

河北省医疗保障局文件

冀医保规〔2024〕1号

河北省医疗保障局 关于印发《河北省医疗保障定点医药 机构考核办法》的通知

各市(含定州、辛集市)医疗保障局,雄安新区管委会公共服务局,
局属各单位:

为进一步规范医药服务行为,推动我省医疗保障事业高质量发展,省医疗保障局制定了《河北省医疗保障定点医药机构考核办法》,现印发给你们,请遵照执行。



(主动公开)

河北省医疗保障定点医药机构考核办法

第一章 总 则

第一条 为加强医疗保障定点医药机构管理,规范定点医药机构服务行为,提高医疗保障基金使用效率,根据《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等有关规定,结合我省实际,制定本办法。

第二条 定点医药机构是指与统筹地区医疗保障经办机构签订服务协议,为参保人提供医疗保障服务的医疗机构和零售药店。

第三条 定点医药机构考核遵循公平公正、科学规范、正向引导、动态调整的原则,坚持激励与约束并重,促进定点医药机构加强管理,不断提升服务质效。

第四条 定点医药机构考核按属地化原则,医疗保障行政部门负责统筹区内定点医药机构考核的指导和监督,经办机构负责统筹区内定点医药机构考核的组织和实施。

第二章 考核管理

第五条 定点医药机构考核分为线上考核和线下考核。考核

的主要内容为执行医疗保障政策、履行医保服务协议、医药服务质量等。考核依据数据分析及日常检查结果进行评分。

第六条 定点医药机构考核满分为 100 分,评分指标设置扣分项和加分项,未按规定完成的项目扣除一定分值,完成加分项规定的项目加上一定分值,考核分数为各项得分合计,总得分不超过 100 分。

第七条 加分项侧重深度参与医保改革、阶段性重点任务推进、政策宣传培训等工作的配合及完成情况。鼓励定点医药机构将医保部门考核项目列入内部绩效管理及评优评先内容。

第八条 定点医药机构考核按自然年度进行,采取日常考核与年终考核相结合,原则上每年 3 月底前完成上年度考核。

第九条 考核结果与定点医药机构年终清算、质量保证金扣除、监管等级分类、协议续签、定点退出等挂钩。

(一)与年终清算挂钩

考核结果与定点医药机构年终清算挂钩,具体结算方式按相关政策执行。

(二)与质量保证金扣除挂钩

年度考核得分 ≥ 90 分的,不扣除质量保证金; 60 分 $\leq$ 年度考

核得分 <90 分的,较 90 分每低 1 分扣除质量保证金 2%;考核得分 <60 分的,扣除全部质量保证金。

(三)与监管等级分类、协议续签、定点退出挂钩

监管等级分为 A、B、C、D 四个等级,评级标准如下:

1. 考核得分 ≥ 90 分的为 A 级,按照 0.5 倍日常监管频次进行稽核;

2. $70 \text{ 分} \leq \text{考核得分} < 90$ 分的为 B 级,按照日常监管频次进行稽核;

3. $60 \text{ 分} \leq \text{考核得分} < 70$ 分的为 C 级,列为重点监管对象,按照 1.5 倍日常监管频次进行稽核,限期整改,整改到位后续签服务协议,整改不到位的,不再续签协议;

4. 考核得分 <60 分的为 D 级,在 1.5 倍日常监管频次基础上,列为专项稽核对象,暂停医保服务 3 个月,并限期整改,整改到位后续签服务协议,整改不到位的,不再续签协议。

定点医药机构连续两年考核为 C 级的,暂停医保服务 3 个月;连续两年考核为 D 级的,解除医保服务协议。

第十条 考核年度内因新增纳入等原因履行医保服务协议不满 6 个月的定点医药机构,纳入下一年度考核。已满 6 个月未满 1

年的,参加当年度考核。

第十一条 定点医药机构因违法违规问题被医疗保障部门解除服务协议的,扣除全部质量保证金,不再纳入当年度考核。如涉及其他违规违约费用,不予拨付或予以追回。

第十二条 定点医药机构因停业或歇业等自身原因申请终止服务协议的,经办机构应在终止协议前组织考核,核查定点医药机构协议履行期间有无违规违约问题。有违规违约问题的,追回全部违规违约费用,并扣除相应质量保证金,无违规违约问题的,不扣除质量保证金。

