ZJHC73-2023-0001





衢医保发〔2023〕8号

衢州市医疗保障局关于印发衢州市医药机构医疗保障定点管理暂行办法(试行)的通知

各县（市、区）医疗保障局、各有关单位:

《衢州市医药机构医疗保障定点管理暂行办法（试行）》已经研究同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

衢州市医疗保障局

2023 年1月18日

衢州市医药机构医疗保障定点管理暂行

办法（试行）

为加强和规范医药机构医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令第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）、《浙江省医疗保障定点医疗机构和定点零售药店确定评估细则的通知》（浙医保发〔2021〕46号）、《浙江省医疗保障条例》（浙江省第十三届人民代表大会常务委员会公告第46号）及《衢州市医疗保障暂行办法》（衢政发〔2020〕26号）等规定，结合本市实际，制定本办法。

一、基本原则

（一）医疗机构和零售药店（以下简称“医药机构”）的医疗保障定点管理应坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、供需平衡、合理布局、择优选择、鼓励竞争的原则，加强医疗保障精细化管理，促进医疗机构供给侧改革，发挥零售药店市场活力，为参保人员提供适宜的医疗和药品服务。

（二）医疗保障行政部门负责制定医药机构定点管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）、定点医药机构进行监督。经办机构负责确定定点医药机构，并与定点医药机构签订医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”），提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。定点医药机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医药服务。

二、定点医药机构的确定

医疗保障行政部门应根据公众健康需求、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划、参保人员数量、参保人员用药需求、业务经办能力等实际情况，结合年度内定点医药机构的退出情况对本统筹地区定点医药机构数量进行动态调整，实现有进有出，总量控制。

（一）医疗机构申请

1.申请类别范围

以下取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的医疗机构，以及经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构可申请医保定点：

（1）综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、康复医院；

（2）专科疾病防治院（所、站）、妇幼保健院；

（3）社区卫生服务中心（站）、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所（站）、村卫生室（所）；

（4）独立设置的急救中心；

（5）安宁疗护中心、血液透析中心、护理院；

（6）养老机构内设的床位分区设立、财务分别核算的医疗机构；

（7）企事业单位内设医务室；

（8）盲人医疗按摩所。

互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议，其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，纳入该实体定点医疗机构按规定结算管理。

独立设置的临床检验中心、医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心等可作为第三方服务提供机构，与定点医疗机构签订协议，为定点医疗机构提供相关服务，符合医保支付范围的费用由经办机构与定点医疗机构结算。定点医疗机构应及时将协议签订情况向当地经办机构备案。

2.申请条件

申请医保定点的医疗机构应当同时具备以下基本条件:

（1）正式运营至少3个月；

（2）除盲人医疗按摩所外，医疗机构应至少有1名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师；盲人医疗按摩所应配备持有中国残联核发的《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》的专业技术人员3名（含）以上，按摩床10张（含）以上，服务场所建筑面积120平方米（含）以上；

（3）机构领导负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员；100张床位以上的医疗机构应设内部医保管理部门，安排专职工作人员；

（4）具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等；

（5）具有符合医保协议管理要求的医院信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息，为参保人员提供直接联网结算。设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库，按规定使用国家统一的医保编码；

（6）具有规范的药品、医用器材等进货渠道，对经营药品或医用器材实行“进、销、存”管理，相关台账应账册清楚，账物相符，并实现信息化管理；

（7）符合法律法规和上级医疗保障行政部门规定的其他条件。

3.申请材料

医疗机构向统筹地区经办机构提出医保定点申请，至少提供以下材料：

（1）定点医疗机构申请表；

（2）医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照复印件，营利性医疗机构另需提供营业执照；

（3）与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

（4）与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

（5）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

（6）县级以上卫健部门确认的医疗机构等级证明（无等级不需提供）、执业医师（包括执业助理医师、乡村医师）注册及职称证明等相关材料；

（7）医疗机构用房产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同等相关材料；

（8）法定代表人身份证复印件及医疗机构工作人员花名册；

（9）上级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

以上材料经办机构如能及时通过数据共享获取的，医疗机构无需提供。

（二）定点零售药店申请条件及材料

1.申请条件

取得药品经营许可证，并同时符合以下条件:

（1）在注册地址正式经营至少3个月；

（2）至少有1名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师须签订1年以上劳动合同且在合同期内；

（3）至少有2名熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专（兼）职医保管理人员负责管理医保费用，并签订1年以上劳动合同且在合同期内；

（4）按药品经营质量管理规范要求，开展药品分类分区管理，并对所售药品设立明确的医保用药标识；

（5）具有符合医保协议管理要求的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度；

（6）具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，为参保人员提供直接联网结算，建立医保药品等基础数据库，按规定使用国家统一医保编码；

（7）营业执照经营范围仅限于药品、医疗器械、卫生消毒等医疗相关用品、食品（限药食同源）；卫生消毒等医疗相关用品及食品（限药食同源）经营面积不得超过总经营面积的20%；

（8）具有规范的药品、医疗器械等进货渠道，对经营药品、医疗器械等医疗用品及保健滋补品实行“进、销、存”管理，相关台账应账册清楚，账物相符，并实现信息化管理；

（9）符合法律法规和上级医疗保障行政部门规定的其他条件。

互联网药店可依托其实体零售药店申请签订补充协议，其提供的医药服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，纳入该实体定点零售药店按规定结算管理。

2.申请材料

零售药店向统筹地区经办机构提出医疗保障定点申请，至少提供以下材料：

（1）定点零售药店申请表；

（2）药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

（3）执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件；

（4）医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；

（5）与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

（6）与医保有关的信息系统相关材料；

（7）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

（8）零售药店营业场所产权证明或经房产主管部门备案的租赁合同、平面布局图等相关资料；

（9）上级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

以上材料经办机构如能及时通过数据共享获取的，零售药店无需提供。

（三）办理流程

办理流程包括预登记、受理申请、综合评估及结果公示、党组会审议及协议签订、开通刷卡及公告等主要环节。

1.预登记

医药机构到经办机构进行预登记，按要求完成相关软件和硬件安装、联网工作，并试运行3个月。

2.受理申请

试运行期间不开通刷卡，试运行满3个月后，医疗机构向经办机构提交正式的定点申请书（附表1），经办机构原则上每季度应开展1次集中受理审查，经办机构可通过资料审查、现场核查、函询相关主管部门意见等方式，对医疗机构所申报材料和信息进行审核，材料齐全符合的予以受理，材料不齐或不符合条件的，应一次性告知医疗机构。医疗机构应自收到材料补正通知之日起5个工作日内补正，逾期不补正的视作放弃申请，须3个月后方可再次申请。对提供虚假材料的医疗机构，一经核实，取消本次申请。

