

附件

# 汕尾市基本医疗保险定点医药机构 分级管理实施细则 (征求意见稿)

## 第一章 总 则

**第一条** 为建立基本医疗保险定点医药机构的考核评价机制，规范定点医药机构医疗服务行为，提高医疗服务质量，合理使用基本医疗保险基金，维护参保人医疗保障权益。根据《关于实行基本医疗保险定点医疗机构分级管理的意见》（人社厅发〔2010〕9号）、《广东省基本医疗保险定点医疗机构分级管理实施办法（试行）》（粤人社函〔2011〕4282号）、《广东省医疗保障局关于印发〈广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法〉的通知》（粤医保规〔2021〕1号）、《广东省医疗保障局关于印发〈广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法〉的通知》（粤医保规〔2021〕2号）等文件精神，结合我市实际，制订本实施细则。

**第二条** 本市行政区域内已签订协议管理的定点医疗机构和定点零售药店均纳入分级管理范围。

**第三条** 定点医药机构分级管理工作，遵循公开、公平、公正的原则，按定点医疗机构、零售药店分别设置评定内容、评价指标和量化标准，相同类别的定点医药机构，按照统一内容、程序和标准进行评定。

**第四条** 定点医疗机构分级管理的等级评定包括年度综合考评和不定期专项考评。

年度综合考评是指医保经办部门每个自然年度对定点医疗机构履行服务协议情况进行的综合考评。不定期专项考评是指医疗保障部门在医疗保险服务协议期内根据国家、省关于医保、医改重点工作任务和本分级管理实施细则规定，依据定点医药机构申请，适时组织对定点医疗机构进行专项考评。

**第五条** 定点医药机构等级管理评审原则上每年开展一次，根据综合评定结果，将医药机构等级分AAA、AA、A和无级别四个等级，并分类实施相应的管理措施。

**第六条** 定点医药机构分级管理由市医保行政部门负责制定评审实施细则，市医保经办机构具体组织实施，各县（市、区）医保经办部门配合，按照医保控费与医疗质量并重、激励与约束并重，采取现场考评、满意测评相结合的方式，实现定点医药机构考核评价、履约周期及数据采集全覆盖。

## 第二章 评审内容和标准

**第七条** 分级管理评审的主要内容是定点医药机构落实医疗保险政策法规及履行医疗保险服务协议情况，按定点医疗机构、零售药店分别设定评审内容和评分标准。

（一）定点医疗机构评审内容包括基础管理（100分）、信息系统管理（100分）、医疗服务管理（100分）、医疗质量管理（300分）、医保目录管理（100）和满意度调查（100分）等。具体内

内容和评分标准详见《汕尾市基本医疗保险定点医疗机构评价指标表》（附表2）；

（二）定点零售药店评审内容包括基础管理（210分）、信息管理系统管理（110分）、经营服务管理（160分）、服务协议履行（200分）和满意度调查等（120分）。具体内容和评分标准详见《汕尾市基本医疗保险定点零售药店评价指标表》（附表3）。

**第八条** 各级医保经办机构以定点医药机构及其工作人员遵守医疗保险有关政策规定以及履行服务协议情况为主要依据，结合定点医药机构日常开展医疗保险服务的工作量、服务量、满意度调查和违规查处等情况，以及现场检查对定点医药机构开展综合考评和分级管理。

综合考评总分值（以下简称考评总分值）包括量化指标考核、现场考评和满意度测评等部分组成，由医保经办机构组织考评组按考评标准进行量化评分。

**第九条** 定点医药机构考评总分值按800分量化设置，综合考评得分等级标准如下：

- （一）AAA级：综合考评得分751分（含）以上；
- （二）AA级：综合考评得分651分（含）至750分；
- （三）A级：综合考评得分501分（含）至650分；
- （四）无级别：综合考评得分500分以下。

### 第三章 评审组织与程序

**第十条** 定点医药机构与医保经办机构签订定点服务协议

后，分级管理等级评定由医保经办机构原则上每年组织一次集中评定或由定点医药机构主动提出评级申请，年度内医药机构仅参与一次评定。定点医药机构应按要求填写《汕尾市定点医药机构分级管理等级评定申请表》（附表1），经县（市、区）医保行政部门审核并出具意见后，报市医保经办机构。

