

合医保发〔2023〕2号

关于印发《合肥市医疗保障定点医药机构 考核评价办法》的通知

各县（市）区医疗保障局，开发区社会事业（发展）局，局属各单位、各定点医药机构：

现将修订后的《合肥市医疗保障定点医药机构考核评价办法》印发给你们，请遵照执行。

2023年2月27日

合肥市医疗保障定点医药机构考核评价办法

第一条 为加强对医疗保障定点医药机构的管理，提高医疗保障服务质量，规范医疗保障服务行为，切实保障参保人员权益，提升医保基金使用效率，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令第 735 号）、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第 2 号）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第 3 号）等有关法律法规，结合我市工作实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于我市医疗保障定点医疗机构、零售药店（以下简称定点医药机构）执行医疗保障政策、履行服务协议、基金使用、费用控制、信息化建设等情况的考核评价。

第三条 市医保局成立定点医药机构考核评价工作领导小组，组长由市医疗保障局负责同志担任，办公室设在市医疗保障基金安全监管事务中心（以下简称市监管事务中心）。县（市）区、开发区相应成立领导小组，负责本地区定点医药机构考核评价工作。

第四条 定点医药机构考核评价遵循公开、公平、公正、客观的原则，注重医保基金使用与医疗服务质量并重、激励与约束并重，线上、线下考核相结合，采取记账式的方式，如实记录定点医药机构相关医药服务行为，进行量化打分。

第五条 市监管事务中心牵头，会同经办机构负责合肥市本级二级及以上定点医疗机构考核评价工作；各县(市) 医保部门负责辖区定点医药机构考核评价工作；各区、开发区医保部门负责辖区一级及以下定点医疗机构和定点零售药店考核评价工作。根据工作需要，可委托第三方机构对定点医药机构进行考核评价。

第六条 定点医药机构考核评价按年度开展，采取百分制。定点住院医疗机构考核综合管理、就医管理、费用管理、医药行为管理分别占 20 分、30 分、35 分、15 分；定点门诊部、诊所考核综合管理、服务管理、医药行为管理分别占 25 分、55 分、20 分；定点零售药店考核综合管理、服务管理、医药行为管理分别占 40 分、45 分、15 分。设置奖励加分项和一票否决项。

医疗保障行政部门、经办机构和监管事务中心根据日常检查、“双随机一公开”检查、有因检查、交叉检查、飞行检查、智能审核、大数据筛查等检查情况，对照评分标准(详见附件 1、2、3)，逐项评价。

第七条 年度考核共分四个等级：

优秀(信用等级 A)：年度考核总分在 90 分(含) 及以上的；

良好(信用等级 B)：年度考核总分在 80 (含 80 分) -90 分以下的；

合格(信用等级 C)：年度考核总分在 70 (含 70 分) -80 分以下的；

不合格(信用等级 D)：年度考核总分在 70 分以下或被一票否

决的。

第八条 定点医药机构年度考核评价初步结果，应向被考核评价的定点医药机构反馈，听取其意见。考核结果经考核评价工作领导小组研究决定并通过一定方式向社会公开。

第九条 考核结果纳入信用体系管理，与基金决算、拨付挂钩。考核结果为优秀等级的在保证日常检查覆盖率的基础上，降低日常监督检查频次，不列入“双随机一公开”抽查对象；良好等级的在保证日常检查覆盖率的基础上，降低日常监督检查频次；合格等级的保持日常监督正常检查频次；不合格等级的列为重点监督检查对象，并与医保协议续签挂钩。