医疗机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（1）以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙、健康体检等非基本医疗服务为主要执业范围的；

（2）基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策的；

（3）未依法履行行政处罚责任的；

（4）以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年的；

（5）因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；

（6）因违反医保协议约定或医保相关规定而被解除协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的；

（7）法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医疗机构被解除医保协议，未满5年的；

（8）法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

（9） 因医疗服务行为受到有关行政部门处罚未满1年的；

（10）近2年内有非法行医、非法医疗广告、诊室外包等不规范经营行为的；

（11）同一法人主体（投资主体）的相关定点医疗机构，1年内有因违规被暂停、解除或终止医保协议和正在接受经办机构调查处理等情况的；

（12）法律法规规定的其他不予受理的情形。

零售药店有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（1）未依法履行行政处罚责任的；

（2）以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年的；

（3）因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；

（4）因违反医保协议约定或医保相关规定而被解除医保协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的；

（5）法定代表人、企业负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点零售药店被解除医保协议，未满5年的；

（6）法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

（7）同一法人主体（投资主体）的相关定点医药机构，1年内有因违规被暂停、解除或终止医保协议和正在接受经办机构调查处理等情况的；

（8）法律法规规定的其他不予受理的情形。

3.综合评估及结果公示

统筹地区经办机构组织评估小组或委托第三方机构，以书面、现场等形式开展评估（评估内容及标准见附件4）。其中规范化村级医疗机构评估标准结合卫健部门规范化村级医疗机构建设标准、上级医疗机构管理和村级医疗机构管理等方面进行综合评估。评估标准必要时可根据管理需要在本办法基础上进行调整。专家库成员可由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员，以及经办机构、相关行业协会代表组成，得分取各评估小组成员平均分。自受理申请材料之日起，评估时间不超过20个工作日，机构补充材料时间不计入评估期限。

评估分数85分（含）以上的为合格，向社会公示，公示期满无异议的，列入拟签订服务协议的名单。评估分数85分以下的为不合格，告知其理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改3个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。评估结果报同级医疗保障行政部门备案。

4.党组会审议及签订协议

公示期间无人举报或举报经查不属实的，报党组会审议通过后，确定为定点医药机构。提交逐级审批后，经办机构与医药机构签订医保协议并向同级医疗保障行政部门备案。协议期限一般按自然年度签订至当年12月31日。

5.开通刷卡及公告

医保经办机构根据医疗保险管理需要和医药机构特点，开通相应的刷卡权限并向社会公告。

1. 独立核算的各类分设机构、协作医院应另行独立申请。
2. 市本级及各县（市、区）医保经办机构签订协议的衢州市范围内的定点医药机构，实行协议互认。

三、定点医药机构运行管理

（一）定点医药机构具有依法依规为参保人员提供医药服务后获得医保结算费用，对经办机构履约情况进行监督，对完善医保政策提出意见建议等权利。

（二）定点医药机构应当严格执行医保协议，合理诊疗、合理收费，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，优先配备使用医保目录药品，控制患者自费比例，提高医疗保障基金使用效率。定点医药机构不得为非定点医药机构提供医保结算。

经办机构不予支付的费用、定点医药机构按医保协议约定支付的违约金和罚款，定点医药机构不得作为医保欠费处理。

（三）定点医药机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药等。

定点医药机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

1. 定点医疗机构应当制定相应的内部管理措施，严格掌握出入院指征。按照协议执行医保总额预算指标，执行按项目、按病种、按疾病诊断相关分组、按床日、按人头等支付方式。不得以医保支付政策为由拒收患者。
2. 定点医药机构应真实记录并上报“进、销、存”等情况。定点医疗机构按有关规定执行集中采购政策，优先使用集中采购中选的药品和耗材。鼓励定点民营医疗机构和定点零售药店在医疗保障行政部门规定的平台上采购。

（六）定点医药机构应当遵守医疗保障行政部门制定的药品价格政策。

（七）定点零售药店应当凭处方销售医保目录内处方药，药师应当对处方进行审核、签字后调剂配发药品。外配处方必须由定点医疗机构医师开具，有医师签章。定点零售药店可凭定点医疗机构开具的电子外配处方销售药品。

1. 定点医药机构应当参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训。

　定点医药机构应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

（九）定点医药机构在显著位置悬挂统一的定点医药机构标识。

（十）定点医药机构应当通过相关接口上传所有就医（购药）人员医药服务明细数据，及药品、耗材等“进、销、存”的明细数据，并对其真实性负责。

定点医药机构应当按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材入出库记录等资料，向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。

（十一）定点医药机构应配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

（十二）定点医药机构应当优化医保结算流程，为参保人员提供便捷的医药服务，按规定进行医保费用直接结算，提供费用结算单据和相关资料。

1. 定点医药机构应遵循衢州市定点医疗机构行为规范。根据经办机构智能监管管理要求，安装相应的设备，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。定点医药机构重新安装信息系统时，应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

四、 经办管理服务

（一）经办机构对定点医药机构实行动态管理，并按年度对定点医药机构开展绩效考核。

　（二）经办机构有权掌握定点医药机构运行管理情况，从定点医药机构获得医保费用稽查审核、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。

定点医药机构实行属地管理，经办机构对属地定点医药机构为本地和异地参保人员提供的医疗服务承担管理服务职责。

（三）经办机构应做好对定点医药机构医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，提供医疗保障咨询、查询服务。

（四）经办机构应当落实医保支付政策，加强医疗保障基金管理。

（五）经办机构应当建立完善的内部控制制度，明确对定点医药机构医保费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位责任及风险防控机制。完善重大医保费用支出集体决策制度。

（六）经办机构应当加强医疗保障基金支出管理，通过智能审核、实时监控、现场检查、第三方监管等方式对定点医药机构进行定期和不定期稽查审核。按协议约定及时足额向定点医药机构拨付医保费用，原则上，应当在定点医药机构申报后30个工作日内拨付符合规定的医保费用。

（七）定点医药机构违规医保费用，经审查核实的，经办机构按相关规定执行。

（八）经办机构应当依法依规支付参保人员在定点医药机构发生的医药费用，为参保人员提供医保政策咨询。除急诊和抢救外，参保人员在非定点医疗机构就医发生的费用医疗保障基金不予支付。