**第十一条** 医保经办机构根据分级管理考评工作需要，可组成考评工作组或委托第三方机构开展等级综合考评工作。

**第十二条** 定点医药机构考评按以下规定评分：

（一）量化指标考核部分根据定点医药机构上年度定点协议管理履行条款情况，以及各项量化考评指标执行情况，按照量化标准进行评分；

（二）现场考评部分由各级医保经办或第三方机构组成考评工作组，按照考评评分标准现场对定点医药机构进行考评；

（三）满意度测评部分按照满意度测评表进行问卷调查，并按满意度标准进行评分；

**第十三条** 市医保经办机构依据综合考评得分，按照等级标准初步评定各定点医药机构相应等级结果，并将初步评定的等级结果及分值向社会公示，接受社会监督，公示期为7个工作日。

公示期内，定点医药机构对初评等级结果有异议的，可向市医保经办机构申请复核，市医保经办机构应在接到申请的10个工作日内组织3至5名医疗保险专家组成复核小组对初评等级结果进行复核。定点医药机构对复核结果仍有异议的，可在收到复核结果5个工作日内向市医保行政部门申请最终裁定。

**第十四条** 公示期满后，市医保行政部门将结果向社会公布。

## 第四章 分级管理

**第十五条** 定点医疗机构按下列规定进行管理：

（一）服务质量保证金：AAA级、AA级、A级医疗机构年度清算时原则上全额偿付服务质量保证金，无定级医疗机构按定点协议规定稽核后偿付服务质量保证金；

（二）定点协议监管：AAA级定点医疗机构采取抽查；AA级采取定期检查；A级要加大监督检查力度和频率；无级别要进行重点监控。

（三）结算系数加权：AAA级医疗机构的，加成 1.5 个百分点；AA 级的加成 0.5 个百分点。

（四）评定结果应用：AAA级、AA级医疗机构优先纳入异地就医、门诊特定病种和开展医疗费用结算新项目试点的资格条件。

**第十六条** 定点零售药店按下列规定进行管理：

（一）定点协议监管：AAA级定点零售药店采取抽查；AA级采取定期检查；A级要加大监督检查力度和频率；无级别要进行重点监控。

（二）协议续签期限：AAA级零售药店按 3 年续签一次协议，AA级按 2 年续签一次协议，A级、无级别按 1 年续签一次协议。

（三）评定结果应用：AAA级、AA级零售药店优先纳入门特、门慢保障用药供应的资格条件。

## 第五章 监督管理

**第十七条** 市医保行政部门对定点医药机构分级管理实行监督管理。定点医药机构违反协议管理规定的，可视情节轻重分别给予限期整改、通报批评、降低级别、取消级别等处理；违反医疗保险规定的，按照基金监督管理有关规定予以处罚。

**第十八条** 定点医药机构等级考评实施动态管理：

（一）年度综合考评得分低于其等级标准的，降至其评分所对应的等级；

（二）取得等级的定点医药机构，下一年度无申报分级管理评定的自然降低一个等级；

（三）定点医药机构被查实存在违规问题受到通报处理的，降低一个评定等级；受到暂停服务协议处理的，降低至无级别；

（四）因违规被降低至无级别的，下一个评定周期原则上仍按无级别进行管理。

被降低级别的定点医药机构原则上两年内不可恢复原级别。被取消级别的定点医药机构，两年内不得申报定点医药机构分级管理的评定。

**第十九条** 定点医药机构应配合分级管理工作，不得藏匿、转移、伪造分级管理考评所需相关资料。对不配合或干扰分级管理工作的，相应扣减评定考核分数。

## 第六章 附 则

**第二十条** 本办法由汕尾市医疗保障局负责解释。

**第二十一条** 本实施细则自发布之日起施行。

附件：1.汕尾市定点医药机构分级管理评级申请表  
2.汕尾市基本医疗保险定点医疗机构评价指标表  
3.汕尾市基本医疗保险定点零售药店评价指标表



## 附件 2

# 汕尾市基本医疗保险定点医疗机构评价指标表

### 一、基础管理（100 分）

序号	评审主要内容	检查方法和评分标准	基本分值	得分
