院会计制度,规范财务管理; ②主要收费项目公布在明显的位置,接受参保人员的监督; ③被拒付的基本医疗保险费用,应当按规定作相应的财务处理,将财务处理及时反馈医保中心,原则上不能跨年。	听取介绍 查阅资料 人员访谈 现场查看 举报投诉	无财务制度、收费记录不清、在明显位置未公布主要收费项目、拒付费用未及时处理的,查实1例扣1分。	1	
		11	台账管理	①购进、使用、管理药品和医用材料应当保存真实完整的购进和使用记录,并建立真实、完整、准确的购销存台账; ②药品、医用材料购销存台账做到账账相符、账实相符。	现场查看 查阅资料	①未建立台账的,扣2分;台账不完整的,扣1分;凭证缺漏的,每发现1例扣1分; ②账目不符、账实不符的,每发现1次扣1分。	2	
	医疗管理 (13分)	12	执业范围	按照卫生健康行政部门许可的诊疗科目和执业范围内提供的医疗服务。	查阅资料 人员访谈 现场查看 举报投诉	经证实超许可的诊疗科目和范围执业的,扣1分。	1	
		13	身份识别	①核验就医参保人员的医保有效证件,做到人证相符; ②应在护士站管理系统中标识参保人员类别,认真核验身份。	查阅资料 人员访谈 日常记录 现场查看	未核验身份的,查实1例扣1分。	1	
		14	诊疗制度 管理	①建立健全转诊转院制度,及时为符合条件的参保人员办理转诊、转院手续; ②需转往统筹地区外医疗机构就医的,应当按医保部门有关规定办理。	查阅资料 人员访谈 日常记录 现场查看	①未建立健全转诊转院制度的,扣1分; ②未按规定办理转诊、转院、转外就医手续的,扣1分。	1	

一级指标	二级指标	序号	三级指标	主要评价内容	数据来源	评分及扣分标准	基本分值	实际得分
协议履行 (45分)	医疗管理 (13分)	15	就医情况	<p>严格执行出、入院和重症监护病房收治标准，及时为符合入院标准的参保人员办理入院手续。</p> <p>①不得推诿和拒绝符合住院条件的参保人员住院治疗；</p> <p>②不得将不符合入院标准的参保人员收治住院；</p> <p>③不得以医保指标控制为由要求符合政策及住院标准的参保人员提前出院或自费住院；</p> <p>④不得催赶或劝告未达出院标准的参保人员出院；</p> <p>⑤不得分解住院（参保人员同一疾病两次住院时间不得少于15天。参保人员在住院期间需院内转科治疗的，医疗机构不得中途办理出院结算手续）；</p> <p>⑥为符合出院条件的参保人员及时办理出院手续，参保人员拒绝出院的，应当自通知其出院之日起，停止医疗保险费用结算，不得将达到出院标准但拒绝出院的参保人员后续治疗费用纳入医保结算；</p> <p>⑦不得为参保人员办理虚假住院、冒名住院、挂床住院。</p>	<p>查阅资料</p> <p>人员访谈</p> <p>日常记录</p> <p>现场查看</p> <p>举报投诉</p>	不符合要求的，查实1例扣2分。	8	
		16	异地就医	<p>①加强异地就医管理服务，明确异地就医管理流程，为异地就医参保人员提供合理的医疗服务；</p> <p>②非异地就医直接结算人员应按其参保地要求管理；</p> <p>③配合本地、异地医保部门核查有关异地医疗费用情况。</p>	<p>查阅资料</p> <p>人员访谈</p> <p>日常记录</p>	不符合要求的，查实1例扣1分。	2	
	诊疗规范及管理 (12分)	17	药品管理	<p>①根据《南阳市市直医疗保障定点医疗机构服务协议》规定，进行药品规范管理；</p> <p>②参保人员出院时，可提供与疾病治疗有关的药品（限口服药或胰岛素类针剂），一般不超过7日量。</p>	<p>日常记录</p> <p>现场查看</p> <p>查阅资料</p>	<p>①不符合要求的，查实1例扣1分；</p> <p>②项发现违规使用的，扣2分。</p>	4	