　（九）经办机构向社会公开医保信息系统数据集和接口标准。定点医药机构自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商。经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

（十）经办机构应遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私，确保医疗保障基金安全。

（十一）经办机构发现定点医药机构存在违反协议约定情形的，可按协议约定相应采取以下处理方式：

1.约谈医药机构法定代表人、主要负责人或实际控制人；

2.暂停联网结算或暂缓拨付费用；

3.不予支付或追回已支付的医保费用；

4.要求定点医药机构按照协议约定支付违约金；

5.中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务；

6.中止或解除医保协议。

（十二）经办机构作出中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务、解除医保协议等处理时，要及时报告同级医疗保障行政部门。

（十三）经办机构违反医保协议的，定点医药机构有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

（十四）医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协议订立、协议履行和解除等进行监督，对经办机构的内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等进行指导和监督。

（十五）医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点医药机构的协议履行情况、医疗保障基金使用情况、医疗服务行为、购买涉及医疗保障基金使用的第三方服务等进行监督。

（十六）医疗保障行政部门实施监督检查，可以采取下列措施：

（1）进入现场检查；

（2）询问有关人员；

（3）要求被检查对象提供与检查事项相关的文件资料，并作出解释和说明；

（4）采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式收集有关情况和资料；

（5）对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存；

（6）聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助开展检查；

（7）法律、法规规定的其他措施。

1. 开展医疗保障基金使用监督检查，监督检查人员不得少于2人，并且应当出示执法证件。医疗保障行政部门进行监督检查时，被检查对象应当予以配合，如实提供相关资料和信息，不得拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报。
2. 医疗保障行政部门发现定点医药机构存在违约情形的，应当及时责令经办机构按照医保协议处理，经办机构应当及时按照医保协议处理。医疗保障行政部门依法查处违法违规行为时，认为经办机构移交相关违法线索事实不清的，可组织补充调查或要求经办机构补充材料。

（十九）医疗保障行政部门发现经办机构存在违反医保协议的，可视情节相应采取以下处理方式：约谈主要负责人、限期整改、通报批评，对相关责任人员依法依规给予处分。医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规和规章的，依法依规进行处理。

（二十）医疗保障行政部门可以依法委托符合法定条件的组织开展医疗保障行政执法工作。

（二十一）医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点医药机构进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

五、定点医药机构的监督

（一）定点医药机构涉嫌骗取医疗保障基金支出的，在调查期间，医疗保障行政部门可以采取增加监督检查频次、加强费用监控等措施，防止损失扩大。定点医药机构拒不配合调查的，经医疗保障行政部门主要负责人批准，经办机构可以根据医疗保障行政部门的要求，暂缓其医疗保障基金结算。

1. 定点医药机构违反《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令 第735号）相关规定的，医疗保障行政部门依法给予行政处罚。

（三）经办机构对定点医药机构的协议处理

1.定点医药机构有以下情形之一的，经办机构可以约谈其有关负责人（指法定代表人、主要负责人或实际控制人，下同），暂停联网结算或暂缓拨付费用：

（1）未按规定安装、使用监控设备的；

（2）违反定点医药机构信息系统配置要求的；

（3）无正当理由拒绝为参保人员提供联网结算服务的，经提醒拒不改正的；

（4）人脸识别系统使用月度紧急结算率高于医保相关规定且无合理理由的。

（5）其他违反相关管理规定，情节较轻且未造成医保基金实际损失的。

2.定点医药机构有下列情形之一的，经办机构可以约谈其有关负责人，不予支付或追回已支付的医保费用：

（1）违反财务结算制度，使用现金购销药品耗材涉及的费用的；

（2）违反门诊接诊流程的；

（3）接诊医生不如实记录患者外伤原因和经过、病程记录、手术记录等或未按医保规定对意外伤害对象申请外伤调查的；

（4）违规提前向参保人员收取医疗服务项目费用的，或以会员（或其他名义）制作并发放提前收取费用的各类预付卡的；

（5）其他违反相关管理规定，造成医保基金损失但情节较轻的。

3.定点医药机构有下列情形之一的，经办机构可以约谈其有关负责人，不予支付或追回已支付的医保费用，并要求定点医药机构按照核定医保费用的10%-30%支付违约金，情节严重的予以中止相关责任人员或所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务，或中止医保协议。中止期原则上不低于30日，不超过180日：

（1）违反医保医师协议，冒用或出借医保医师账号等为患者提供医药服务并进行医保结算的；

（2）药品、器械及耗材等进销存不符的；

（3）因用医保系统升级等借口隐瞒被处理事实及政策解释不到位等行为，导致参保人员投诉或者上访等现象的；

（4）违规收集参保人员社会保障卡或医保电子凭证的；

（5）经2次提醒监控仍不能正常使用或年度内出现3次非第三方原因导致的监控故障的；

（6）被卫健、市场监管等相关部门查处，涉及医保基金损失的；

（7）处方管理不规范，无处方刷卡、无处方或不按处方配售处方药的；

（8）工作人员未核验病人身份，导致冒用参保人员身份进行冒名住院、冒名就诊及冒名购药的；

（9）将超医保限定支付条件的医疗服务项目、医疗服务设施、药品等纳入医保结算的；

（10）匹配错误导致医保基金损失的；

（11）经相关部门认定的，违反药品说明书适应症范围或功能主治、用法、用量、禁忌等超药品说明书使用的；

（12）定点零售药店销售假药、劣药等行为的；

（13）定点医疗机构违反DRGs结算要求，出现病案不合规、反套高、反套低等行为的；

（14）定点医疗机构违反本办法相关规定和临床诊疗规范的；

（15）定点医疗机构理疗管理不规范的；

（16）定点医疗机构违规销售保健品的；

（17）定点医疗机构违背参保人员意愿，让参保人员自行到药店购买当次就医所需的医保目录内药品、耗材，甚至引发参保人员投诉的；

（18）定点医疗机构违反卫健部门制定的住院标准，将可在门诊或急诊观察治疗的参保人员收治住院的降低入院标准的；将经住院治疗已经好转或痊愈的参保人员留治继续住院的；

（19）定点医疗机构提供未取得卫健部门批准的诊疗项目，不具备执业医师资格或在未注册的医疗机构发生执业等超执业范围诊疗的；

(20）定点医疗机构超人次、超疗程、超床日、超限定部位、超限定频次、超限定价格、改变计量单位收费、违反“计入不计出”原则等变相提高标准收费的；

（21）定点医疗机构在没有医嘱记录、护理记录、检验报告、影像报告或其他执行记录等无医嘱或执行记录收费的；

（22）定点零售药店违反本办法规定，销售除药品、医疗器械、卫生消毒等医疗相关用品、食品（限药食同源）以外的其他物品的；

（23）定点零售药店药师不在岗配售处方药的；

（24）法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

4.定点医药机构有下列情形之一的，经办机构可以约谈其有关负责人，予以中止相关责任人员或所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务，或中止、解除医保协议。中止期原则上不低于60日，不超过180日：