第十三条 考核结果纳入医疗保障信用体系。经办机构要将年度考核结果报告同级医疗保障行政部门。

第十四条 经办机构在考核中发现定点医药机构存在涉嫌骗取医疗保障基金支出的违法违规线索时,要及时将有关线索移送医疗保障行政部门。

第十五条 经办机构在考核结束后向定点医药机构通报考核结果,定点医药机构对考核结果有异议的,在接到考核结果通报5个工作日内向经办机构书面提出复核申请,经办机构组织复核,并作出复核意见。逾期未提出申请的,视为认同。

第三章 附 则

第十六条 各统筹地区结合工作实际,可对考核内容及评分作出调整。

第十七条 本办法由河北省医疗保障局负责解释。

第十八条 本办法自印发之日起执行。

附件:1. 定点医疗机构线上考核项目及评分标准

2. 定点医疗机构线下考核项目及评分标准

3. 定点零售药店线上考核项目及评分标准

4. 定点零售药店线下考核项目及评分标准

附件 1

定点医疗机构线上考核项目及评分标准（50 分）

项目名称和分值		考核内容及扣分标准	扣分内容	扣分分值
药品采购	4 分	药品、耗材采购占比： 高价采购非中选产品量占同品种采购量比例高于 50%以上的扣 2 分；每批次不采购中选、采购非中选产品量达到 30%的，扣 1 分，每增加 5%扣 0.5 分。		
	4 分	集中带量采购政策执行情况： 药品、医用耗材集中带量采购协议约定量完成情况，每有一种未完成的，扣 1 分；报量少于实际采购量 70%的，扣 2 分。		
	2 分	药品、耗材价格过高品种占比： 占比=指定范围药品、耗材采购价格为国家招采子系统中位价以上的采购药品种数/指定范围同通用名同规格药品、耗材种数*100%，占比每高 5%扣 1 分。		

项目名称和分值		考核内容及扣分标准	扣分内容	扣分分值
门诊费用管理(增长率为同比增长率。截止上一年度末,纳入定点未满2年的医疗机构不考核增长率指标,各统筹区可以结合工作实际设定其他考核指标)	3分	门诊医疗费用总额增长率: 门诊医疗费用总额为统计时段内门诊医疗费用汇总。 增长率= (本年度门诊医疗费用总额-上年度门诊医疗费用总额) / 上年度门诊医疗费用总额*100% 实际值最低的20%医疗机构为满分,其他医疗机构得分= (按实际值从小到大排列, M分位数对应的指标值/该医疗机构指标值)*该项目满分值, M分位数对应的指标实际值是指20%位置医疗机构指标值。) 注: 不含国家谈判药品。		
	3分	门诊人均费用增长率: 门诊人均费用=门诊医疗费用/门诊就诊人数。 增长率= (本年度门诊人均费用-上年度门诊人均费用) / 上年度门诊人均费用*100% 实际值最低的20%医疗机构为满分,其他医疗机构得分= (按实际值从小到大排列, M分位数对应的指标值/该医疗机构指标值)*该项目满分值, M分位数对应的指标实际值是指20%位置医疗机构指标值。) 注: 不含国家谈判药品。		

项目名称和分值		考核内容及扣分标准	扣分内容	扣分分值
住院费用管理（增长率为同比增长率。截止上一年度末，纳入定点未满2年的医疗机构不考核增长率指标，各统筹区可以结合工作实际设定其他考核指标）	4分	住院医疗费用总额增长率： 住院医疗费用总额为统计时段内住院医疗费用汇总。 增长率=（本年度住院医疗费用总额-上年度住院医疗费用总额）/上年度住院医疗费用总额*100% 实际值最低的20%医疗机构为满分，其他医疗机构得分=（按实际值从小到大排列，M分位数对应的指标值/该医疗机构指标值）*该项目满分值，M分位数对应的指标实际值是指20%位置医疗机构指标值。）注：不含国家谈判药品。		
	4分	住院人均费用增长率： 住院人均费用=住院医疗费用/出院人数。 增长率=（本年度住院人均费用-上年度住院人均费用）/上年度住院人均费用*100% 实际值最低的20%医疗机构为满分，其他医疗机构得分=（按实际值从小到大排列，M分位数对应的指标值/该医疗机构指标值）*该项目满分值，M分位数对应的指标实际值是指20%位置医疗机构指标值。）注：不含国家谈判药品。		
住院实际报销比例	5分	医保统筹基金支出/总医疗费用*100%，较上一年度降低的，每降低1个百分点扣2分。（不含跨省异地就医人员及离休人员）。		
结算清单	10分	及时上报出院患者信息，医保结算清单数据上报完成率每降低1%扣1分。上传病历数据校验通过率不足90%的，每降低1%扣1分。		