1	医保管理是否健全、是否有专人负责、分工是否明确	查看书面材料或现场考察： 1.二级及以上医疗机构 （1）成立有医保管理办公室，得 5 分； （2）配备≥2 名专职医保管理人员，得 5 分； （3）明确医保工作人员岗位职责，能提供书面岗位职责说明的，得 10 分。 2.一级及未定级医疗机构 （1）明确有 1 名院领导分管医保工作，得 5 分； （2）指定有至少 1 名专（兼）职医保联络员，得 5 分； （3）明确医保工作人员岗位职责，能提供书面岗位职责说明的，得 10 分。	20	
2	基本医疗保险管理规章制度是否健全，制度是否落实	查看书面材料或现场考察： 1.能提供成文的医保服务管理制度文件的，得 10 分； 2.医院医保管理部门有定期对科室执行医保政策进行检查或记录检查情况及分析齐全的，得 10 分； 3.机构年度计划、总结中有提及医保工作，制定有详细、具体的医保政策培训计划并实施的，得 10 分。	30	

3	是否积极配合医保部门的检查、审核	结合日常管理： 1.能积极配合医保日常检查、审核工作的，得10分； 2.能按要求及时提供需要查阅的医疗档案和有关资料的，得10分；	20	
4	医疗机构在提供医保相关服务过程中医保服务质量是否到位	通过调取属地医保部门受理并核实的投诉记录，包括但不限于12345政务服务便民热线、国家及地方医保服务平台、信访系统、来信来访等渠道反映的问题。 经核实未存在任何投诉等记录的，得20分，如存在因解释不清、态度差、推诿等引发参保人投诉，每例扣5分，最高扣20分。	20	
5	预付金是否及时归还	符合预付金申请条件的定点医疗机构可向属地医保经办机构申请当年度预付金，根据相关工作要求在规时效内上缴预付金的，得10分	10	

## 二、信息系统管理（100分）

序号	评审主要内容	检查方法和评分标准	基本分值	得分
6	医保信息化管理情况	查看书面材料及医保信息化通报： 1.配备信息科（股）或成立信息工作小组的，得10分； 2.配备专职负责医保信息系统的专业技术人员定期维护信息系统，得10分； 3.年度内专网无发生受入侵安全问题，得20分，如经发现受过通报的，得10分，属重大活动保障期间受通报过的，不得分； 4.年度内无存在公网代理访问医保专网问题或国家通报的一机多网事件的，得10分。	50	

7	医保标准化工作落实情况	<p>通过查看医保信息平台数据情况：</p> <p>1.按要求在医院系统中全面应用国家医保信息业务编码（即完成贯标）的，得 10 分；</p> <p>2.接入应用智能监管系统事前提醒功能的，得 20 分；</p> <p>3.接入采集药品耗材追溯码的，得 10 分；全年药品追溯信息结算占比（通过销售环节采集上传追溯码条数与结算条数占比情况）不低于 50%的，得 10 分；</p>	50	
---	-------------	--	----	--

### 三、医疗服务管理（100 分）

序号	评审主要内容	检查方法和评分标准	基本分值	得分
8	医保专用窗口情况	<p>现场考察：</p> <p>1.专用窗口 3 个（含）以上的，得 20 分；</p> <p>2.专用窗口 2 个的，得 15 分；</p> <p>3.专用窗口 1 个的，得 10 分；</p> <p>4.无设立专用窗口的，不得分；</p> <p>5.一级及未定级医疗机构确因环境条件所限，与其他窗口兼用的，可根据兼用窗口是否有医疗保险标识、标识是否明显、窗口是否合理等因素，经评估小组讨论一致同意通过的，可酌情给分，但最高不得超过 15 分。</p>	20	
9	医保政策学习、宣传情况	<p>查看书面材料：</p> <p>1.应定期（每年不少于两次）组织医保服务管理人员和医护人员学习医保政策，有记录，得 20 分；</p> <p>2.设置有医保宣传栏，并及时更新医保政策，得 10 分；</p>	30	