（1）违反药品管理规范，从非法的供应单位购进药品的；

（2）唆使、诱导参保人员集体投诉或者集体上访的；

（3）法律法规和规章规定的应当中止或解除的其他情形。

5.定点医药机构有下列情形之一的，经办机构可以约谈其有关负责人，解除医保协议：

（1）医保协议有效期内累计2次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位的；

（2）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

（3）为非定点医药机构或处于中止医保协议期间的医药机构提供医保费用结算的；

（4）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门或经办机构开展智能审核、绩效考核、监督检查等，情节恶劣的；

（5）被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的；

（6）医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中，发现定点医药机构存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的；

（7）被吊销、注销医疗机构执业许可证、中医诊所备案证、药品经营许可证或营业执照的；

（8）法定代表人、主要负责人、企业负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的；

（9）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

（10）主动提出解除医保协议且经办机构同意的；

（11）单位主体变更、停业或歇业3个月内未按规定向经办机构报告的；

（12）以伪造、变造医保药品“进、销、存”票据和账目、伪造处方或参保人员费用清单等方式，骗取医疗保障基金的；

（13）将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的；

（14）发生重大药品质量安全事件的；

（15）因定点零售药店连锁经营企业总部法定代表人、企业负责人或实际控制人违法违规导致连锁零售药店其中一家分支零售药店被解除医保协议的，相同法定代表人、企业负责人或实际控制人的其他分支零售药店同时解除医保协议；

（16）根据医保协议约定应当解除医保协议的；

（17）法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

（四）乙方经查实的违法违约行为，按照规定纳入诚信记分、医保信用评价、医保医师积分扣分等，具体记分标准见《衢州市基本医疗保险定点医药机构诚信记分管理办法》《衢州市医疗保障信用管理办法》《浙江省医保医师实施细则》，同时按照医保相关规定进行处理。

（五）定点医药机构违反医保协议约定，经办机构适用违约金处理，违约金金额原则上不超过核定违规医保费用的30%，计算公式为：违约金金额=核定违规医保费用×违约支付比例。

医药机构被经办机构实行违约金处理后，原则上应在30日内完成缴款。

1. 定点医药机构在超过协议中止期后，整改验收不合格或拒不整改的，按照解除协议处理。

（七）乙方违反国家、省、市级医保行政部门相关规章规定的违法违规行为按其规定执行。

六、附 则

（一）定点医疗机构是指自愿与统筹地区经办机构签订医保协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

定点零售药店是指自愿与统筹地区经办机构签订医保协议，为参保人员提供药品服务的零售药店。

医保协议是指由经办机构与医药机构经协商谈判而签订的，用于规范医药服务行为以及明确双方权利、义务及责任等内容的协议。

（二）职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助、大病保险、公务员补助、离休资金等医疗保障定点管理工作按照本办法执行。

1. 医保协议内容应与法律、法规、规章和医疗保障政策调整变化相一致，医疗保障行政部门调整医保协议内容时，应征求相关定点医药机构意见。

（四）本办法由医疗保障行政部门负责解释，自2023年2月18日起施行。原《衢州市医疗保障局关于印发衢州市医药机构医疗保障定点管理暂行办法(试行)的通知》（衢医保发〔2021〕31号）同步废止。今后上级有新规定的，从其规定。

附件: 1.衢州市定点医药机构动态管理及绩效考核准则

2.衢州市定点医药机构行为规范

3.衢州市定点医药机构监督管理规定

4.相关附表

附件1

衢州市定点医药机构动态管理及绩效

考核准则

经办机构对定点医药机构实行动态管理，且按年度对定点医药机构开展绩效考核，绩效考核结果与稽核检查力度、基金月度预拨比例、协议续签等挂钩。

1. 定点医药机构动态管理

（一）协议变更

定点医疗机构的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别及定点零售药店的名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址和药品经营范围等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起30个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请。其中医疗机构在等级发生变化一个月内应向医保经办机构提交备案登记；医疗机构在等级发生变化六个月内，必须做好调整前相关准备，医保经办机构验收通过后，自次月1日起按新等级标准进行相关医保结算。

二级以下定点医疗机构及定点零售药店跨社区移址的，须事先报备，获得许可后方可移址。其他一般信息变更应及时书面告知。

（二）协议有效期及协议续签

协议有效期原则上为1年，续签医保协议由经办机构统一组织。统筹地区经办机构与定点医药机构就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据医保协议履行情况和绩效考核情况等决定是否续签。协商一致的，可续签医保协议；未达成一致的，医保协议到期后自动解除。

（三）医保协议中止及解除

1.医保协议中止

医保协议中止是指经办机构与定点医药机构暂停履行医保协议约定，中止期间发生的医保费用（不含原在院人员）不予结算。中止期结束，未超过医保协议有效期的，医保协议可继续履行；超过医保协议有效期的，本协议期医保协议解除。

定点医药机构可提出中止医保协议申请，经经办机构同意，可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过180日，定点医药机构在医保协议中止超过180日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动解除。

2.医保协议解除

医保协议解除是指经办机构与定点医药机构之间的医保协议解除，协议关系不再存续，协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。

3.其他

定点医药机构主动提出中止、解除医保协议或不再续签医保协议的，应提前3个月向经办机构提出申请。公立医疗机构不得主动提出中止或解除医保协议。

地市级经办机构与定点医药机构中止或解除医保协议，该医药机构在其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。

定点医疗机构的部分人员或科室有违反协议管理要求的，可对该人员或科室暂停医保结算。

医药机构与统筹地区经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行协商解决或者请求同级医疗保障行政部门协调处理，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

（四） 解除协议办理程序

定点医药机构出现上述解除协议情形的，经办机构按以下程序办理：

1.暂停联网结算。经办机构暂停定点医药机构医保服务功能，停止联网刷卡结算。

2.下达处理意见。医疗保险经办机构下达解除原医保协议的处理意见。

3.完成日常费用结算。医疗保险经办机构根据相关处理意见，及时完成与定点医药机构的日常费用结算，并解除医保协议。

已被解除协议的定点医药机构，清算年度产生的医疗费用仍须列入清算范围，根据清算结果多退少补。如定点医药机构拒绝履行清算结果，医保经办机构可通过法律途径追回医保基金损失。