第十条 考核管理工作要严肃纪律，秉公办事，考核要公平、公正、客观、真实。考核评价的工作人员徇私舞弊、弄虚作假的，严肃追究相关人员责任。

第十一条 本办法由合肥市医疗保障局负责解释。国家和省有相关新规定的，从其规定。

第十二条 本办法自 2023 年 3 月 1 日起施行，有效期 3 年。

附件： 1.合肥市医疗保障定点住院医疗机构考核评分标准
2.合肥市医疗保障定点门诊部、诊所考核评分标准
3.合肥市医疗保障定点零售药店考核评分标准

附件 1

合肥市医疗保障定点住院医疗机构考核评分标准

内容	考核要求	评分标准	标准分
一、综合管理 (20 分)	建立健全医保管理组织系统，有院领导分管，专设医保负责人或工作人员；有内部管理制度。	机构不健全扣 1 分，制度不健全扣 1 分。	2
	建立医保医师制度；组织对内部科室和医务人员开展医保知识培训。	没有医保医师制度扣 1 分，没有开展培训扣 1 分。	2
	在本单位显著位置悬挂定点医药机构标识；设置医保专用政策宣传栏、咨询服务窗口；采取多种形式宣传医保政策，按医保部门要求发放医保宣传资料，及时更新宣传栏、宣传资料。	没有悬挂定点医药机构标识扣 1 分，没有宣传栏扣 1 分，没有印发宣传资料扣 1 分，没有及时更新宣传栏、宣传资料扣 1 分。	4
	药品、耗材进、销、存系统管理、财务账目管理不规范，没有及时准确进行对账，存在进销存账实不相符的。	发现一次扣 2 分，直至扣完。	6
	按时、按质、按量完成医保部门布置的工作任务；做好医保目录管理、价格管理、编码对应、网络安全和数据保护、数据反馈、信息系统改造、医保电子凭证推广等相关工作。	有一项未完成扣 1 分，直至扣完。	6
二、就医管理 (30 分)	办理住院登记和费用结算手续、门诊就诊时，人、证、卡不相符，有冒名住院、就医现象。	发现一例不得分。	4
	采取虚假宣传、违规减免自付费用、返现回扣、发放实物、卡券、赠送礼品、免费体检等方式，诱导参保人员就医、住院，且存在违规使用医保基金行为的。	发现一例不得分。	4
	将非参保人员的医疗费用纳入医保基金结算；将应当由第三人负担的或者不属于医保基金支付情形的医疗费用纳入医保基金结算。	发现一例不得分。	3

内容	考核要求	评分标准	标准分
二、就医管理 (30 分)	向参保人员提供住院医疗服务时，尽量使用医保目录内的药品、耗材、医疗服务项目。使用医保支付范围以外的药品、耗材、医疗服务项目的，院外购药、检查的，未征得参保人员或其家属同意，并签字确认（抢救病人除外）的。	发现一例扣 1 分，直至扣完。	4
	开展未经卫生计生许可的诊疗服务项目；超范围开展医疗服务。	发现一例不得分。	3
	按照分级诊疗的要求，应当严格执行出、入院和重症监护病房收治标准，降低入院指征、分解住院或要求不符合出院指征的患者出院、挂床住院；出现推诿、拒收参保人员或降低医疗服务质量的。	发现一次扣 2 分，直至扣完。	8
	应按照相关规定为参保人员建立门诊、住院病历。病历首页的诊疗记录不真实、不准确、不完整、不清晰，检查结果、治疗记录和票据、费用清单不吻合。	发现一次不得分。	2
	对本地参保人员不实行线上及时结算；不能实现“一站式”医保结算服务。	发现一次不得分。	2
三、费用管理 (35 分)	属于国家、省、市集中带量采购实施范围的药品、高值耗材等未按规定执行集中采购中选价格，其他药品、耗材未执行医保支付价。	发现一例扣 1 分，直至扣完。	3
	诊疗项目未执行规定的价格标准，存在超标准收费、分解项目收费、重复收费等不合理收费情况的。		6
	患者在住院结算时，不按规定进行医保结算，变相额外收取医疗费用，或将住院费用分解到门诊或通过外购处方分解费用。	发现一次扣 2 分，直至扣完。	4
	过度诊疗、过度检查、超量开药、超限定范围用药、高套病组、低套病组。医养结合患者未达到收治标准，未按期进行评估、合理治疗。		8