一级指标	二级指标	序号	三级指标	主要评价内容	数据来源	评分及扣分标准	基本分值	实际得分
协议履行 (45分)	诊疗规范 及管理 (12分)	18	诊疗项目、医疗服务设施管理	<p>①原则上应提供基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施标准范围内的医疗服务；</p> <p>②严格掌握各种诊疗项目使用的适应症和禁忌症，规范物理治疗、中医治疗和高压氧治疗的医疗服务项目的使用，基本医疗保险基金原则上支付上述三大类诊（治）疗项目中各2个具体治疗项目的20个计价单位的费用；</p> <p>③新开展的临床疗效确切、价格合理的医疗服务项目经卫生健康和医疗保险行政部门审批并报医保经办机构审核后经医保部门审核同意后，方可纳入基金支付范围。</p>	现场查看 查阅资料	查实1例违规扣2分。	4	
		19	处方管理	<p>①医师开具的处方，其药品名称、开药量、书写规范应符合卫健部门《处方管理办法》的相关规定。目录内的同一品种（通用名相同，商品名不同）有若干选择时，在质量标准相同（如GMP标准）的情况下，应选择价格较低的品种。开具处方和医嘱时，应使用药品通用名，如需使用商品名的要加注通用名；</p> <p>②门诊处方一般不得超过7日量；急诊处方一般不得超过3日量；门诊慢性病患者，处方用量最多不超过1个月量。</p>	查阅资料 日常记录 现场查看	随机抽查本年度医疗保险普通门诊处方100张，门诊慢性病处方100张，如处方数量不足100张的，按实际数量抽取，合格率达95%及以上为合格，低于95%的，每降1个百分点扣0.2分。	2	
		20	病历管理	<p>①病历书写规范、字迹清晰、表述准确、内容完整。重要的检验检查、用药和治疗应在病程记录中说明，并有结果分析。中医的理法方药应遵循辨证施治原则进行记录及分析说明；</p> <p>②做到住院医嘱、病程记录、检查结果、治疗单记录和票据、费用清单等相吻合，与实际为参保人员提供的医疗服务相一致，并能够为参保人员提供病历复印。</p>	听取介绍 查阅资料 人员访谈 现场查看	不符合要求的，查实1例扣1分。	2	
	结算管理 (7分)	21	知情同意	<p>①及时向参保人员提供门诊、住院费用结算清单和住院日费用清单；</p> <p>②建立自费药品、自费项目、高值医用材料、高价乙类药品、特殊检查特殊治疗项目、特需服务等知情确认制度，须有知情同意书。</p>	查阅资料 人员访谈 日常记录 现场查看	不符合要求的，查实1例扣1分。	1	

一级指标	二级指标	序号	三级指标	主要评价内容	数据来源	评分及扣分标准	基本分值	实际得分
协议履行 (45分)	结算管理 (7分)	22	资料提供	<p>①出院时为参保人员（包括异地就医参保人员）提供住院费用发票、医保结算总清单、费用明细总清单、出院证明材料，以及参保人员索要的其他符合卫生健康行政部门规定的病历资料和相关证明材料；</p> <p>②按规定时间上报月参保人员的结算信息和医疗费用结算申报汇总表（包括异地就医）等资料，并按规定留存相关资料备查。</p>	日常记录 查阅资料 人员访谈 现场查看	<p>①不能提供资料的，查实1例扣1分；</p> <p>②迟报1次扣1分。</p>	2	
		23	费用控制	<p>①合理检查、合理用药、合理治疗、合理使用医用材料；</p> <p>②合规收费，不得违反医药价格政策，不得重复收费、分解收费、套用项目收费、自定项目标准收费等不合理收费。</p>	日常记录 查阅资料 人员访谈 现场查看	查实1例扣1分。	2	
		24	违规结算	<p>①将不属于基本医疗保险、生育保险支付范围的医疗费用纳入基本医疗保险、生育保险支付的；</p> <p>②要求参保人员在住院期间到门诊或另设自付账号交费的或自费结账的。</p>	日常记录 查阅资料 人员访谈 现场查看	查实1例扣1分。	2	