二、定点医药机构绩效考核

（一）考核对象

衢州市范围内与医疗保险经办机构签订医保协议的定点医药机构。

各统筹区经办机构分别负责与本统筹区签订协议的定点医药机构年度医保服务质量评价工作。

规范化管理的服务站（或村卫生室）不单独进行评价。

（二）考核原则

定点医药机构绩效考核坚持公平、公正、公开、客观、诚信的原则。

（三）考核方式

定点医药机构绩效考核工作在各级医保行政部门的领导下组织开展，由所辖医保经办机构具体实施。必要时可邀请相关部门、单位和第三方社会机构参与考核。

定点医药机构绩效考核采用“半年拟评、年度总评”相结合的方式进行。半年拟评，1月1号至6月30为考核时间段；年度总评，以一个自然年度为考核时间段。半年进行一次评价打分，并将评分结果公布给各定点医药机构。半年拟评在八月底前完成。年度总评，以一个自然年度为考核时间段，考核在次年一季度完成。

半年拟评和年度总评采用相同评价指标，根据定点医药机构医保服务权限不同进行分类评价，分为综合类定点医药机构、门诊类定点医药机构和定点零售药店，不同类型医药机构设置不同的评分指标和评价标准，详见附表。

绩效考核最终得分由上半年拟评得分与年度总评得分按照不同权重计算求和，即年度绩效考核最终得分=半年拟评得分\*权重比30%+年度总评得分\*权重比70%）。

（四）结果运用

根据得分结果将定点医药机构分为“A、B、C、D”四个等级。对于当年新增的定点医药机构，不予考核。对年度考核被解除医保协议的定点医药机构，一年内不得再次申请医保定点。

1.综合类定点医疗机构考核结果运用

（1）考核得分90分以上且居前10%的，评为A级。减少日常监督检查频次、增加基金预拨、张榜公布树立正面典型。

（2）考核得分70分以下且居后5%的，评为D级。加大日常监督检查频次，至少每年检查三次及以上，减少基金预拨、同时予以通报公布。

（3）考核得分80分（含）以上的（除“A”级外的），评为B级。加大日常监督检查频次、减少基金预拨、同时予以通报公布。

（4） 考核得分80分以下的（除“D”级外的），评为C级。加大日常监督检查频次，至少每年检查2次及以上，减少基金预拨、同时予以通报公布。

2.门诊类定点医药机构和定点零售药店考核结果运用

（1）考核得分90分以上且居前5%的，评为A级。减少日常监督检查频次、增加基金预拨、张榜公布树立正面典型。

（2）考核得分70分以下且居后5%的，评为D级。根据优胜劣汰、动态管理原则，将排名末两位的或考核得分低于60分的予以暂停联网结算，整改3个月后再次进行考核，考核仍不合格的，予以解除医保协议，退出医保定点管理。

（3）考核得分80分（含）以上的（除“A”级外的），评为B级。加大日常监督检查频次，至少每年检查2次及以上，减少基金预拨，同时予以通报公布。

（4） 考核得分80分以下的（除“D”级外的），评为C级。加大日常监督检查频次，至少每年检查3次及以上，减少基金预拨，同时予以通报公布。

附件2

衢州市定点医药机构行为规范

为进一步规范定点医药机构的医疗服务行为，提高参保人员就医满意度，制定本行为规范。

一、信息系统安全保障行为规范

（一）定点医药机构软件的安装使用规范

本办法规定的软件是指医保结算系统、进销存系统、智能审核系统、人脸识别系统等用于医保结算、监管相关的信息系统。

1.定点医药机构的医保专用电脑操作系统应符合医保相应软件要求类型及版本，且操作系统进行过正版激活。

2.定点医药机构用于医保业务的电脑只能安装医保结算、医保监管、防病毒、办公软件等与定点医药机构业务相关的软件。

3.不同医保软件操作人员应设置不同系统用户账号，操作员应定期更换自已账号的密码，账号密码需满足6位以上大小字母加数字组成的强度。

4.为保证医保业务数据一致性和结算的准确性，定点医药机构应使用最新版本的医保业务软件，及时更新医保相关应用软件，承担拒不按要求及时升级而造成的基金损失。

（二）定点医药机构设备的安装使用规范

本办法规定的设备是指用于医保业务监管的符合医保部门规定的视频监控设备。

1.设备管理按定点医药机构单门店管理，定点医药机构及其连锁或下属分点联网机构应独自申报设备的安装与管理。

2.为确保设备接入智能监控系统平台的适用性和稳定性，推荐定点医药机构使用经办机构提供已适配过产品型号目录中的产品，若自行选择产品目录以外的产品，需满足推荐目录产品中最低参数要求以上的产品，并确保能正常接入平台。

3.如计算机主机系统需要暂停对外服务时，定点医药机构应按经办机构要求停止数据交换，并向服务对象做好解释工作。

4.定点医药机构应完善其计算机软件系统的管理功能，配备药房、药库计算机管理子系统等，按要求安装使用医保软件系统，并按时反馈相关数据信息。定点医药机构须及时将本单位的药品、项目及疾病名称与经办机构对应目录进行准确匹配。发票及明细清单应按医保规定进行分割。

5.经办机构对定点医药机构有视频监控要求的，应按以下规定安装视频监控：

无住院的定点医药机构应安装视频监控摄像机，要求视角能全覆盖收银区、取药区（药店、诊所要求全覆盖药房）、输液区等关键位置，其中覆盖收银区或进出口的摄像机要求有一路满足人脸抓拍功能。有住院的定点医药机构应安装满足人脸抓拍功能的摄像机，且视角能覆盖住院病区廊道、进出口等关键位置。人脸抓拍功能的摄像机人脸图片双瞳像素点应在40\*40以上，视频分辨率应在1080P以上。

定点医药机构确保视频监控设备日常正常运行，有故障的须在24小时内予以修复，未正常运行超过24小时的定点医药机构即被自动暂停医保结算。有特殊情形的定点医药机构可提交书面说明，申请临时开通48小时医保结算服务，届时仍未能修复的重新暂停医保结算直至修复为止。