项目名称和分值		考核内容及扣分标准	扣分内容	扣分分值
重复疑点	9 分	月疑点重复发生率=本月与上月相同问题发生数/本月推送疑点总数*100%，年度考核取每月均值，疑点重复发生率每达 5%扣 1 分。		
信息管理	2 分	医保码（医保电子凭证）结算率低于 50%的扣 1 分，低于 30%的扣 2 分。		

备注：考核项扣分各对应栏目分值扣完为止。

附件 2

定点医疗机构线下考核项目及评分标准（50 分）

项目名称和分值		考核内容及扣分标准	扣分内容	扣分分值
综合管理	1 分	医疗保障制度不健全、岗位职责不明确；医疗机构工作人员不熟悉医保政策、歪曲理解，向参保人错误解释、不解释或者推卸责任的，发现一次扣 0.5 分。		
	1 分	运用电子屏滚动播放、制作宣传片、借助报纸刊物及新媒体等多种形式开展医保宣传工作情况。未按要求配合医疗保障部门开展宣传工作的，一次扣 0.5 分。未设置医疗保障政策宣传栏，公布医保就医流程和打击欺诈骗保举报电话的，扣 0.5 分。		
	1 分	未按要求参加医疗保障部门组织的业务培训或工作会议的，一次扣 0.5 分。未在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识的，扣 1 分。		
	1 分	医疗机构医护比不达标的（医护人员不含多点执业兼职人员），或实际开设床位数低于或超过标准的，扣 1 分。		

	2 分	有门诊慢特病评审资格的定点医疗机构因其评审医师被通报批评、暂停或取消门诊慢特病评审资格处理的，分别扣 0.5 分、1 分、2 分。有门诊慢特病评审资格的定点医疗机构因认定超时限被患者投诉的、因违规认定和收费被通报批评的，分别扣 0.5 分、1 分。		
	2 分	未严格落实财务制度，未规范账目账册管理，未落实账账相符、账实相符的，发现一次扣 1 分。将经办机构不应予以支付的费用、因协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，作为医保欠费处理的，扣 2 分。		
	2 分	结算清单“实传数量”未达到 100%的，每下降 1%扣 0.2 分。		
	1 分	未严格落实集中采购医保基金结余留用政策的，扣 1 分。		
	3 分	以医保支付政策为由，推诿或拒收病人的，扣 3 分。		

就医管理	3 分	规范执行医保目录，发现同一编码在医保目录库与 HIS 系统目录库信息不一致的，每例扣 0.5 分；其他未按要求及时维护医保目录库、医师的，每例扣 0.5 分。		
	3 分	未认真核对参保人就医相关证件，经查实存在冒名就医的，每例扣 1 分。未按规定健全和落实就诊、检查、治疗等登记制度的，未建立门诊慢（特）病管理制度和工作程序的，每项扣 0.5 分。未严格落实处方管理规定，在用药、检查、治疗等方面与医嘱不符的，提供过度医疗的，搭车开药、检查、治疗的，每项扣 0.5 分。降低住院标准或将符合出院条件的参保人滞留在院，发现一例扣 0.5 分。未如实准确记录患者致伤原因或意外受伤情形的，每例扣 0.5 分。以医保政策为由，要求参保患者中途出院、分解住院的，发现一例扣 1 分。		
	1 分	未按照要求书写门诊病历的，每查实一例扣 0.5 分；超常规用药，未落实处方点评制度的，每查实一例扣 0.5 分。		
	2 分	医疗机构及医保医师未合理收治，未按照医保支付范围准确结算，存在不合理收费的，每查实一例扣 1 分。医疗机构或医保医师被投诉举报，经查实确存在问题的，每例扣 0.5 分。		

	2 分	不符合适应症用药，加重患者自费负担的，每查实一例扣 0.5 分。向患者提供重点监控药品、自费药品、自费诊疗项目或自费医用耗材，未经患者同意有医保内可替代不使用的，查实一例扣 0.5 分。		
	3 分	参保患者住院期间需使用谈判药品（除原研药外），医疗机构未配备且不临时采购，让参保患者院外购药的，一次扣 0.5 分。		
	1 分	有处方流转资格的医疗机构，拒绝患者流转处方要求，发现一次扣 0.5 分。		
结算 管理	1 分	未建立系统的药品进销存管理制度和会计核算制度，未建立药品采购供应制度和药品安全管理制度的，每项扣 0.5 分。		
	1 分	未实现医保结算票据由打印社保卡号改为打印国家统一医保信息平台人员编号的，扣 1 分。		
	1 分	未实现医疗费用结算一站式服务、一窗口办理、一单制结算并提供医疗费用结算单据和相关材料的，扣 1 分。		
	1 分	未实现每日上传完整费用清单的，扣 1 分。		