一级指标	二级指标	序号	三级指标	主要评价内容	数据来源	评分及扣分标准	基本分值	实际得分
自律管理 (6分)	管理体制 (2分)	25	组织管理	①建立健全医保组织领导机构，明确院级领导分管基本医疗保险工作； ②设立医保管理服务部门，二级及三级医疗机构配备专职管理人员，一级及以下医疗机构配备专（兼）职管理人员； ③依法为员工缴纳医疗保险费。	听取介绍 查阅资料 人员访谈 现场查看	①、②无医保组织领导机构及医保管理服务部门（三级、二级医疗机构无医务人员专职管理医保工作，一级及以下医疗机构无设立专（兼）职管理人员的），扣1分； ③未依法为员工缴纳社会保险费的，查实1例扣1分。	2	
	制度建设 (2分)	26	制度建设	制定医院医保管理配套规章及履行定点医疗机构协议的具体措施（包括门、急诊管理、住院管理、慢性病、重特大疾病及特定药品管理、自费药品及项目的审批、转诊转院管理等）；	听取介绍 查阅资料 人员访谈	内容齐全不扣分；缺1项扣1分；项目内容不全扣1分。	2	
	风险管理 (1分)	27	风险管理	建立内审工作机制，开展医保防风险管理，定期分析排查院内贯彻医保政策、执行收费规定、有效控制费用和防范欺诈骗保的风险点，采取积极应对措施。	日常记录 查阅资料	无风险防控机制的，扣0.5分；有风险防控机制无执行记录的，扣0.5分。	1	
	创新管理 (1分)	28	创新医疗保障管理	开展医保管理创新性工作。	日常记录 查阅资料	未配合医保部门开展创新医疗保障工作的，扣1分。	1	
基金监管 (39分)	协议处理 (24分)	29	约谈	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	日常记录 查阅资料	期内被医保部门约谈1次扣2分。	4	
		30	限期整改	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	日常记录 查阅资料	期内被医保部门责令整改1次扣2分。	4	
		31	通报批评	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	日常记录 查阅资料	期内被医保部门通报批评1次扣2分。	4	
		32	暂停协议	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	日常记录 查阅资料	期内被医保部门暂停协议1次扣5分；暂停协议两次协议年度信用评价为0分。	5	
		33	拒付费用	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	日常记录 查阅资料	期内被医保部门拒付费用为0-5万扣1分；5万（含）-10万扣2分；10万及以上扣3分。	3	
		34	扣除质量保证金	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	日常记录 查阅资料	期内被医保部门扣除质量保证金1次扣2分。	4	

一级指标	二级指标	序号	三级指标	主要评价内容	数据来源	评分及扣分标准	基本分值	实际得分
基金监管 (39分)	行政处罚 (5分)	35	罚款	对定点医疗机构医疗保障违规行为的处理方式。	日常记录 查阅资料	期内被医保行政部门罚款0-5万扣1分；5万(含)-10万扣2分；10万及以上扣5分。	5	
	刑事追究 (10分)	36	欺诈骗保	定点医疗机构及其工作人员因欺诈骗保被追究刑事责任。	日常记录 查阅资料	期内因欺诈骗保发生刑事犯罪情形扣10分。	10	
满意度评价 (5分)	患者评价 (5分)	37	满意度调查	通过网络、表格等方式调查参保人员对治疗效果和服务的满意度。	第三方机构	满意度≥90%为合格，每降低1个百分点扣0.5分。	5	
社会信用 (5分)	社会监督 (2分)	38	举报投诉	年度内被投诉举报情况。	日常记录 查阅资料 现场查看	评价期间因医疗质量、医疗安全、医疗服务等违规行为被投诉、举报或异地协查，经查确属医疗机构违规的，发现1例扣1分。	2	
	行政处理 (2分)	39	行政处罚或奖励	被政府有关行政部门给予行政处罚情况。	日常记录 查阅资料 现场查看	被政府有关部门给予行政处罚的发生1次扣2分。	2	
	失信被执行人 (1分)	40	失信被执行人	医疗机构或其法人被纳入公共信用系统失信“黑名单”的情况。	日常记录 查阅资料 人员访谈 现场查看	评价期内被纳入公共信用系统失信“黑名单”扣1分。	1	
						总计	100	

## 附件2

## 定点零售药店医保基金信用评分标准

一级指标	二级指标	三级指标	主要评价内容	数据来源	评分及扣分标准	基本分值	实际得分
基本情况 (30分)	医保服务组织 (3分)	医保服务制度建设情况	①有专(兼)职管理人员负责基本医疗保险工作; ②医疗保险管理制度等相关资料是否齐全。	现场检查	无专(兼)职管理人员负责基本医疗保险工作扣1分;相关资料不齐全扣2分。	3	
	医保服务能力 (27分)	医保宣传	①是否在经营场所的醒目位置悬挂定点零售药店标牌和社会保障卡(包括电子社保卡)告示牌; ②是否设置基本医疗保险“政策宣传栏”和“意见箱”; ③是否将基本医疗保险的主要政策规定、服务协议的重点内容向社会公布; ④是否及时更新医保知识宣传专栏,提供门诊特殊慢性病药品,是否同时做好门诊特殊慢性病药品的宣传工作。	现场检查	内容齐全不扣分;缺1项扣2分。	4	
		药师情况	营业时间内是否至少有1名执业药师在岗。	现场检查	执业药师未在岗扣5分。	5	
		变更备案	药店的名称、注册地址、法人代表、银行账户等信息发生变化时,是否在信息变更后30日内向医保部门申请变更并提供相关材料办理变更备案手续。	日常检查	未按规定办理的,1项扣2分;执业地址变化未按要求报备的,1次扣2分。	5	
		身份识别及审核	①为参保人员服务时,是否认真查验社会保障卡确认身份; ②提供门诊特殊慢性病服务的,是否核对门诊特殊慢性病治疗卡信息。	现场检查	现场检查发现违规1例扣1分。	4	
		违规收集	是否存在违规收集、滞留参保人员社会保障卡的情况。	投诉查证 现场检查	每查实1例扣5分。	5	