10	信息化赋能医疗服务情况	<p>通过查看医保信息平台数据情况：</p> <p>1.支持人脸识别支付的，得 10 分；</p> <p>2.支持医保移动支付的，得 20 分；</p> <p>3.支持使用医保电子处方且电子处方流转结算流畅的，得 10 分；</p> <p>4.实现全量结算数据上传的，得 10 分。</p>	50	
----	-------------	---	----	--

#### 四、医疗质量管理（300 分）

序号	评审主要内容	检查方法和评分标准	基本分值	得分
11	病历首页上传率及完整性	<p>查看书面材料或现场考察：</p> <p>1.按月上传病历首页，首页上传数与实际上传数之比（上传率）<math>\geq 95\%</math>的，得 10 分；每降低 1 个百分点扣 2 分，扣完 10 分为止；</p> <p>2.随机抽查复印 10 份病历首页，核对首页上传情况是否完整、准确，病历记载情况与上传情况不相符或缺项，每例扣 2 分，扣完 10 分为止。</p>	20	
12	医保药品备药情况	<p>查看书面材料或现场考察：</p> <p>按西药种类按通用名算，中成药种类按药品标准中的正式名称检查</p> <p>1.二级及二级以上医疗机构评分标准：（1）1000 种以上的，得 30 分；（2）800-1000 种（含）的，得 25 分；（3）600-800 种（含）的，得 20 分；（4）400-600 种（含）的，得 15 分；（5）400 种（含）以下得 10 分。</p> <p>2.乡镇卫生院与一级医疗机构评分标准：（1）600 种以上的，得 30 分；（2）400-600 种（含）的，得 25 分；（3）200-400 种（含）的，得 20 分；（4）100-200 种（含）的，得 15 分；（5）100 种以下得 10 分。</p>	30	

13	医保零星报销管理情况 (包括异地病人)	通过调取医保信息平台数据： 零星报销结算率=当年度零星报销结算量/ 当年度医保结算量 定点医疗机构零星报销结算率与上年度相比： 1.增长的，每增长 0.1%扣 10 分，最多扣 30 分； 2.不变的，得 20 分； 3.下降的，得 30 分。 注：包括住院、门诊、门特	30	
14	药品进、出账目管理情况	结合当年度协议检查和基金监管情况评分： 当年度协议检查或者基金监管检查无发现存在进销存不符情形的，得 20 分。	20	
15	执行入、出院标准管理情况	结合当年度协议检查和基金监管情况评分： 1.入院标准掌握不严、轻病住院的，每查实一例扣 10 分，扣完为止； 2.住院期间分解住院的，每查实一例扣 20 分，扣完为止。	50	
16	是否存在挂床住院情况	结合当年度协议检查和基金监管情况评分： 收集日常基金监管检查记录，查实挂床住院的，每查实一例扣 10 分。	30	
17	普通门诊、门特特定病种管理情况	结合当年度协议检查和基金监管情况评分： 1. 将体检类检查纳入普通门诊报销的，扣 20 分； 2. 门特认定资料填写不规范的，扣 10 分。	30	
18	参保人年次均门（急）诊费用增长率控制情况	通过调取医保信息平台数据： 参保人年次均门诊费用增长率不得超过 15%，每超过一个百分点，扣 5 分，最高扣 30 分。	30	

19	参保人年次均住院费用增长率控制情况	通过调取医保信息平台数据： 参保人年次均住院费用增长率不得超过 15%，每超过一个百分点，扣 10 分，最高扣 30 分。	30	
20	参保人住院医疗费用年度人次平均自费率控制情况	通过调取医保信息平台数据： 参保人住院医疗费用年度人次平均自费率比例不超过 8%，每超过一个百分点，扣 10 分，最高扣 30 分。	30	