内容	考核要求	评分标准	标准分
三、费用管理(35分)	串换药品、耗材、诊疗项目，上传虚假的药品、耗材和诊疗项目。拼凑上传医保信息系统结算数据。	串换药品、耗材、诊疗项目，上传虚假的药品、耗材和诊疗项目发现一次不得分。拼凑上传数据扣1分，未在24小时内上传扣1分。	6
	实行定额结算办法进行费用结算的，出现分解结算单元或转嫁到参保人员个人负担的。	发现一例扣2分，直至扣完。	4
	病人自付比例不合理增长超过上年度。	每不合理增长1%，扣1分，直至扣完。	4
	被医保部门约谈、限期整改的。	约谈1次扣1分，约谈2次不得分；责令整改1次扣1分、限期未整改到位扣1分、年度责令整改2次不得分。	3
四、医药行为管理(15分)	被举报投诉存在违规行为并查实的。	发现一例扣1分，直至扣完。	3
	受到医保部门行政处罚的。	出现一次扣4分。	4
	签署《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》承诺书。	未签订扣2分。	2
	社会满意率	满意率为全市平均值以上不扣分，全市平均值以下10%的扣1分，20%的扣2分，30%的不得分。(依托安徽医保公共服务—医药机构服务评价结果)	3
五、奖惩管理	获得医保部门表彰奖励的可以加分。	获得国家、省、市、县医保部门表彰奖励的分别加4分、3分、2分、1分，最多不超过10分。	10
	出现以下行为之一的，一票否决，直接评价为不合格等级：违反医保的相关规定，被媒体曝光，造成恶劣影响的；一个年度内被查出的违规金额占本院医保基金使用量10%以上的；出现《安徽省定点医疗机构医疗保障服务协议范本》中特别严重违约责任情形的；因违法违规被暂停协议3个月及以上的。		

相关说明：1.每项考核按照倒扣法，标准分值扣完为止；2.暂停协议1至2个月的，当年不得评定为优秀、良好等次。

附件 2

合肥市医疗保障定点门诊部、诊所考核评分标准

内容	考核要求	评分标准	标准分
一、综合管理 (25 分)	医疗机构执业许可证、营业执照经相关部门年检合格或在有效期内。	有一项做不到扣 1 分，直至扣完。	3
	认真履行医保服务协议，法定代表人、营业地点、经营范围等基本资料变更应按规定进行备案登记。	有一项做不到不得分。	3
	专人负责医保工作；建立医保管理制度、网络安全和数据保护制度、财务制度、药品、耗材进销存管理制度等。	没有专人负责医保扣 1 分；没有相关制度扣 1 分，直至扣完。	4
	设置“医疗保障政策宣传栏”，并定期更换宣传内容；医疗服务项目和服务价格进行公示，自觉接受社会监督。	没有宣传栏扣 1 分；不定期更换扣 1 分；不公示扣 1 分。	3
	在门诊部(诊所)内设置医保投诉箱、以及医保咨询和监督电话，自觉接受社会监督。	没有投诉箱扣 3 分；没有咨询监督电话扣 3 分。	6
	按时完成医保部门布置的工作任务。	有一次未完成扣 2 分，直至扣完。	6
二、服务管理 (55 分)	贯彻因病施治原则，做到合理检查、合理治疗、合理用药；不过度医疗、虚假治疗。	违规一次扣 2 分，直至扣完。	6
	弄虚作假串换药品、医疗器械、串换物品，将不属于医保支付范围的项目列入医保基金支付范围。拼凑上传医保信息系统结算数据。	串换不得分。拼凑上传数据扣 1 分，未在 24 小时内上传扣 1 分。	6
	超标准收费、分解收费。	违规一次扣 2 分，直至扣完。	6
	药品、耗材进、销、存符合规范，医保销售与结算相符，库存按月盘点，做到月清月结。	有一笔进销存不符扣 3 分，直至扣完。	6