6.连接医保刷卡收费的电脑的USB摄像头应安装在离收银台方两米以内处，确保收费刷卡时参保人员正面对着摄像头，整个刷卡过程处于摄像范围内。

7.定点医药机构负责设备的日常维护，保证营业时间内设备运转正常。

8.根据定点医药机构监管的实际发展要求或监控管理系统平台升级需要，要求定点医药机构新增、升级设备时，定点医药机构应按新的要求新增、升级或更换相关设备。

（三）定点医药机构网络的接入使用规范

本办法规定的网络是指网络运营商为定点医药机构提供的用于医保刷卡结算和视频监控的医保网络专线。

1.定点医药机构网络安装、使用需遵循国家《国家网络安全法》相关规定。

2.定点医药机构选择接入医保专网的光纤专线，其网络运营商应向经办机构提出申请并签署过服务承诺书，且用于医保业务的电脑只能接入医保专网。

3.定点医药机构将连锁或下属联网机构的电脑接入医保专网，须经过经办机构同意。

（四）定点医药机构信息系统使用人员行为规范

1.定点医药机构应设置一名医保软件及设备管理员，专门负责协助软件及设备提供商的安装、调试工作，以及软件与设备的维护、调整配置、培训其他操作人员等日常管理工作。

2.定点医药机构的医保业务软件及专用设备操作人员应学习医保软件、设备操作手册及操作规范，具备操作能力才能上岗操作医保业务软件及专用设备。

3.定点医药机构应及时收回离职人员系统操作账号权限。

二、医药服务行为规范

（一） 定点医药机构应坚持“以病人为中心”的服务准则，热心为参保人员服务；参保人员投诉工作人员态度恶劣的，定点医药机构应认真调查，如情况属实，按照有关规定严肃处理。

（二）定点医药机构应按要求开通医保电子凭证结算，因未开通医保电子凭证结算导致参保人未正常享受医保待遇并投诉的，一切损失由定点医药机构承担。

（三）经办机构对定点医药机构有人脸识别验证要求的，定点医药机构在参保人员就医购药过程中须对所有人员进行人脸识别系统验证。通过验证的可予以刷卡结算，未通过的按下列办法处理：

（1）系统人脸库中无该参保人员照片，定点医药机构通过结算系统确认是本人的，拍照上传照片后予以结算。系统自动将本次照片在人脸库中建模，用于后续就医购药时比对。

（2）系统人脸库中有该参保人员照片，但无法通过人脸识别验证的，定点医药机构在结算系统中登记、录像、拍照上传后予以刷卡结算。同时，定点医药机构如实登记该参保人员姓名、身份证号码、联系电话、诊疾病诊断等相关信息，并经参保人员本人（或亲属）及工作人员签名后，按月装订成册，留存备查。定点医药机构还应提醒参保人员及时到公安部门重新办理身份证，更新人脸库。

（3）他人代配药的，定点医药机构通过结算系统录入代配人员姓名、身份证号码、代配理由并经代配者人脸识别后予以刷卡结算（代配者人脸比对无法通过的参照本条前两条规定执行），代配者在首次代配过程中自动建立代配关系。

如经办机构人脸视频系统发生故障，系统自动暂停人脸识别校验，定点医药机构可正常为参保人员进行医保结算。

（四）代配药服务

1.参保人具有以下情形之一的，其本人或监护人可委托1至3名代理人进行代配药，所配药品限于治疗经临床医师诊断明确、病情稳定、治疗方案确定的慢性病、特殊病、精神病，委托长期有效：  
 （1）因残疾、瘫痪、高龄等原因行动不便的参保人；

（2）患有精神类疾病相关规定的、且属于无民事行为能力或限制行为能力的参保人；

（3）未成年人。

2.参保人因外伤等原因造成行动不便的，其本人或监护人可以委托1至3名代理人进行代配药，所配药品范围不限，委托有效期为3个月。

3.代理人须符合以下条件：

（1）具有完全民事行为能力的成年人；

（2）原则上须为参保人或监护人的直系亲属或近亲属，特殊情况可为照护人员；

（3）每名代理人至多关联3名委托人；

（4）除短期委托情形外，其他委托人一个医保年度内可以变更一次代理人。

（五）定点医药机构应严格按基本医疗保险有关规定，单次配药量原则上急性病不超过7天量，一般慢性病不超过15天量，纳入特殊病种及慢性病管理的疾病不超过12周量。

（六）定点医药机构违反药品支付价格相关规定，所售药品价格高于药品支付价格的，超额部分经办机构不予支付，定点医药机构应向参保人解释清楚。

（七）经办机构和定点医药机构应严格执行相关部门制定的基本医疗保险费用结算办法。确定定点后，医药机构需向经办机构提供开户行、户名及账号等信息，遇有变更的，需及时向经办机构申请变更。

（八）经办机构与定点医药机构每月结算一次联网上传的医药费用。定点医药机构应每日对帐并按月下载（打印）核对医药费用拨付信息，遇有错误的，及时与经办机构核对。

（九）定点医药机构应建立、健全并严格执行财务管理会计核算制度，如实反映本单位的药品、器械购销和资金收支情况；应严格遵守人民银行有关银行账户的管理规定，所有资金收支均应通过本单位基本存款账户办理结算，药品和器械购销不得使用现金结算管理。

（十）定点医疗机构在收治各种外伤病人时，应在其病历中如实、详细记录外伤的时间、地点和受伤原因，办理住院手续按相关规定执行，根据经办机构对外伤认定反馈情况进行结算。

（十一）定点医疗机构应及时为符合出院指征的参保人员办理出院手续；参保人员拒绝出院的，定点医疗机构应自通知其出院之日起，停止记账，按自费病人处理，并及时将有关情况通知经办机构。

（十二）参保人员在经办机构其它定点医疗机构的检查、化验结果，定点医疗机构应充分利用，避免不必要的重复检查。

（十三）参保人员就医时，定点医疗机构应及时提供清晰、准确和真实的医保结算单，以及医疗费用汇总清单和每日明细，保障参保人员的消费知情权。

（十四）除基本医疗保险规定不予支付的情况外，定点医疗机构应当及时为就诊的参保人员提供联网结算服务；参保人员在办理住院时因急诊等原因暂时不能出示社会保障卡或医保电子凭证的，定点医疗机构应当允许其在两个工作日内补办。

（十五）定点医疗机构应认真执行《执业医师法》等法律法规，为参保人员提供医疗服务的协议医师须是经国家卫生行政部门登记注册后的执业医师、助理执业医师或乡村医师。

（十六）定点医疗机构开展《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》中物理治疗、康复治疗和中医及民族医诊疗类项目的，须事先向经办机构书面备案，并如实提供经治医务人员姓名、身份证复印件、医疗执业或技术资格证书原件和复印件等相关资料。经治医务人员须中医学、康复医学或相关医学专业毕业，并具有执业（助理）医师资格或技师资格。

