附件1

广州市“双通道”定点零售药店2023年度考核项目与评分标准

| 序号 | 考核  项目 | 考核内容 | 评分标准 | 考核  方式 | 分值 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **自查**  **自评** | 根据自查情况记录表内容开展自评。 | 现场检查时一并提交，未按时提交自查自评报告或自评不符合要求的得0分。 | 自评 | 100 |
| 2 | **基础**  **管理** | ①按要求悬挂统一格式的广州市医疗保障定点零售药店标牌。 ②机构名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址、药品经营范围等信息与医保系统备案信息一致。 ③医保POS机数量、终端号与医保系统一致。  ④按要求开展“双通道”业务培训并做好记录。 | 任意一项不符合规定该项目不得分。 | 现场考核 | 10 |
| 3 | **配套机制及档案管理** | ①建立药品质量风险防范和经济补偿机制。 ②与定点医疗机构联合建立药品质量全程监管和追溯机制。 ③做好药品交接登记（包含配送定点医疗机构及参保人）。 ④建立药品使用档案，做好外配处方等材料归档。 | 任意一项不符合规定该项目不得分。 | 现场考核 | 10 |
| 4 | **服务人员管理** | ①营业时间内至少有1名执业药师在岗提供药学服务。 ②配备与医保“双通道”服务能力相适应的专(兼)职信息技术人员。 | 任意一项不符合规定该项目不得分。 | 现场考核 | 10 |
| 5 | **配合医保工作** | ①按政策及协议的要求积极配合医疗保险管理部门进行日常监督检查工作。 ②按要求及时提供需要查阅的业务材料。 ③如实做好“双通道”药品目录编码匹配。 ④按时报送“双通道”药品结算申报表。  ⑤及时报送经营“双通道”药品品种信息及库存信息。 ⑥按要求参加市医保部门有关“双通道”政策业务培训。  ⑦参保人需要时，应向参保人提供“双通道”药品结算单并做好解释工作。  ⑧按要求配合医保部门做好药品双通道有关信息化建设实施工作，跟进上线后运行情况，及时处理问题。 | 任意一项不符合规定，每次扣5分。存在未履行服务协议书要求，发生参保人有效投诉的，该项目不得分。 | 日常考核 | 20 |
| 6 | **药品储存配送** | ①具有独立的经营“双通道”药品的场所，并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。 | 任意一项不符合规定该项目不得分。 | 现场考核 | 10 |
| 7 | **处方**  **核验** | 抽查已完成结算的外配处方5例（如实际结算量低于5例的，按实际开展结算量进行抽查）。 | 审核查验外配处方用药合理性、规范性和完整性。如存在将超医保限定支付范围、超使用剂量用药，或超出有效期的外配处方进行医保结算的，药师未签章等，存在上述任一情形，每查实一例扣5分。实际结算量为0的，扣5分。 | 现场考核 | 10 |
| 8 | **票据**  **管理** | 抽查已完成结算费用的“双通道”药品费用清单5例（如实际结算量低于5例的，按实际开展结算量进行抽查）。 | 零售价格高于广州药品集团采购平台挂网采购价格或未及时将参保人取药的信息通过广东省电子处方流转中心回传至开具处方的医疗机构，存在上述任一情形，每查实一例扣5分。实际结算量为0的，扣5分。 | 现场考核 | 10 |
| 9 | **双通道线上流程** | 2023年9月30日前完成对接“粤医保”小程序电子处方流转应用的系统接口改造、联调测试并提交国家医保局进行审核。 | 未按要求完成该项目不得分。 | 日常考核 | 10 |
| 10 | **“双通道”药品配备率** | “双通道”药品备药率=药店“双通道”药品备药品种/“双通道”药品全部品种（统计口径为全年，药品范围以广州市最新的“双通道”药品管理范围为准）。 | 从高到低进行排名，倒数第1名（含并列，下同）扣5分，倒数第2名扣4分，倒数第3名扣3分，余不扣分。 | 日常考核 | 10 |
| 11 | **受处理情况** | 遵守医保服务协议约定及《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》规定。 | 因违反医保服务协议约定或违反《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》规定受到一般违约处理扣10分，严重违约处理，扣30分。违反《医疗保障基金使用监督管理条例》有关规定受到行政处罚的，扣20分。其他违反医保法律、法规的情形，参照上述条款，视情节轻重进行扣分。 | 日常考核 | 按实际情况减分 |
| 12 | **业务开展情况** | 积极上线开展双通道业务。 | 业务量排名前3位（含并列）的加5分。 | 日常考核 | 按实际情况加分 |
| 13 | **基金**  **安全** | 主动发现参保患者月度（年度）用药量异常，向医保经办部门报告并提供证据材料。 | 协助医保部门查实骗取医保基金行为的，每例加5分，最高不超过20分。 | 日常考核 | 按实际情况加分 |
| **说明：**1.评分总分为100分，得分不超过100分；2.考核扣分在各考核类别的基本分值范围内扣完为止；相关业务量数据（特殊情况除外）以医疗保险信息系统数据为准；3.加减分均在总分核算完毕后进行加、减。 | | | | | |