内容	考核要求	评分标准	标准分
二、服务管理 (55 分)	做好与医疗保障信息系统的药品及诊疗项目的对照工作, 确保比对项目正确, 收费项目与结算项目相符。	有一次做不到扣 2 分, 直至扣完。	4
	参保人员办理门诊挂号和费用结算手续时, 应认真核对人、证、卡相符情况, 杜绝冒名就诊现象。	发现一例扣 6 分。	6
	采取虚假宣传、违规减免自付费用、返现回扣、发放实物、卡券、赠送礼品、免费体检等方式, 诱导参保人员就医, 且存在违规使用医保基金行为的。	发现一次扣 6 分。	6
	门诊病历处方、治疗记录不完善。	违规一次扣 1 分, 直至扣完。	4
	处方医师必须取得注册资格; 医师诊疗范围不超越其职业资格范围。	发现一次不得分。	3
	建立诊疗记录本, 做到每项诊疗项目均有记录, 并能详细反映诊疗工作量及相关诊断。	有一次做不到扣 1 分, 直至扣完。	3
	进行虚假宣传, 夸大治疗效果。	发现一次不得分。	5
三、医药行为管理 (20 分)	被医保部门约谈、限期整改的。	约谈 1 次扣 1 分, 约谈 2 次不得分; 责令整改 1 次扣 1 分、限期未整改到位扣 2 分、年度责令整改 2 次不得分。	4
	被举报投诉存在违规行为并查实的。	查实一次扣 5 分。	5
	受到医保部门行政处罚的。	出现一次扣 5 分。	5
	签署《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》承诺书	未签订扣 2 分。	2
	社会满意率	满意率为全市平均值以上不扣分, 全市平均值以下 10%的扣 1 分, 20%的扣 2 分, 30%的不得分。(依托安徽医保公共服务—医药机构服务评价结果)	4

内容	考核要求	评分标准	标准分
四、奖惩管理	获得医保部门表彰奖励的可以加分。	获得国家、省、市、县医保部门表彰奖励的分别加4分、3分、2分、1分，最多不超过10分。	10
	出现以下行为之一的，一票否决，直接评价为不合格等级：违反医保相关规定，被媒体曝光，造成恶劣影响的；一个年度内被查出的违规金额占本部门门诊部(诊所)医保基金使用量10%以上的；出现《安徽省定点医疗机构医疗保障服务协议范本》中特别严重违约责任情形的；因违法违规被暂停协议3个月及以上的。		

相关说明：1.每项考核按照倒扣法，标准分值扣完为止；2.暂停协议1至2个月的，当年不得评定为优秀、良好等次。

附件 3

合肥市医疗保障定点零售药店考核评分标准

内容	考核要求	评分标准	标准分
一、综合管理 (40 分)	药品经营许可证、营业执照、执业药师注册证经相关部门年检合格或在有效期内。	有一项做不到扣 2 分，直至扣完。	4
	建立健全医保管理组织，配备专(兼)职管理人员；有明确的岗位责任制。	无专人负责扣 2 分；无岗位责任制扣 2 分。	4
	从事药品质量管理，处方调配药岗位的工作人员必须是执业药师或药师职称以上药学技术人员，并保证营业时间内至少有 1 名药师在岗。	无执业药师扣 2 分；营业时间不在岗扣 1 分。	3
	认真履行医保服务协议，法定代表人、营业地点、经营范围等基本资料变更应按规定进行备案登记。	有一项做不到不得分。	4
	健全与医保管理相适应的内部管理制度并认真执行，包括：医保管理制度、网络安全和数据保护制度、财务制度、药品(医疗器械)管理制度等。	有一项做不到扣 2 分，直至扣完。	6
	有药品、医疗器械“进、销、存”台账，做到账账相符、账实相符。	做不到扣 8 分。	8
	公开向社会做出药品质量、价格、服务“三承诺”，应对所有药品实行明码标价。	做不到扣 5 分。	5
	设置政策宣传栏、医保投诉箱以及医保咨询和监督电话；采取多种形式宣传医保政策，完成医保布置的信息系统改造、医保电子凭证推广等工作任务。	无宣传栏扣 1 分；无投诉箱及咨询监督电话扣 1 分；未开展医保政策宣传扣 1 分。有一次未完成医保部门布置的工作任务扣 2 分，直至扣完。	6