（十七）定点医疗机构应严格执行浙江省基本医疗保险用药管理规定，并做好药品和器械的匹配、出入库管理等工作。定点医疗机构应严格按照药品编码、药品名称、产地、规格、剂型进行匹配，不得将基本医疗保险支付范围外的药品、保健品及其他物品变通记录为支付范围内药品和诊疗项目，或将按比例支付药品诊疗项目变通记录为全额支付药品诊疗项目。

定点医疗机构不得上传虚假药品信息。

（十八）定点零售药店应当为参保人员提供药品咨询、用药安全、医保药品销售、医保费用结算等服务。

（十九）定点零售药店在营业时间内至少有1名药师在岗，为参保人员提供服务。

（二十）定点零售药店应依据有关法律、法规关于处方调配的有关规定为参保人员提供医保药品配售服务。其中处方药应凭定点医疗执业医师开具的符合卫健部门规定的处方配售，外配处方应有相应定点医疗机构加盖的外配处方专用章。定点零售药店无正当理由，不得拒绝参保人员持外配处方购药的请求。处于中止、解除医保协议期间的定点医疗机构开具的定点医药机构应当自觉遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医疗和药品服务。医疗保障行政部门及经办机构依法依规查处违法违规使用医疗保障基金的行为。

外配处方不纳入医保结算，定点零售药店如对外配处方配伍或剂量有疑义的，应告知参保人员，由原处方医师更正并重新签字后再给与调配。药师调配OTC西药须符合西医疾病诊治原则，调配OTC中成药须遵循中医辨证施治原则和理法方药。

（二十一）参保人员在定点零售药店购药时，定点零售药店若因各种原因不能满足供应，应告知参保人员并负责联系其他药店。参保人员选购非处方药时，定点零售药店应提供用药指导。

（二十二）符合慢性病门诊政策的参保人员，可在医保定点零售药店刷卡购买慢性病病种规定药品。鼓励定点零售药店根据参保人员需求，开展药品配送服务。鼓励定点零售药店按照医疗保障部门的民生实事工作要求和进展情况，开通处方“云平台”服务。定点零售药店可依托处方“云平台”服务，根据医疗机构上传的处方信息提供门店售药服务，也可在保证药品安全的前提下，自行或与快递物流等第三方机构合作，通过信息化、智能化平台，提供药品送货上门服务。

附件3

衢州市定点医药机构监督管理规定

医疗保障行政部门及经办机构对违法违约行为的认定标准如下，并视情形予以从重或从轻处理。

一、违法违约行为的认定标准。

（一）为未达到出院标准的参保患者办理出院，在短时间内因同一种疾病或相同症状再次办理入院，将参保患者应当一次住院完成的诊疗过程分解为两次及以上住院诊疗过程的，可作出分解住院的认定。

（二）参保患者在住院期间长时间离开医院或实际未进行相关诊疗的，可作出挂床住院的认定。

（三）实施不必要的诊疗项目或实施与疾病关联性不高的诊疗项目的，可作出过度诊疗的认定。

（四）对某一项诊疗服务项目按多个项目进行收费的，可作出重复收费的认定。

（五）将一个收费项目分解为两个及以上不同的项目进行收费，或将诊疗服务项目实施过程分解成多个环节逐个收费的，可作出分解收费的认定。

（六）对医疗服务的收费标准高于国家、省（自治区、直辖市）、市相关部门规定的价格标准的行为，可作出超标准收费的认定。

（七）将医保不予支付的医疗服务项目、药品、耗材等串换成医保目录内的医疗服务项目、药品、耗材等进行医保结算，或将无收费项目的项目套收医保目录内项目进行医保结算，或将低标准收费项目套入高标准收费项目行医保结算等。即把A项目替换为B项目进行医保结算的，可作出串换的四认定。

（八）医疗服务提供方未取得卫健部门批准的诊疗项目，开展该项目诊疗；超范围执业，不具备执业医师资格，从事项目诊疗，并将发生的医疗费用纳入医保结算的，可作出超执业范围诊疗的认定。

（九）以下行为可作出诱导、协助他入冒名或者虚假就医，提供虚假证明材料，虚开票据的认定。

以减免费用、虚假宣传等方式吸引、协助他人冒名或者虚假住院、购药的；伪造医疗文书、医保结算数据，提供虚假证明材料，串通他人虚开医疗费用单据等套取医保基金的。

（十）违反《浙江省医疗服务价格手册（修订版）》和《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》规定，超人次、超疗程、超床日、超限定部位、超限定次数、超限定价格、改变计价单位收费、违反“计入不计出”原则等收费并进行医保结算的，可作出变相提高标准收费的认定。

（十一）医药服务提供方违反《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》和《浙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》规定，将不符合医保限定支付条件的医疗服务项目、医疗服务设施、药品等纳入医保结算的，可作出超医保限定支付范围的认定。

（十二）医药服务提供方违反药品说明书适应症范围或功能主治、用法、用量、禁忌等为患者开具药品并进行医保结算的，可作出超药品说明书使用的认定。

（十三）医保医师违反《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《浙江省基本医疗保险协议医师管理暂行办法》规定，冒用或出借医保医师账号等为患者提供医药服务并进行医保结算的行为，可作出违反医保医师协议的认定。

（十四）违反《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》规定，在明知不是患者本人就诊情况下仍为其提供就医配药服务并进行医保结算的，可作出协助他人冒名就医的认定。

（十五）经办机构检查发现无病历、无医嘱、无床位的，可作出虚假住院的认定。  
 （十六）对收治住院，但也可在门诊或急诊观察治疗的，或者以提供生活护理和照顾生活起居为主、治疗为辅情况的，经办机构根据医疗机构上报的资料，必要时调阅或现场查阅住院病历资料，经过认真审核后，医疗机构无法提供收治住院正当理由的，可做出降低入院标准的认定。

对经住院治疗已经好转或痊愈的参保人员仍然留治继续住院治疗的，经办机构根据病人实际情况，必要时调阅或现场查阅住院病历资料，经过认真审核后，医疗机构无法提供留治住院正当理由的，可作出提高出院标准的认定。