### 五、医保目录管理（100 分）

序号	评审主要内容	检查方法和评分标准	基本分值	得分
21	“三个目录”管理情况	通过日常管理情况评估： 定点医疗机构如有发生因医保目录维护更新不及时而导致参保人无法正常享受待遇，每出现 1 次扣 5 分；被医保部门通报上传非标编码、非标结算清单、非标数据的情形，每出现 1 次扣 10 分，扣完为止。未发生上述情形的，得 20 分。	20	
22	药品、医用材料管理情况	查看书面材料或现场考察： 1.医疗机构 HIS 系统内药品相关信息（如剂型、规格、厂家、本位码、价格等）清晰的，得 10 分； 2.医疗机构 HIS 系统内医用材料相关信息（如规格、厂家、药械码等）标识清晰的，得 10 分；	20	
23	医保基金结算清单完整性	查看书面材料及现场考察： 随机抽查复印 10 份医保基金结算清单，核对清单上传内容是否完整、准确，规范。清单记载情况与上传情况不相符或缺项，每例扣 2 分，扣完 20 分为止。	20	

24	价格公示情况	查看书面材料或现场考察： 显著位置如实公开公示所提供的药品、医用耗材、医疗服务和服务设施的价格，得 20 分。	20	
25	自费药品、耗材告知制度	查看书面材料： 参保人住院、门诊期间所使用的自费药品、材料等，须告知病人或家属，检查医疗机构是否制定《自费告知制度》，具备的，得 20 分。	20	

## 六、满意度调查（100 分）

序号	评审主要内容	检查方法和评分标准	基本分值	得分
24	医生、护士服务态度	1.很好，得 8 分；2.好，得 6 分；3.一般，得 3 分；4.差，得 0 分。	8	
25	门诊就医时医院是否核对你的社会保障卡	1.核对，得 8 分；2.没有核对，得 0 分。	8	
26	有无使用自费项目，如有，医生是否先征求患者的意见	1.有，先征求了意见，得 8 分；2.有，但没有征求意见，得 0 分；3.没有使用自费项目，得 8 分。	8	
27	看病时，各项收费是否具有明确的收费清单	1.有，很明确，得 8 分；2.有，但不清晰，得 4 分；3.没有，得 0 分。	8	
28	医生是否根据病（伤）情开具药物和检查治疗项目	1.符合病情，得 8 分；2.基本符合，得 4 分；3.不符合，得 0 分。	8	
29	来此医院看病，您认为医疗费用	1.很高，得 3 分；2.较高，得 4 分；3.一般，得 5 分。	5	
30	医院医疗服务水平和服务质量的总体评价	1.满意，得 5 分；2.比较满意，得 4 分；3.一般，得 3 分；4.不满意，得 0 分。	5	

31	接触的医生服务态度	1.很好，得 5 分； 2.好，得 4 分； 3.一般，得 3 分； 4.差，得 0 分。	5	
32	接触的护士服务态度	1.很好，得 5 分； 2.好，得 4 分； 3.一般，得 3 分； 4.差，得 0 分。	5	
33	住院时医院是否核对你的社会保障卡	1.核对，得 5 分； 2.没有核对，得 0 分。	5	
34	入院时医院是否介绍医疗保险等相关政策和规定	1.有.得 5 分； 2.没有，得 0 分。	5	
35	工伤病人住院期间有无使用自费项目，如果有，医生是否先征求了患者的意见，并经过（单位）确认签字	1.有，先征求了意见，得 5 分； 2.有，但没有征求意见，得 0 分； 3.没有使用自费项目，得 5 分。	5	
36	住院期间使用的自费项目是否合理	1.不合理，得 0 分； 2.合理，得 5 分； 3.没有使用自费项目，得 5 分。	5	
37	住院期间所做的检查治疗是否符合病情需要	1.是，得 5 分； 2.否，得 0 分。	5	
38	住院期间是否有让你到门诊或院外购药的情况	1.有，得 3 分； 2.没有，得 5 分；	5	
39	住院期间，医生有否以“费用”等方面理由劝病人出院	1.有，得 0 分； 2.没有，得 5 分。	5	
40	住院期间，是否可查到每日住院费用清单	1.可以，得 5 分； 2.不可以，得 3 分；	5	

