# 郓城县医疗保障局文件

郓医保发〔2023〕28号

## 郓城县2023年度基本医疗保险定点医疗机构和定点零售药店考核实施方案

根据《关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的指导意见》（人社部发〔2015〕98号）、《关于建立全省城镇基本医疗保险定点医疗机构执业医师信用档案的意见》（鲁人社发〔2011〕75号）和《菏泽市人民政府关于印发菏泽市居民基本医疗保险实施办法的通知》（菏政发〔2020〕15号）、《菏泽市人民政府关于印发菏泽市职工基本医疗保险实施办法的通知》（菏政发〔2022〕19号）、《山东省医疗保障局转发国家医保局办公室<关于当前加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知>的通知》（鲁医保发〔2019〕8号）及《关于转发省医保中心<关于做好2023年度定点医药机构协议履行考核评价和医保信用评价评价工作的通知>的通知》（菏医保中心函〔2023〕12号）等有关文件，按照市局要求，经局党组研究决定，对协议定点医疗机构

和定点零售药店（以下简称定点单位）进行考核，特制订本方案。

**一、指导思想**

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想和党的二十大精神为指导，深入学习贯彻全省“担当作为、狠抓落实”工作动员大会精神，认真贯彻落实省、市医疗保障工作会议精神，坚持以人民为中心的发展思想，担当实干，锐意进取，积极研究新形势、分析新矛盾，进一步树立责任意识、服务意识和全局意识，着力发现解决一些群众最关心、要求最迫切、反映最强烈的突出问题，积极研究解决人民群众“看病难、看病贵”问题的新思路、新机制和新方法，改进管理服务方式、提升管理服务水平，全力推进新时代医疗保障事业高质量发展，不断增强人民群众的获得感、安全感和幸福感。

**二、考核范围和内容**

本次考核范围为：郓城县内签订 2023 年度定点服务协议的定点单位 173 家，其中，二级医疗机构 8 家，一级及以下医疗机构 55 家，定点零售药店 110 家。

本次考核内容为：一是定点单位医保工作开展情况；二是医疗保险经办机构与各定点单位签订的定点服务协议所规定的项目、条款和指标，具体考核内容和标准分别见《附件 1》、《附件 2》、《附件 3》。

**三、参与考核人员和时间**

一级及以下民营医疗机构考核人员：侯健、王善怀、徐明、

陈帅、程方园、张书桥、戚元丞、江浩

乡镇卫生院考核人员：侯昌文、王敬芹、何冰、梁衍涛、智珂钰、杨剑、颜廷召、王元峰

二级医院考核人员：高强、马海平、王洪鹏、张庚科、周苇

定点零售药店考核人员：赵勇刚、魏敬磊、李翠荣、侯美华、高靖皓

考核时间：自 2024 年 1 月 3 日开始考核

**四、考核方式与方法**

为保证考核的科学、公正、可靠，考核主要采取“听、看、查、访”的方法进行。听，主要是听取定点单位对于定点服务协议所规定的项目、条款和指标的执行情况等；看，主要是根据服务协议内容现场查看各类定点单位的医疗保障服务氛围、服务设施以及制度建设等情况；查，主要是对照考核评价标准查阅相关资料；访，主要是与定点单位管理人员、医技人员以及定点单位的服务对象进行走访座谈等形式的深入交流，广泛听取意见建议，深入查找分析问题。

**五、考核结果及运用**

（一）考核评分和质量保证金兑现办法。考核按照综合百分制，定点单位综合考核得分与年度质量保证金返还比例挂钩。具体办法为：综合标准分 96-100 分的按 100%比例返还质量保证金，91-95 分的按 90%比例返还质量保证金，86-90 分的按 80%比例返还质量保证金，81-85 分的按 70%比例返还质量保证金，76-80

分的按 60%比例返还质量保证金，71-75 分的按 50%比例返还质量保证金，66-70 分的按 40%比例返还质量保证金，60-65 分的按 30%比例返还质量保证金，60 分（不含）以下的不返还质量保证金。

（二）考核评分和总额预算指标相挂钩。考核结果与其年度总额预算指标执行情况相挂钩，考核得分 76 分及以上的不扣减下年度总额预算指标，考核得分 71-75 分的缩减 5%下年度总额预算指标，考核得分 66-70 分的缩减 10%下年度总额预算指标，考核得分 60-65 分的缩减 15%下年度总额预算指标，考核得分 60 分（不含）以下的缩减 20%下年度总额预算指标。

（三）考核结果反馈和其他运用。医疗保险经办机构应在考核结束后将考核结果反馈给被考核单位，被考核单位接到反馈意见通知书后，对考核结果有异议的，要在两个工作日内，以书面形式提出反馈意见；凡在规定时间内，未提出书面形式反馈意见或逾期进行意见反馈的，视为认同考核结果。

在年度考核中，低于 60 分（不含）的协议定点单位，一是对医疗机构，除不返还质量保证金外，视情终止服务协议；二是对零售药店，暂停刷卡业务，限期整改，整改后复查仍不合格的，终止定点服务协议，不再签订下年度定点服务协议。

## 六、有关工作要求

（一）提高政治站位，精心组织实施。本次考核是推动定点单位医保管理服务质量提升的有效途径，是医疗服务和药品服务监督管理的有效手段，事关医疗保障基金安全完整，事关医疗保障事业高质量发展，事关全县人民群众切身利益。考核组要切实