	1 分	未严格执行国家和省药品、耗材价格政策以及诊疗项目收费规定的，发现一例扣 0.5 分。		
	1 分	未在规定时间内缴清应退回医疗保障基金的，扣 1 分。		
	1 分	未及时结清集中采购产品货款的，每次扣 0.5 分。		
信息管理	1 分	未按照要求，实现数据全量上传的，每次扣 0.5 分。		
	1 分	未实现标准化编码全流程带码应用，未实现医保电子凭证全流程应用的，每项扣 0.5 分。		
	2 分	落实事前事中智能监管、自费结算、进销存数据上传、移动支付建设、接入“河北智慧医保”微信小程序及国家医保服务平台 APP 河北专区建设等，一项不达标扣 0.5 分。		
	5 分	严格贯彻执行 15 项医疗保障业务编码标准，按要求规范准确维护、应用各项业务编码，未按要求落实医保业务编码贯标工作或者维护不规范、不准确的，每次、每项编码扣 0.5 分。机构信息、定点协议等信息发生变更时，未在规定期限内国家动态库维护平台做信息更新维护的，扣 1 分。		

协议管理	5 分	未按要求进行疑点反馈的，每次扣 0.5 分。因费用指标存在问题未按期提交分析报告的，每次扣 1 分。未按期限要求接受约谈的，每次扣 1 分。		
加分项	10 分	1. 按时完成全部约定采购量的，加 1 分； 2. 每配备 1 个国家谈判药品，加 0.05 分，最高加 4 分； 3. 使用医保电子凭证结算率超过 50%，每提高 10%加 0.5 分，最高加 2 分； 4. 医保智能监管系统对接准确的，加 1 分； 5. 月度结算结账确认及时率在 100%的，加 1 分； 6. 在省级以上媒体或核心刊物上报道医院医保工作，起到积极正面宣传效果的，视情况加 0.5-1 分。		
违规行为查处	违反协议规定，造成医疗保障基金损失较大，产生较大社会影响，或者违约行为性质恶劣，造成医疗保障基金重大损失，产生社会重大影响的，视情节严重程度扣 30-50 分。			
一票否决	检查中发现存在协议规定的需解除服务协议情形的，考核一票否决。			

备注：考核项扣分各对应栏目分值扣完为止。加分项累计最高不超过 10 分，考核线上线上总分值不超过 100 分。

附件 3

定点零售药店线上考核项目及评分标准（35 分）

项目名称和分值		考核内容及扣分标准	扣分内容	扣分分值
目录内药品使用情况	5 分	目录内药品占比情况: 医保目录范围内结算药品（以通用名计）占统筹区所有定点零售药店结算药品总数的 60%及以上，每降低一个百分点扣 0.5 分。		
	5 分	目录内药品配备率情况: 提取统筹区所有定点零售药店药品销售金额排名前 10 种的目录内药品（以通用名计），比较后每缺 1 种扣 0.5 分。		
	5 分	目录内药品配备率情况: 提取统筹区所有定点零售药店药品销售数量排名前 10 种的目录内药品（以通用名计），比较后每缺 1 种扣 0.5 分。		
进销存数据上传	6 分	以国家统一医保信息平台接口直连方式或直接使用定点医药机构业务办理子系统，真实、全面、准确、实时上传医保结算费用和进销存数据，数据上传率每低 1%扣 1 分。		
服务能力	5 分	无正当理由，连续 90 天无医保结算数据的，扣 5 分；连续 60 天无医保结算数据的，扣 3 分；连续 30 天无医保结算数据的，扣 1 分。		
信息化管理	2 分	未直接使用国家统一医保信息平台定点业务办理子系统办理相关业务的，扣 2 分。		

项目名称和分值		考核内容及扣分标准	扣分内容	扣分分值
	2 分	医保码（电子医保凭证）结算率低于 50%的，扣 1 分，低于 30%的，扣 2 分。		
	5 分	做好国家医保信息业务编码标准数据库动态维护工作，严格贯彻执行 15 项医保业务编码标准，规范准确维护、应用各项业务编码，未按要求落实医保业务编码贯标工作或者维护不规范、不准确的，每次、每项编码扣 0.5 分。做好机构信息维护更新工作，如机构信息发生新增或变更时，未在国家动态库维护平台做好信息更新的，发现一次扣 0.5 分。		