内容	考核要求	评分标准	标准分
二、服务管理(45分)	严把药品进货关,无假冒、伪劣、过期、失效的药品。	违规一次扣3分。	3
	未按规定凭处方销售处方药,出售明显不符合治疗方案的药品或超出处方用量售药。在处方通过平台流转前,未认真核查纸质处方,处方有涂改等违规情形的。	门诊统筹、双通道协议定点药店违规一次扣4分。	4
	核对参保人员有效身份证明证、《合肥市基本医疗保险谈判药品使用申请表》或《合肥市基本医疗保险谈判药品使用评估表》、处方。	未核对参保人员相关身份证明证,未验证参保人员购药信息发现一例扣2分,直至扣完。	4
	建立健全普通门诊、门诊慢特病电子档案或纸质档案。为购买谈判药品的参保人员建立《谈判药品使用档案》,做好谈判药处方归档。	无外配处方、购药清单(小票)、购药发票、代购(领)情况登记表扣4分。双通道协议药店未建立《谈判药品使用档案》扣1分,发现1人处方未归档扣1分。	6
	外配处方要有执业药师或药师职称以上的药学技术人员审核、签字、配药。	外配处方未审核、未签字发现一次扣2分,直至扣完。	4
	药品应按规定分类摆放,并有明显标识,处方药、非处方药须分柜摆放。谈判药品设专区(柜)。	药品未分类摆放扣1分,无标识扣1分,处方药、非处方药未分柜摆放扣1分,谈判药品未设专区(柜)扣1分。	4
	留存参保人员医保卡;提供个人账户套现。	发现一次扣10分。	10
	串换药品(医用材料、器械)或将药品(医用材料、器械)以外的其他物品纳入医保费用结算。销售药品与上传信息不一致,拼凑上传数据。	串换一次扣8分,拼凑上传数据扣2分。	10

内容	考核要求	评分标准	标准分
三、医药行为管理 (15 分)	被医保部门约谈、限期整改的。	约谈 1 次扣 1 分，约谈 2 次不得分；责令整改 1 次扣 1 分、限期未整改到位扣 1 分、年度责令整改 2 次不得分。	3
	被举报投诉存在违规行为并查实的。	查实一次扣 4 分。	4
	受到医保部门行政处罚的。	出现一次扣 5 分。	5
	社会满意率	满意率为全市平均值以上不扣分，全市平均值以下 10%的扣 1 分，20%的扣 2 分，30%的不得分。 (依托安徽医保公共服务—医药机构服务评价结果)	3
	获得医保部门表彰奖励的可以加分。	获得国家、省、市、县医保部门表彰奖励的分别加 4 分、3 分、2 分、1 分，最多不超过 10 分。	10
四、奖惩管理	出现以下行为之一的，一票否决，直接评价为不合格等级:违反医保相关规定，被媒体曝光，造成恶劣影响的；一个年度内被查出的违规金额占本药店医保基金使用量 10%以上的；出现《安徽省定点零售药店医疗保障服务协议范本》中特别严重违法违约责任情形的；因违法违规被暂停协议 3 个月及以上的。		

相关说明： 1.每项考核按照倒扣法，标准分值扣完为止； 2.暂停协议 1 至 2 个月的，当年不得评定为优秀、良好等次。