一级指标	二级指标	三级指标	主要评价内容	数据来源	评分及扣分标准	基本分值	实际得分
基本情况 (30分)	医保服务能力 (27分)	医保信息系统管理情况	①是否配备信息系统的管理人员； ②是否根据医保中心端目录库要求做好本店药品、医用耗材价格的维护更新工作，是否做好对允许销售的所有药品的医保信息匹配对照工作。	现场检查	未按规定配备相关人员的，扣1分；现场抽查5种在店销售的医保药品（包括不同规格、价格的品种），是否将5种药品的通用名、正式品名、剂型、规格、价格等信息上传至网上医保标准化信息系统，未按规定办理1种药品扣0.5分。	4	
内控管理 (20分)	管理规范化 (7分)	分类管理	①是否严格执行市场监管部门核准的经营范围； ②是否做到营业场所宽敞，卫生环境优良，经营品种摆放整齐； ③处方药与非处方药是否分柜摆放，标志明显；对医保支付范围外的商品，是否在经营场所设置非医疗保险服务专区和非医疗保险收费系统；提供门诊特殊慢性病服务的，是否设置门诊特殊慢性病参保患者服务区。	现场检查	未按规定办理1项扣2分。	3	
		进销存管理	①是否建立所经营品种的进、销、存台账； ②是否保存好有关票据及药店销售系统记录； ③所经营品种的进、销、存台账记录是否真实反映医保结算情况； ④提供门诊特殊慢性病服务的，是否建立门诊特殊慢性病用药进、销、存台账，门诊特殊慢性病用药记录是否能真实反映医保结算情况的。	现场检查	随机抽查3种经营品种，每查实1例所经营品种的进、销、存台账不符的扣2分；未建立进、销、存台账扣4分。	4	
	处方管理 (5分)	处方审核调剂	处方诊断与用药是否相符；不缺项。	现场随机抽查	每查实1例不相符扣1分。	5	
	药品服务安全 (8分)	药品陈列安全标准执行情况	所经营品种陈列是否实行一货一签、明码标价、货签对位。	现场随机抽查	每查实1种经营品种不相符扣0.5分。	5	
药品销售数量情况		①购进、使用、管理药品，药品应当保存真实完整的购进和使用记录，并建立真实、完整、准确的购销存台账； ②药品购销存台账做到账账相符、账实相符。	现场随机抽查	每查实1种药品不相符扣1分。	3		

一级指标	二级指标	三级指标	主要评价内容	数据来源	评分及扣分标准	基本分值	实际得分
基金监管 (40分)	协议处理 (25分)	约谈	对定点零售药店医疗保障违规行为的处理方式。	日常记录 查阅资料	期内被医保部门约谈 1 次扣 2.5 分。	5	
		拒付费用 扣除质量 保证金	对定点零售药店医疗保障违规行为的处理方式。	日常记录 查阅资料	期内被医保部门拒付金额为 0—1 万扣 1 分；1 万（含）—5 万扣 3 分；5 万及以上扣 5 分。期内被医保部门扣除质量保证金 1 次扣 5 分。	10	
		暂停服务	对定点零售药店医疗保障违规行为的处理方式。	日常记录 查阅资料	期内被医保部门暂停协议 1 次扣 5 分。暂停两次协议年度信用评价得 0 分。	10	
		解除服务协议关系	对定点零售药店医疗保障违规行为的处理方式。	日常记录 查阅资料	期内被医保部门解除协议年度信用评价得 0 分。	—	
	行政处罚 (5分)	罚款	对定点零售药店医疗保障违规行为的处理方式。	日常记录 查阅资料	期内被医保行政部门罚款 0—5 万扣 1 分；5 万（含）—10 万扣 3 分；10 万及以上扣 5 分。	5	
	刑事追究 (10分)	欺诈骗保	定点零售药店工作人员因欺诈骗保被追究刑事责任。	日常记录 查阅资料	期内发生刑事犯罪情形扣 10 分。	10	
社会信用 (10分)	社会监督 (10分)	举报投诉	年度内被投诉举报情况。	日常记录 查阅资料 现场查看	本协议期间因药品质量安全问题、欺诈骗保等违规行为被投诉、举报的，经查确属零售药店违规的，发现 1 例扣 2.5 分。	5	
		行政处罚	被政府及各组成部门给予奖励或行政处罚情况。	日常记录 查阅资料 现场查看	被行政处罚的扣 5 分。	5	
					总计	100	