提高政治站位、找准思想定位，聚焦于人民群众获得感与满意度，着力于发现解决问题、提升服务质量，着力于防范化解基金安全风险，精心筹备、周密组织，搞好沟通协调，创新方式方法，确保考核方法科学合理、考核过程客观公正、考核结果真实可靠，全力助推医疗保障事业高质量发展。

（二）明确责任体系，敢于担当作为。医疗保障事业步入聚力发展、融合发展的新时代，医保人使命光荣、责任重大、任务艰巨，考核组要珍惜干事创业的舞台，尽职尽责，敢于担当；要拿出新时代医保人的“精气神”，尽心尽力，积极作为；要树立起医疗保障部门“负责任、敢担当”的良好形象，震慑不法，防控风险。考核组要本着对结果负责的工作态度，谁考核谁签字谁负责，形成明确的责任体系，并做好考核资料的存档工作。

（三）改进工作作风，严守工作纪律。考核组要坚持以人民为中心的发展思想，端正态度，改进作风，夯实为民理念，树立服务意识，坚决杜绝“官僚主义”、“形式主义”，放下架子，沉下身子，深入定点单位，深入人民群众，形成医疗服务监督管理合力，打造医疗保障事业高质量发展责任共同体。考核组要牢固树立廉洁自律意识，严守党的政治纪律和政治规矩，严格遵守中央八项规定精神，坚决杜绝吃拿卡要等违纪违法行为，一经发现，将严肃追责问责、绝不姑息。