附件 3

## 汕尾市基本医疗保险定点零售药店评价指标表

### 一、基础管理（210 分）

序号	评审主要内容	检查方法和评分标准	基本分值	得分
1	医保管理是否健全、职责是否落实、是否有专人负责	查看书面材料或现场考察： 1.有一名药店公司总部领导分管医保工作的，得 10 分； 2.配备 1 名专职医保管理人员，得 20 分，兼职的，此项得 10 分； 3.专职医保管理人员具有全日制大学专科药学或临床医学毕业的得 10 分、药师以上职称资格的，得 20 分。	50	
2	日常管理制度建设情况	查看书面材料或现场考察： 1.医保管理制度健全，并在零售药店显眼处公开公布的，得 20 分；没有制定有关管理制度的，不得分； 2.制定出台贯彻实施基本医疗保险服务协议相关措施，5 项措施及以上得 15 分；每少一项扣 3 分，扣完为止； 3.年初有工作计划、年终有总结、定点标牌、服务协议、文件资料保管齐全的，得 15 分；每少一项扣 3 分，扣完为止。	50	
3	在职人员管理情况	查看书面材料或现场考察： 企业负责人、质量管理和处方审核人员需在职在岗，并未在店外兼职，得 30 分。如 1 人未在职在岗或在店外兼职，得 0 分。	30	

4	在岗药师管理情况	查看书面材料或现场考察： 考核拥有药师以上职称资格的药学技术人员并在本药店购买一年及以上社会保险的人数：有 2 名的，得 20 分；有 1 名的，得 10 分。	20	
5	配合医保部门检查情况	结合日常管理： 1.积极配合医保日常检查、审核工作的，得 10 分； 2.能按要求及时提供需要查阅的档案资料的，得 10 分。	20	
6	医保政策宣传学习情况	查看书面材料或现场考察： 1.学习宣传医保政策，举办有时间、有地点、有参加人员签名的医保政策培训会，参加或举办 1 次得 5 分，3 次及以上得 15 分； 2.设立并及时更新医保知识宣传专栏的，得 10 分； 3.设立医保咨询电话的，得 5 分； 4.摆放有医保知识宣传册（含医保基本知识、医保购药须知等在实行的医保宣传类），每摆放一种得 2 分，5 种及以上得 10 分；	40	

## 二、信息系统管理（110 分）

序号	评审主要内容	检查方法和评分标准	基本分值	得分
7	医保信息系统管理情况	结合日常检查、查看书面材料、现场考察： 1.配备负责信息系统的专业技术人员（电脑工程师、熟悉系统操作的药师等）定期维护信息系统，保证系统正常运转、通畅的，得 20 分； 2.落实“专网专用”，医保信息系统网络、设备能与互联网物理隔离，与其它外部网络联网时能采用有效的安全及隔离措施的，得 20 分。	40	

8	医保标准化信息化工作情况	结合日常检查、查看书面材料、现场考察： 1.有应用国家医保信息业务编码的，得 10 分；能及时维护零售药店基本信息、执业药师或依法经过资格认定的其他药学技术人员医师等编码信息的，得 10 分。 2.接入使用医保电子处方且电子处方流转结算流畅的，得 10 分； 3.有接入使用进销存管理系统的，得 10 分；药品进销存信息完整的、准确的，得 10 分。 4.接入采集药品追溯码的，得 10 分；追溯码上传率达到 90%以上的，得 10 分。	70	
---	--------------	---	----	--

### 三、经营服务管理（160 分）

序号	评审主要内容	检查方法和评分标准	基本分值	得分
9	医保目录内药品加价率	结合日常检查、查看书面材料、现场考察： 随机抽查药店销售的医保西药、中成药和中药饮片共 5 种，核对进货明细单据后计算加价率：被抽查的西药和中成药加价率 $\leq 15\%$ ，中药饮片加价率 $\leq 25\%$ 的，得 50 分；超标 1 例扣 10 分。	50	
10	在售产品信息标注情况	结合日常检查、查看书面材料、现场考察： 所有零售药品、器械明码标价，有质量管理检查记录和药品养护记录 1.药品、器械明码标价，得 30 分；药品、器械发现一例次未明码标价，不得分。 2.有质量管理检查记录和药品养护记录，得 30 分，记录不全得 10 分，无记录的，不得分。	60	