备注：医保药品以结算数据为考核统计口径，剔除医保单独支付药品、中药饮片以及按照相关法律法规不在零售药店销售的药品。考核项扣分各对应栏目分值扣完为止。

附件 4

定点零售药店线下考核项目及评分标准（65 分）

项目名称和分值		考核内容及扣分标准	扣分内容	扣分分值
综合管理	3 分	医保管理制度不健全、未按规定配备专（兼）职医保管理人员，岗位职责不明确的，每项扣 1 分。		
	3 分	定点零售药店名称、法人、地址等项目发生变更或因机构转让、合并等原因导致经营主体发生变化，未按规定在 30 个工作日内办理变更备案的，扣 3 分。		
	3 分	未按规定悬挂统一定点零售药店标识或悬挂不规范的，扣 1 分。未设立医保专区或医保用药标识混乱的，扣 1 分。		
	2 分	从业人员无标识牌上岗的，发现一例扣 0.5 分。营业期间执业药师不在岗的，发现一次扣 0.5 分。执业药师就业地点发生变更未变更维护的，发现一次扣 1 分。		
	3 分	在数据、资料报送等日常监管中出现延期报送或报送数据资料不真实准确完整的，一次扣 0.5 分；报送资料存在明显问题的，一次扣 1 分。		
	2 分	对查实的违规费用或违约金，未能在规定期限内缴清应退回医疗保障基金的，扣 2 分。		

	3 分	未将药品、医疗器械、医用耗材与其它商品实行分类管理、分区摆放的，发现一次扣 1 分。		
	2 分	因网络程序不健全或维护不到位，影响正常结算的，扣 1 分。未按规定及时上传购药明细等信息的，扣 1 分。		
服务管理	5 分	采用返还现金、礼券、赠品、电子卷、积分等促销手段诱导消费的，发现一次扣 1 分。未按规定向参保人提供结算票据等相关材料的，发现一次扣 1 分。		
	2 分	对参保人的投诉举报，不积极配合医保部门核实检查或经核实检查确存在违规问题的，一次扣 1 分。		
	6 分	伪造虚假凭证或串通参保人兑换现金或为非定点医药机构代刷卡的，扣 6 分。		
	3 分	门诊统筹药店或“双通道”定点药店未按要求落实医保政策的，发现一处扣 1 分。		
协议管理	4 分	未按规定进行疑点反馈的，每次扣 0.5 分，不积极处理疑点问题的，每次扣 0.5 分；因费用指标存在问题未按期限提交分析报告的，每次扣 1 分；未按期限规定接受约谈的，每次扣 1 分。		
	5 分	违反《河北省医疗保障定点零售药店服务协议》第三十八、三十九、四十条相关条款的，发生一次分别扣 1、3、5 分。（与其他考核项存在重复的，按具体考核项扣分，不重复扣分）		

信息管理	6 分	药品未按期进行盘点对账的，账实不符的，进、销、存不符的，每项扣 2 分；药品采购无凭证或采购凭证与相关医药经销商出具的销售凭证不符的，扣 2 分。未按规定保存财务账目、销售凭证、采购资料的，两年内资料保存不全的，发现一次扣 1 分。		
	8 分	未落实处方流转、处方审核、签字制度的，发现一次扣 2 分；处方、购药清单等未保存两年的，发现一次扣 2 分；未核对处方信息有效性，处方药销售不符合要求或无处方销售处方药品的，发现一次扣 2 分。		
	5 分	不遵守国家、省药品或医用耗材采购、使用管理规定的，发现一次扣 0.5 分；未按规定通过国家统一医保信息平台药品和医用耗材招采管理子系统采购符合规定的集采、国谈等药品的，发现一次扣 2 分。		
加分项	10 分	1. 申请成为门诊统筹或“双通道”的定点零售药店满 1 年，认真执行医保政策规定，无违反协议约定行为的，加 2 分； 2. 积极配合医保部门工作，推动医保政策落地，每次加 0.5 分，最高加 1 分； 3. 使用医保电子凭证结算率超过 50%，每提高 10%加 1 分，最高加 3 分； 4. 能够提供 6 个月以上结算区域视频监控资料的加 2 分； 5. 在省级及以上媒体或核心刊物上报道本单位医保工作，起到积极正面宣传效果的，视情况加 1-2 分。		

违规行为查处	违反协议规定，造成医疗保障基金损失较大，产生较大社会影响，或者违约行为性质恶劣，造成医疗保障基金重大损失，产生社会重大影响的，视情节严重程度扣 30-50 分。
一票否决	检查中发现存在协议规定的需解除服务协议情形的，考核一票否决。

备注：考核项扣分各对应栏目分值扣完为止。加分项累计最高不超过 10 分，考核总分值不超过 100 分。