附件：

1.郓城县二级定点医疗机构考核评价标准

2.郓城县一级定点医疗机构考核评价标准

3.郓城县基本医疗保险定点零售药店考核评价标准

郓城县医疗保障局

2023年 11月 17日

附件 1

# 郓城县二级定点医疗机构考核评价标准

（总分 100 分）

单位：　　得分：

| 一级指标 | 二级指标 | 分值 | 评价内容及要求 | 评分标准 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基础管理（15 分） | 1.机构设置 | 2 | ①建立健全医保管理部门，医保管理部门职责明确，并与其他行政管理部门平级设置；<br>②配备专职管理人员，原则上，按照每百张床不少于 1 名医保工作人员的比例设置；<br>③成立由定点医疗机构主要负责人负责的医疗保险管理委员会，强化定点医疗机构主要负责人管理医保资金直接责任。 | 第①项达不到要求扣 1 分，<br>第②③项每一项达不到要求扣 0.5 分。 |
| | 2.规章制度 | 2 | 建立与基本医疗保险管理相适应的内部管理制度，包括医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等。 | 每缺一项制度扣 0.5 分。 |
| | 3.宣传培训 | 2 | ①做好医疗保障政策解读和服务宣传，设置“基本医疗保险政策宣传栏”和“投诉箱”、编印基本医疗保险宣传资料、公布咨询与投诉电话等；<br>②建立培训制度，定期组织医务人员学习医疗保障相关政策法规，结合岗位职责，落实医保要求，具备为参保人员提供诊疗、咨询、结算等服务能力。 | 每项达不到要求扣 1 分。 |
| | 4.信息系统 | 3 | ①建立专门的信息化管理机构，配备专职人员，制定信息安全管理制度并有效执行，保障网络稳定畅通，严格执行信息保密制度；<br>②医院 HIS 系统与医疗保险信息系统有效对接，并采用安全有效隔离措施实现与互联网物理隔离；<br>③建立事前事中医保监控系统，并使医保智能监控规则嵌入医院信息系统，实现事前提醒，事中审核。 | 每项达不到要求扣 1 分。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 5.收费规定 | 3 | ①严格按照国家、省和本统筹地区医疗服务项目和价格标准等规定进行收费；<br>②执行价格有关法律规定和医疗服务价格项目规范，按要求公示医药价格与收费标准；<br>③市场调节价和自主定价项目应做好知情告知，不得纳入医保支付。 | 每项达不到要求扣 1 分。 |
| | 6.医保编码 | 2 | ①及时做好定点医疗机构、医保医师、医保护士编码工作，及时入库，动态调整，国家赋码后同步更新；<br>②配合做好三目录、费用结算清单等国家统一编码落地实施工作。 | 每项达不到要求扣 1 分。 |
| | 7.报送制度 | 1 | 按规定及时准确报送各类统计报表、年度工作总结等。 | 未按规定报送的，每次扣 0.5 分。 |
| 费用控制（16 分） | 8.门诊次均费用增长率 | 2 | 年度门诊次均费用=年度门诊费用总额/年度门诊总人次<br>门诊次均费用增长率=（本年度门诊次均费用-上年度门诊次均费用）/上年度门诊次均费用×100% | 1.包括门诊统筹和门诊慢特病。<br>2.门诊次均费用增长率控制在规定以内，每增加 1 个百分点扣 0.5 分，扣完为止。 |
| | 9.门诊目录外自费率 | 2 | 门诊目录外自费率=门诊全额自费项目总额/门诊费用总额×100% | 1.包括门诊统筹和门诊慢特病<br>2.门诊目录外自费率控制在规定以内，每高于 1 个百分点扣 0.5 分，扣完为止。 |
| | 10.住院次均费用增长率 | 2 | 年度住院次均费用=年度住院费用总额/年度住院总人次<br>住院次均费用增长率=（本年度住院次均费用-上年度住院次均费用）/上年度住院次均费用×100% | 住院次均费用增长率控制在规定以内，每增加 1 个百分点扣 0.5 分，扣完为止。 |
| | 11.住院率增幅 | 2 | 住院率=年度出院人次数/年度门诊就医人次数×100%<br>住院率增幅=｜本年度住院率-上年度住院率｜ | 住院率增幅控制在规定以内，每增加 1 个百分点扣 0.5 分，扣完为止。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 12. 住院目录外自费率 | 2 | 住院目录外自费率=住院全额自费项目总额/住院费用总额×100% | 住院政策内自费比例：二级及以下医院不高于 5%。每增加 1 个百分点扣 0.2 分，扣完为止。 |
| | 13. 医疗费用总额增长率 | 4 | 医疗费用总额增长率=（本年度医疗费用总额-上年度医疗费用总额）/上年度医疗费用总额×100%<br>排除合理因素（新增就医人次、医疗服务价格调整、重病患者比例高等）影响。 | 1.医疗费用总额由普通门（急）诊统筹、门诊慢特病、住院统筹费用组成。<br>2.制定本院总额控制办法，逐月予以调控的得 2 分，未予以调控的扣 2 分；全年超过全院总额控制限额的每提高一个百分点扣 0.2 分，扣完为止。 |