11	是否有设置分区销售非药品类	结合日常检查、查看书面材料、现场考察： 店内设置有独立专区（集中区域、无掺杂、地面设置划线）的，得 20 分；仅设置明显分区的，得 10 分；无设置的，不得分	20	
12	便民服务	提供 24 小时药品零售便民服务，得 30 分。	30	

#### 四、履行协议管理（200 分）

序号	评审主要内容	检查方法和评分标准	基本分值	得分
13	医保目录药品进、出账目管理情况	查看书面材料或现场考察： 随机抽查医保目录内西药 10 种、中成药 5 种和中药饮片 2 种，药品进货、退货发票、明细清单和盘点表齐全的，得 50 分；有缺项的，每一种药扣 5 分，扣完为止。	50	
14	医保收费清单、医保结算信息管理情况	结合日常检查、查看书面材料、现场考察： 抽查医保收费清单 5 张，符合定点服务协议书要求（包括收费员、参保人、被委托人签名、药品批号等）的，得 30 分，每张清单缺 1 项扣 6 分，扣完为止。	30	
15	社保卡、医保处方、发票使用检查情况	结合日常检查、查看书面材料、现场考察： 1. 核验社保卡并按协议书规定签字的，得 20 分；未核验社保卡的或不按协议书规定签字（或已有查实）的，不得分； 2. 按协议书规定核验医保处方的，得 20 分；未按规定核验医保处方（或已有查实）的，不得分； 3 询问、查看能提供财税正规发票的，得 20 分。	60	

16	违反协议管理规定处理情况	<p>结合日常检查、查看书面材料、现场考察： 下列情形的，发生1例扣20分，扣完为止。</p> <p>1.违反价格政策，擅自提高药品价格或对参保人购药收费高于其他人群的；</p> <p>2.重复结算药品费、多收费、乱收费情节较恶劣的（个人账户违规记账金额占总记账费用15%以上或者以医保统筹基金违规记账的）；</p> <p>3.录入电脑记账系统的项目、数量及费用信息与实际购药情况不相符，以药易物，利用参保人的社会保障卡记账，直接或变相销售营养保健品、化妆品、生活用品、医疗器械等其他商品，以医保药品名称进行医保记账。</p> <p>因违规被通报批评、限期整改的，该项不得分。</p>	60	
----	--------------	--	----	--

### 五、满意度调查（120分）

序号	评审主要内容	检查方法和评分标准	基本分值	得分
17	药店服务环境是否满意	1.很好，得10分； 2.好，得8分； 3.一般，得6分； 4.差，得0分。	10	
18	药店工作人员服务态度	1.很好，得10分； 2.好，得8分； 3.一般，得6分； 4.差，得0分。	10	
19	药师有没有给予购药指引，如果有，购药指引是否专业	1.很好，得15分； 2.好，得10分； 3.一般，得5分； 4.差，得0分。	15	
20	药店工作人员是否有核对你的医保卡	1.核对，得15分； 2.没有核对，得0分。	15	

21	所需医保药品是否都能予以记账	1.都有，得 15 分；2.基本上有，得 10 分；3.时有时无，得 5 分； 4.经常没有，得 0 分	<b>15</b>	
22	药品收费是否具有明确的收费清单（有购药人签名、药品名称、规格、数量、单价、金额，记账金额等）	1.有，很明确，得 15 分；2.有，但不清晰，得 10 分； 3.没有，得 0 分。	<b>15</b>	
23	药品价格	1.比较贵，得 0 分；2.一般，得 15 分；3.比较便宜，得 20 分。	<b>20</b>	
24	药店服务质量的总体评价	1.满意，得 20 分；2.比较满意，得 15 分；3.一般，得 10 分； 4.不满意，得 0 分。	<b>20</b>	