| | 14. 费用分析制度 | 2 | 建立院内医疗费用分析制度，合理科学设置各项指标，及时向医保经办机构说明医疗费用的管控情况。 | 未按规定建立的扣 1 分，未及时向医保经办机构说明的扣 1 分。 |
| 行为规范（50 分） | 15. 就医核验 | 2 | ①对就诊的参保人进行身份识别，查验参保人身份证、医保凭证等，确保人证一致；<br>②非经医保经办机构书面授权，不得以任何理由收集、留存参保人员医疗保障有效凭证。 | 未按规定执行而出现冒名就医的，每例扣 0.5 分；未按规定收集、留存参保人员医疗保障有效凭证的，每例扣 0.2 分。 |
| | 16. 门诊慢特病管理 | 2 | ①做好门诊慢特病相关工作，制定管理制度和工作程序，由专人负责；<br>②为本统筹区和异地参保的门诊慢特病人员提供完善服务；<br>③严格按照医保目录、门诊慢特病规定等合理用药、处方流转及院外购药或检查。 | ①未制定管理制度和工作程序，扣 0.5 分；未配备专人负责，扣 0.5 分；<br>②每接到 1 次投诉，扣 0.5 分；<br>③未严格按照医保目录、门诊慢特病规定等合理用药、处方流转及院外购药或检查，扣 0.5 分；扣完为止。 |
| | 17. 知情同意 | 2 | ①因住院病情需要使用医保目录外药品或诊疗项目的，应书面告知参保人，严格执行全额自费项目知情同意签字制度；<br>②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。 | 自费项目未经参保患者签字同意的每例扣 0.5 分，<br>未按规定提供费用清单的每例扣 0.5 分。 |
| | 18. 处方外配 | 1 | 严格执行门诊处方外配制度，参保人员要求到定点零售药店购药时，不得以任何理由拒绝，并及时为患者办理必要的门诊处方外配手续。 | 未按规定执行的不得分，执行不好的视情况扣 0.5 分～1 分。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 19. 异地就医 | 1 | 按规定对异地就医参保人员提供合理的医疗服务，办理联网结算，与当地参保人一并纳入医保管理服务，无正当理由不得拒绝为异地参保人员即时结算费用。 | 未按规定执行的，每例扣 0.5 分。 |
| | 20. 转诊转院 | 2 | 建立健全转诊转院制度，畅通双向转诊转院通道，及时为符合条件的参保人员办理转诊转院手续。 | 制度不健全扣 1 分，不按规定办理转诊的每例扣 0.5 分。 |
| | 21. 目录维护 | 1 | 新增药品、医用耗材（含自费项目）的，应按要求通过医院信息系统上传医保经办机构，同时报送申报材料审核备案，经办机构反馈后，及时做好对应维护。 | 未按时提交审核备案的，每次扣 0.5 分；<br>未按时做出对应维护的，每次扣 0.5 分。 |
| | 22. 结算要求 | 2 | ①按规定的程序和时限，通过日对账正确上传数据，及时向医保经办机构申报医疗费用；<br>②协助医保经办机构对参保人员所发生的有疑义的医疗费用进行复核，并按规定时间进行疑点反馈。 | 未及时申报医疗费用的，每次扣 0.5 分，<br>未协助医保经办机构稽核的，每次扣 0.5 分。 |
| | 23.DRG 付费政策落实情况 | 4 | ①按要求开展 DRG 付费方式改革；②落实总额预算控制指标，结合本院实际制定费用控制办法，不能将指标简单分解到科室；③推行临床路径管理，提高诊疗行为透明度，将费用、患者负担水平等指标定期公开，为参保人就医选择提供参考。④各 DRG 定点医疗机构医保结算清单数据及时上传，入组正确率应达到 95%以上；⑤不得出现分解住院、高套分组、高靠诊断和推诿重患等行为。 | 第①项达不到要求扣 1 分，第②③项每一项达不到要求扣 0.5 分；④医保结算清单入组正确率未达到 95%以上，扣 1 分；⑤分解住院、高套分组、高靠诊断和推诿重患等行为，出现任意一项 1 分，扣完为止。 |
| | 24. 医疗保险稽查管理 | 20 | 按照基金监管有关要求设定 | 由基金监管部门提供分值 |
| 行为规范（50 分） | 25. 药械集采 | 2 | 公立医疗机构①按时完成国家组织集中采购工作，畅通中选药品和医用耗材入院政策渠道，确保中选药品和医用耗材的供应保障，并按时完成约定采购量；②完善内部考核办法，做好集采药品结余留用资金的分配使用，主要用于相关医务人员绩效。非公立医疗机构①销售政府指导价的药品，不得突破医保部门制定的最高零售价格；②属于医保基金结算的药品，鼓励非公立医疗机构按照不高于采购平台中标或挂网价向参保人销售。 | 1.未完成集采工作的扣 1 分，未完成约定采购量的扣 0.5 分，未完善内部考核办法的扣 0.5 分。<br>2.相关药品突破最高定价的，每种扣 0.5 分，无正当理由价格不稳定的扣 1 分。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 26. 药品管理 | 3 | ①建立健全药品“进、销、存”全流程记录和管理制度、药品供应制度；<br>②优先配备使用医保药品，按规定配备国家谈判药品和省谈判药品，二级定点医疗机构配备率达到30%以上；<br>③加强医疗机构药事管理，严格掌握目录内药品限定支付范围并留存用药依据。 | 每缺一项制度扣0.5分；未优先配备使用集采药品扣1分，未按规定配备谈判药品的扣1分；医保药品未按限定支付范围使用的，每例扣0.1分。 |
| | 27. 医用耗材 | 3 | ①取消公立医疗机构医用耗材加成，所有允许单独向患者收费的医用耗材，以实际购进价格“零差率”销售；公立医疗机构不得在实际购进价格之外接受经营者给予的价格折扣或其他形式的折扣。<br>②以成本形式打包计入医疗服务价格的医用耗材，不得另行收费。<br>③严格执行医用耗材临床使用的事前评估、事中跟踪和事后评价制度；建立高值医用耗材使用分析评价，严格控制高值医用耗材使用比例。 | 未取消耗材加成的扣1分，出现接受经营者给予折扣的不得分；对打包耗材另行收费的，扣1分；未执行医用耗材相关临床规定的扣1分。 |
| | 28. 药款结算 | 3 | 按时结算药款，确保从中选药品交货验收之日起至第二个月末完成支付药款，不得拖欠药款，不得采取承兑等方式变相延长回款时间。 | 根据拖欠药款时间长短扣1～2分，延长回款时间扣1分。 |
| | 29. 挂账处理 | 2 | 被医保部门拒付的医疗费用、超支分担机制下医疗机构按比例承担费用，应当在规定时限内作相应的财务处理。 | 未及时做处理的扣2分。 |
| 服务质量（19分） | 30. 就医指导 | 2 | 公布医保就医流程、设置明显的就医标识；设立医保患者挂号、结算窗口和门诊慢特病、特殊群体专用窗口。 | 就医流程和标识不明确的扣1分，无专用服务窗口或专用窗口不能满足需求扣1分。 |
| | 31. 窗口服务 | 2 | 窗口工作人员热情耐心接待参保人，礼貌待人，使用规范化服务用语，有问必答，做到首问负责制，耐心做好解释工作。 | 存在服务态度差、接待用语不合规、敷衍推诿病人的，每项扣 0.5分。 |
| | 32. 接诊要求 | 2 | 执行首诊医师负责制，不得无故拒收、推诿参保人；住院期间不得要求参保人到门诊或药店购药；不得要求住院参保人外购医保目录内药品。 | 每一项规定未执行的扣0.5分。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 33. 病案规范 | 2 | ①提高病案首页质量，按照国家统一规定规范填写病案首页，加强临床数据标准化、规范化管理，为推广按疾病诊断相关分组付费打牢基础；<br>②接诊意外伤害的参保人时，须如实及时完整记录致伤原因和意外受伤的情形。 | 随机抽取病历，达不到要求的每例扣 0.5 分。 |
| | 34. 电子凭证 | 2 | 及时做好系统接口改造，满足参保人使用医保电子凭证就医，以扫码为交互方式，实现在线医保结算。 | 未实现系统接口改造的扣 1 分；未实现在线医保结算的扣 1 分。 |
| | 35. 数据质量 | 2 | ①确保向医保经办机构传输的参保人就医、结算及其他相关信息均由信息系统自动生成，真实、准确并实时传输，不得人为篡改作假；<br>②严格执行信息网络管理有关规定，做好数据备份；<br>③规范上传医保相关数据，医保录入明细和实际消费明细保持一致，包括单价、数量、总金额、厂家和具体规格等。 | 参保人员医疗费用信息上传达不到要求的，每例扣 0.2 分；数据未备份扣 1 分。 |
| | 36. 应急预案 | 1 | 制定应急预案，因信息系统出现故障并影响参保人就医结算时，须及时通知医保经办机构并启动应急预案，做好解释工作。 | 未制定应急预案的扣 0.5 分，未及时启动的扣 0.5 分。 |
| | 37.可视化医保便民服务站管理情况 | 2 | ①可视化便民服务站应配备两名专职工作人员，并按照要求维护、运行可视化系统；②可视化便民服务站在运行过程中，应优先向办事群众推广并应用“手机视频办医保”小程序，提高注册率和办件量；③是否配齐便民服务设施（座椅、雨伞、老花镜、复印件、饮水机、手机充电器等）；④下沉便民服务事项是否公开；⑤是否有可视化或手机视频办医保办理记录；⑥是否公张贴“手机视频办医保”小程序的二维码。 | 缺少任意一项扣 0.2 分，扣完为止 |
| | 38. 满意度评价 | 4 | ①满意度测评，采用随机公开的方式，发放满意度测评表，分别对住院参保患者和门诊参保患者满意度进行调查：<br>门诊（住院）参保患者满意度=评价满意的被调查门诊（住院）参保患者人数/接受调查的门诊（住院）参保患者总数×100%<br>②利用第三方评价，抽取部分药品、医用耗材供应商，对定点医疗机构结算和履约情况进行调查。 | 满意率≥90%的，不扣分；90%＞满意率≥85%扣 0.5 分；85%＞满意率≥80%的，扣 1 分；80%＞满意率≥75%的，扣 1.5 分；75%＞满意率≥70%的，扣 2 分；70%＞满意率≥65%的，扣 2.5 分；65%＞满意率≥60%的，扣 3 分；低于 60%的，不得分。 |
| 合计 | | | | |

附件 2

# 郓城县一级定点医疗机构考核评价标准

（总分100分）

单位：　　得分：

| 一级指标 | 二级指标 | 分值 | 评价内容及要求 | 评分标准 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基础管理（15 分） | 1.机构设置 | 2 | ①建立医保管理部门，配备专职管理人员；<br>②医保管理部门职责明确，由院行政主要领导分管医保业务。 | 无医保专职管理人员的扣 1 分；医保工作人员职责不明确的扣 1 分。 |
| | 2.规章制度 | 2 | 建立与基本医疗保险管理相适应的内部管理制度，包括医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等。 | 每缺一项制度扣 0.5 分。 |
| | 3.宣传培训 | 2 | ①做好医疗保障政策解读和服务宣传，及时回应社会关切，为参保人员提供咨询服务，及时受理、解决参保人员的投诉；②定期组织医务人员学习医疗保障相关政策法规，结合岗位职责，落实医保要求，具备为参保人员提供诊疗、咨询、结算等服务能力。 | 未做好政策宣传的扣 0.5 分；未及时受理、解决参保人员投诉的，每例扣 0.2 分；未落实培训制度的扣 0.5 分。 |
| | 4.信息系统 | 4 | ①具备专（兼）职工作人员负责医疗保险信息管理，明确工作职责，合理设置管理权限；②具备必要完善的医院信息系统，实现与医疗保险信息系统及时、有效对接，并采用安全有效隔离措施实现与互联网物理隔离；③配合医保部门开展医保智能监控系统延伸安装工作，并使医保智能监控（含审核）规则嵌入医院信息系统；④制定信息安全管理制度并有效执行，保障网络稳定畅通，严格执行信息保密制度。 | 每项达不到要求扣 1 分。 |
| | 5.收费规定 | 3 | ①严格按照国家、省和本统筹地区医疗服务项目和价格标准等规定进行收费；<br>②执行价格有关法律规定和医疗服务价格项目规范，按要求公示医药价格与收费标准；<br>③市场调节价和自主定价项目应做好知情告知，不得纳入医保支付。 | 每项达不到要求扣 1 分。 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 6.药品管理 | 2 | ①建立健全药品“进、销、存”全流程记录和管理制度、药品供应制度；<br>②优先配备使用医保药品和集采中选药品，加强医疗机构药事管理；<br>③严格掌握医保目录内药品限定支付范围并留存用药依据。 | 每缺一项制度扣 0.5 分；未优先配备使用集采药品扣 1 分，医保药品未按限定支付范围使用的扣 0.5 分。 |
| 费用控制（16 分） | 7.门诊次均费用增长率 | 2 | 年度门诊次均费用=年度门诊费用总额/年度门诊总人次<br>门诊次均费用增长率=（本年度门诊次均费用-上年度门诊次均费用）/上年度门诊次均费用×100% | 1.包括门诊统筹和门诊慢特病<br>2.门诊次均费用增长率控制在规定以内，每增加 1 个百分点扣 0.5 分，扣完为止。 |
| | 8.门诊目录外自费率 | 2 | 门诊目录外自费率=门诊全额自费项目总额/门诊费用总额×100% | 1.限门诊统筹<br>2.门诊目录外自费率控制在规定以内，每高于 1 个百分点扣 0.5 分，扣完为止。 |
| | 9.住院次均费用增长率 | 2 | 年度住院次均费用=年度住院费用总额/年度住院总人次<br>住院次均费用增长率=（本年度住院次均费用-上年度住院次均费用）/上年度次均住院费用×100% | 住院次均费用增长率控制在规定以内，每增加 1 个百分点扣 0.5 分，扣完为止。 |
| | 10.住院率增幅 | 2 | 住院率=年度出院人次数/年度门诊就医人次数×100%<br>住院率增幅=丨本年度住院率-上年度住院率丨 | 住院率增幅控制在规定以内，每增加 1 个百分点扣 0.5 分，扣完为止。 |
| | 11.住院目录外自费率 | 2 | 住院目录外自费率=住院全额自费项目总额/住院费用总额×100% | 住院政策内自费比例：二级及以下医院不高于 5%。每增加 1 个百分点扣 0.2 分，扣完为止。 |
| | 12.医疗费用总额增长率 | 4 | 医疗费用总额增长率=（本年度医疗费用总额-上年度医疗费用总额）/上年度医疗费用总额×100%<br>排除合理因素（新增就医人次、医疗服务价格调整、重病患者比例高等）影响。 | 1.医疗费用总额由普通门（急）诊统筹、门诊慢特病、住院统筹费用组成；<br>2.制定本院总额控制办法，逐月予以调控的得 2 分，未予以调控的扣 2 分；全年超过总额控制限额的每提高一个百分点扣 0.2 分，扣完为止。 |
| | 13.费用分析制度 | 2 | 根据要求建立院内医疗费用分析制度，合理科学设置各项指标，定期向医保经办机构说明医疗费用的管控情况。 | 未按规定建立的扣 1 分，未定期向医保经办机构说明的扣 1 分。 |
| 行为规范（47 分） | 14.就医核验 | 2 | ①对就诊的参保人进行身份识别，查验参保人身份证、医保凭证等，确保人证一致，防止转借他人使用或冒名顶替； | 未按规定执行而出现冒名就医的，每例扣 0.5 分；未按规定收集、留存参保人员医疗保障有效凭证的，每例扣 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | ②非经医保经办机构书面授权，不得以任何理由收集、留存参保人员医疗保障有效凭证。 | 0.2 分。 |
| | 15.门诊慢特病管理 | 3 | ①做好门诊慢特病相关工作，制定管理制度和工作程序，由专人负责；<br>②为本统筹区和异地参保的门诊慢特病人员提供完善服务；<br>③严格按照医保目录、门诊慢特病规定等合理用药、处方流转及院外购药或检查。 | ①未制定管理制度和工作程序，扣 0.5 分；未配备专人负责，扣 0.5 分；<br>②每接到 1 次投诉，扣 0.5 分；<br>③未严格按照医保目录、门诊慢特病规定等合理用药、处方流转及院外购药或检查，扣 0.5 分；扣完为止。 |
| | 16.知情同意 | 2 | ①因住院病情需要使用医保目录外药品或诊疗项目的，应书面告知参保人，严格执行全额自费项目知情同意签字制度；<br>②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。 | 自费项目未经参保患者签字同意的，每例扣 0.5 分，未按规定提供费用清单的，每例扣 0.5 分。 |
| | 17.转诊转院 | 2 | 建立转诊转院制度，及时为符合条件的参保人办理转诊转院手续。 | 未建立转诊转院制度的扣 1 分，未及时为符合条件的参保人办理转诊转院手续的，每例扣 0.2 分。 |
| | 18.结算要求 | 4 | ①按规定的程序和时限，通过日对账正确上传数据，及时向医保经办机构申报医疗费用；<br>②协助医保经办机构对参保人员所发生的有疑义的医疗费用进行复核，并按规定时间进行疑点反馈。 | 未及时申报医疗费用的，每次扣 0.5 分，未协助医保经办机构稽核的，每次扣 0.5 分。 |
| | 19.处方外配 | 2 | 严格执行门诊处方外配制度，参保人员要求到定点零售药店购药时，不得以任何理由拒绝，并及时为患者办理必要的门诊处方外配手续。 | 未执行规定的不得分，执行不好的视情况扣 0.5～1 分。 |
| | 20.目录维护 | 4 | 做好医疗保险药品、诊疗项目、服务设施等目录库的医保对照、信息维护、数据管理及新项目的申报工作，按规定向医保经办机构提交信息审核备案，经办机构反馈后，及时做好对应维护。 | 未按时提交审核备案的，每次扣 0.2 分；未按时做出对应维护的，每次扣 0.2 分。 |
| | 21.医疗保险稽查管理 | 20 | 按照基金监管有关要求设定 | 由基金监管部门提供分值 |
| | 22.集中采购 | 4 | ①按时完成国家组织集中采购工作，畅通中选药品和医用耗材入院政策渠道，确保中选 | 1. 未完成集采工作的公立医疗机构扣 2 分，未完成约 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 药品和医用耗材的供应保障，并按时完成约定采购量；<br>②未参加国家组织集中采购工作的非公立医疗机构，销售政府指导价的药品，不得突破价格主管部门制定的最高零售价格，按照公平、合法、诚实信用原则合理制定价格，并保持一定时期内价格水平的相对稳定。 | 定采购量的扣 1 分，未完善内部考核办法的扣 1 分。<br>2.非公立医疗机构相关药品突破最高定价的，每种扣 0.5 分，无正当理由价格不稳定的扣 1 分。 |
| | 23.药款结算 | 2 | 按时结算药款，确保从中选药品交货验收之日起至第二个月末完成支付药款，不得拖欠药款，不得采取承兑等方式变相延长回款时间。 | 根据拖欠药款时间长短扣 1～2 分，延长回款时间扣 1 分。 |
| | 24.挂账处理 | 2 | 被医保部门拒付的医疗费用、超支分担机制下医疗机构按比例承担费用，应当在规定时限内作相应的财务处理。 | 未及时做处理的扣 2 分。 |
| 服务质量（22 分） | 25.就医指导 | 2 | ①在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识，院内明确指示医保管理部门的具体位置，医保管理部门的标识要醒目；<br>②公布医保就医流程，包括常见医保管理（或审批）事项的工作流程，如门诊慢特病的审批备案、委托取药的管理规定等。 | 每一项达不到要求扣 1 分。 |
| | 26.接诊要求 | 2 | ①工作人员热情耐心接待参保人员，礼貌待人，使用规范化服务用语，有问必答，耐心做好解释工作；②执行首诊医师负责制，不得无故拒收、推诿参保患者。 | 出现服务态度差、接待用语不合规、敷衍推诿病人的，每例扣 0.5 分。 |
| | 27.数据质量 | 3 | ①确保向医保经办机构传输的参保人员就医、结算及其他相关信息均由信息系统自动生成，真实、准确并实时传输，不得人为篡改作假；严格执行信息网络管理有关规定，做好数据备份；<br>②规范上传医保相关数据，医保录入明细和实际消费明细保持一致，包括单价、数量、总金额、厂家和具体规格等。 | 参保人员医疗费用信息上传不真实、准确、及时的，每例扣 0.5 分；数据未备份扣 1 分。 |
| | 28.DRG 付费政策落实情况 | 4 | ①按要求开展 DRG 付费方式改革；②落实协议总额预算控制指标，结合本院实际制定费用控制办法，不能将指标简单分解到科室；③推行临床路径管理，提高诊疗行为透明度，将费用、患者负担水平等指标定期公开，为参保人就医选择提供参保。④各 DRG 定点医疗机构医保结算清单数据及时上传，入组正确率应达到 95%以上；⑤不得出现分解住院、高套分组、高靠诊断和推诿重患等行为。 | 第① 项达不到要求扣 1 分，<br>第②③项每一项达不到要求扣 0.5 分。<br>④医保结算清单入组正确率未达到 95%以上，扣 1 分；<br>⑤分解住院、高套分组、高靠诊断和推诿重患等行为，出现任意一项 1 分，扣完为止。 |
| | 29.电子凭证 | 2 | 及时做好系统接口改造，满足参保人使用医保电子凭证就医，以扫码为交互方式，实现 | ①达不到要求扣 1 分； |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | 在线医保结算。 | ②医保电子凭证使用率低于全市医疗机构平均使用率的，每低一个百分点扣 0.5 分，扣完为止。 |
| | 30.可视化医保便民服务站管理情况 | 2 | ①可视化便民服务站应配备两名专职工作人员，并按照要求维护、运行可视化系统；②可视化便民服务站在运行过程中，应优先向办事群众推广并应用“手机视频办医保”小程序，提高注册率和办件量；③是否配齐便民服务设施（座椅、雨伞、老花镜、复印件、饮水机、手机充电器等）；④下沉便民服务事项是否公开；⑤是否有可视化或手机视频办医保办理记录；⑥是否公张贴“手机视频办医保”小程序的二维码。 | 缺少任意一项扣 0.2 分，扣完为止 |
| | 31.病案规范 | 2 | ①提高病案首页质量，按照国家统一规定规范填写病案首页，加强临床数据标准化、规范化管理，为推广按疾病诊断相关分组付费打牢基础；②接诊意外伤害的参保人时，须如实及时完整记录致伤原因和意外受伤的情形。 | 随机抽取病历，达不到要求的每例扣 0.5 分。 |
| | 32.应急预案 | 1 | 制定应急预案，因自然灾害事故、意外事件等原因造成信息系统出现故障并影响参保人员就医结算时，须及时启动应急预案，做好解释工作。 | 未制定应急预案的扣 0.5 分，未及时启动的扣 0.5 分。 |
| | 33.满意度评价 | 4 | ①满意度测评，采用随机公开的方式，发放满意度测评表，分别对住院参保患者和门诊参保患者满意度进行调查：<br>门诊（住院）参保患者满意度=评价满意的被调查门诊（住院）参保患者人数/接受调查的门诊（住院）参保患者总数×100%<br>②利用第三方评价，抽取部分药品、医用耗材供应商，对定点医疗机构结算和履约情况进行调查。 | 满意率≥90%的，不扣分；90%＞满意率≥85%扣 0.5 分；85%＞满意率≥80%的，扣 1 分；80%＞满意率≥75%的，扣 1.5 分；75%＞满意率≥70%的，扣 2 分；70%＞满意率≥65%的，扣 2.5 分；65%＞满意率≥60%的，扣 3 分；低于 60%的，不得分。 |
| 合计 | | 100 | | |

附件 3

# 郓城县基本医疗保险定点零售药店考核评价标准

（总分 100 分）

单位：　　得分：

| 项目 | 考核内容 | 考核办法 | 考核标准 | 得分 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 领导重视（7 分） | 1、领导重视医疗保险工作，有专人负责（2 分）。<br>2、在显要位置悬挂定点药店标牌和温馨提示牌（2 分）。<br>3、认真贯彻与医疗保险经办机构签订的定点服务协议，有做好定点药店工作的计划和措施（3 分）。 | 查阅有关资料 | 未达到规定的要求，视情扣分。 | |
| 业务人员素质（13 分） | 1、药店的负责人熟悉有关法律法规和所经营的药品知识（2 分）。<br>2、从事药品质量管理、处方调配等岗位的工作人员经过专业培训，业务熟练并考核合格后持证上岗(2 分)。<br>3、营业人员对所经销的药品的作用机理、用途、用法及注意事项较为熟悉（4 分）。<br>4、资格证书和负责人任命书保持完好（2 分）。<br>5、有专人负责 POS 机的使用管理（3 分）。 | 查阅名册证书 | 1、药品负责人对政策法规及相关药品知识不熟悉，酌情扣 1—2 分。<br>2、药品经营人员无岗前培训合格证明，扣 1 分；业务不熟练扣 1 分。<br>3、抽查 2 人药理知识，不合格者，每人扣 1—3 分。<br>4、无药店定点资格证书和负责人任命书扣 1—2 分。<br>5、POS 机无专人负责管理扣 1—3 分。 | |
| 药品经营管理（20 分） | 1、规范使用社保卡，不套现、不违规使用（5 分）。<br>2、药品按性质、剂型、用途分类陈列，无混放现象。按药品性质规定贮存，医保处方药和非处方药分设专柜，保健品另柜摆放（5 分）。<br>3、在本年度考核或日常稽查时，发现、查实存在违规违约等行为（10 分）。 | 查看现场 | 1、发现、查实一例本项不得分。<br>2、不同性质的药品混放、未实行处方药与非处方药分类摆放的，各扣 1-2 分；将自费药品、保健用品等纳入基本医疗保险用药范围发生一例扣 1-5 分，扣完为止。<br>3、考核或本年度日常稽查时，发现、查实一例违规违约行为本项不得分。 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 药品质量管理（10分） | 1、严把药品进货关，不从证照不全或无证照的药贩处进货，无假冒、伪劣药品（3分）。<br>2、产品外观质量合格，商品进货验收记录、有效期商品登记完整规范（3分）。<br>3、医保备药率达到90%（2分）。<br>4、调配处方认真负责，估价员、调配员、复核员签字齐全（2分）。 | 查阅资料<br>排查实物<br>查看现场 | 1、进货渠道不正规扣1—3分，发现假、劣药每例扣5分。<br>2、无验收记录和有效期药品登记，各扣1—2分，验收记录不完整，不规范，扣1—2分;<br>3、抽查100种药品，医保备药率不达标准，每低于5%扣1分。<br>4、抽查部分购药凭证，签章不齐全或书写不符合要求的，每张扣0.1分 | |
| 药品零售管理（10分） | 1、在店堂显著位置悬挂药品经营企业合法证照(2分）。<br>2、张贴便民措施和服务公约，设有意见簿和参保人员投诉意见箱，公布监督电话，能为医保患者提供24小时服务；认真受理参保人员投诉（4分）。<br>3、药品明码标价，药价不高于医保部门限价（3分）。<br>4、药品销售人员着装统一整洁，佩戴服务卡，服务主动热情，使用文明用语（1分）。 | 查看现场<br>查阅资料 | 1、未在店堂显著位置悬挂企业合法证照，无便民措施、服务公约、意见簿和投诉意见箱、监督电话酌情扣1-2分；因服务态度差被参保人员投诉的每例扣1-2分。<br>2、未使用统一印刷的牌签扣1分，未标明药价扣1-2分，因药价高被参保人员投诉扣1-2分;<br>3、营业人员在岗时未穿工作服、挂服务牌的扣1分。 | |
| 设施配套（10分） | 1、营业场所宽敞整洁，营业、办公、生活、仓储等场所分隔或分开（5分）。<br>2、有陈列药品的货柜、货架和低温保存药品和调配处方的必备设施用具（5分）。 | 查看<br>现场 | 1. 功能分隔不明确扣1-2分。<br>2. 设备和用具不符合规定扣1-5分 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 制度<br>健全<br>（10分） | 1、认真学习贯彻《中华人民共和国药品管理法》；（5分）<br>2、根据有关法规制定内部管理制度，主要内容有：（5分）<br>（1）POS机使用管理办法；<br>（2）配合医疗保险稽查管理；<br>（3）主要岗位人员的上岗条件；<br>（4）药品采购、验收、储存、养护、出库工作的治疗管理；<br>（5）特殊及贵重药品的管理；<br>（6）药品销售及调配处方的质量管理；<br>（7）药品拆零管理；<br>（8）服务质量及参保人员投诉管理；<br>（9）重大质量问题及质量事故报告与处理；<br>（10）安全卫生管理。 | 查阅<br>资料 | 1、无《药品管理法》学习记录扣1-5分；<br>2、主要管理制度每缺一项扣0.5分 | |
| 一卡通行<br>（5分） | 按照要求对接相关接口、配备刷卡设备，保障刷卡畅通。 | 信息科<br>提供 | 凡被投诉刷卡不通畅且药店未将问题报备医保局的，每次扣1分，扣完为止 | |
| 医保基金稽查管理<br>（10分） | 建立本药店医保基金使用内部管理制度，积极协助医疗保险经办机构的稽查工作，如实提供稽查资料，认真按稽查通报反馈意见予以整改 | 基金监管科提供 | 由基金监管科提供各药店分值 | |
| 满意度调查<br>（5分） | 参保患者满意度=评价满意的被调查参保患者人数/接受调查的参保患者总数×100% 。 | 现场走访 | 满意率≥90%的，不扣分；90%＞满意率≥80%的，扣1分；80%＞≥70%的，扣2分；70%＞满意率≥60%的，扣3分；低于60%的，不得分。 | |
| 合计 | | | | |