（十七）经办机构在对住院参保人员检查时，查验人证不一致，可作出冒名住院的认定。

（十八）经办机构对门诊无医学处方或无就诊记录，或医患串通虚构、伪造医学处方或就诊记录的，可作出虚假就诊的认定。

（十九）经办机构对门诊发现人证不符情况的，可作出冒名就诊认定。

（二十）经办机构对以下情况可作出不合理用药认定：

开具的药品和被诊断疾病无明显关联的；违反门（急）诊药量规定的；违反《浙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的；超病种超范围使用辅助用药；违反中药饮片等相关规定的。

（二十一）经办机构对无明显适应症，却实施物理治疗、康复和中医及民族医诊疗类项目行为的，可作出不合理诊疗的认定。

二、违规使用医疗保障基金中有下列情形之一的，医疗保障部门可从轻或减轻处理：  
 （一）主动消除或者减轻基金使用违规违法行为危害后果的；  
 （二）主动供述尚未掌握的基金使用违规违法行为的；  
 （三）主动中止违规违法行为的；  
 （四）配合查处违规违法行为如主动提供线索、证据等有立功表现得；  
 （五）主动投案如实交代违规违法行为的；  
 （六）其他依法应当从轻或减轻处罚的；  
 三、违规使用医疗保障基金中有下列情形之一的，医疗保障部门可从重处理：  
 （一）违规违法情节恶劣，造成严重危害后果的；  
 （二）责令改正拒不改正，或者一年内实施两次以上同种违规违法行为的；  
 （三）妨碍、阻挠或者抗拒执法人员依法调查、处理其违规违法行为的；  
 （四）故意转移、隐匿、毁坏或伪造证据，或者对举报投诉人、证人打击报复的；定点医药机构应当自觉遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医疗和药品服务。医疗保障行政部门及经办机构依法依规查处违法违规使用医疗保障基金的行为。

（五）在医保行政部门或经办机构日常工作开展中不配合的；

（六）在医保行政部门或经办机构组织的自查自纠工作中敷衍应付的；

（七）其他依法应当从重处罚的。

附件4

**表1**

**衢州市新增医疗保险定点医疗机构评估标准**

医疗机构名称： 评估人员签名： 医疗机构负责人签名（或盖章）：

| 指标类型 | 序号 | 评估项目及分值 | 评 分 标 准 | 得分 | 备注 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基础指标 | 1 | 经营时间 | 正式运营是否已达3个月，“否”即为不合格。 |  |  |
| 2 | 执业医师和经营场所 | 机构是否至少有1名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师；其中盲人医疗按摩所应配备持有中国残联核发的《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》的专业技术人员3名（含）以上，按摩床10张（含）以上，服务场所建筑面积120平方米（含）以上；“否”即为不合格。 |  |  |
| 3 | 医保管理 | 是否由机构领导负责医保工作，且配备专（兼）职医保管理人员；100张床位以上的医疗机构是否设内部医保管理部门，并安排专职工作人员，“否”即为不合格。 |  |  |
| 4 | 制度建设 | 是否具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等，“否”即为不合格。 |  |  |
| 5 | 信息系统 | 是否已确定系统开发商，并已签订合作协议，“否”即为不合格。 |  |  |
| 6 | 基础数据库 | 是否已设立医保药品、诊疗项目、医用耗材、疾病病种等基础数据库，并按规定使用国家统一的医保编码，“否”即为不合格。（未开展的可不要求） |  |  |
| 7 | 执业范围 | 是否以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙、健康体检等非基本医疗服务为主要执业范围，“是”即为不合格。 |  |  |
| 8 | 医药价格政策 | 基本医疗服务是否执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策，“否”即为不合格。 |  |  |
| 9 | 信用制度 | 机构的法定代表人、主要负责人或实际控制人是否有被列入失信人名单的；  因医疗服务行为受到有关行政部门处罚未满1年的；  法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医疗机构被解除医保协议，未满5年的；  近2年内有非法行医、非法医疗广告、诊室外包等不规范经营行为的；  同一法人主体（投资主体）的相关定点医疗机构，1年内有因违规被暂停、解除或终止医保协议和正在接受经办机构调查处理等情况的；  因违反医保协议约定或医保相关规定而被解除协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的；  因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；  未依法履行行政处罚责任的；  以上任何一项“是”即为不合格。 |  |  |
| 10 | 其他不予受理的情形 | 机构是否有国家、省医保部门规定的其他不予受理情形，“是”即为不合格。 |  |  |
| **评估指标** | 1 | 建立完善的管理制度（2分） | 查看医保管理制度、财务制度、医保自费项目知情确认制度、医疗质量安全核心制度及基金预测性分析报告。根据制度整体质量，得1-2分。 |  | 规范化村级医疗机构 参照上级医疗机构标准 |
| 2 | 建立完善的统计信息管理制度（3分） | 按要求做好医疗机构信息库、药品目录库（包括西药、中成药、中药饮片）、诊疗项目目录库、诊疗耗材目录库、疾病编码目录库、手术编码目录库、医保医师信息库等标准数据库基础信息的维护工作。未及时按要求维护的1例扣1分，扣完为止。 |  |
| 3 | 配备医保要求的硬件装置（7分） | 配备医保要求的设施设备，并与其它网络间有安全隔离措施，与互联网物理隔离，每少配备一项设备，扣1分，未隔离扣2分；按照要求安装人脸识别设备和视频监控设备，每少安装一项设备，扣3分，若一个位置不符合安装要求扣1分；一种设备不清晰，扣2分；扣完为止。 |  |
| 4 | 信息公开制度（5分） | 按照公平、合法、诚实守信原则对药品、医用材料、医疗器械等进行明码标价。公开药品、服务项目和材料的价格，未公开扣2分；须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，未提供一例扣1分；有投诉举报价格的，查实1例扣5分；定价或标识不规范的，发现1例扣1分。扣完为止。 |  |
| 5 | 经营场所（15分） | 1.有稳定的经营场所，查看租赁合同或房产证，房产所有权属医疗机构法人代表（或负责人）或单位所有的，得4分；租赁合同年限超过3年（含3年），得3分；租赁合同年限超过2年（含2年），得2分；租赁合同年限超过1年（含1年），得1分；租赁合同年限低于1年，不得分。2.按实际经营面积，500平方米（含）以上得6分；400平方米（含）以上得5分；300平方米（含）以上得4分；200平方米（含）以上得3分；150平方米（含）以上得2分；120平方米（含）以上得1分。其中规范化村卫生室达到60㎡以上，社区卫生服务站达到150㎡以上即得满分。3.环境舒适，设有独立的诊疗室、药房、输液室（无需药房或者输液室的专科医疗机构除外），环境舒适酌情得0-2分，三室齐全得3分，每少一室扣1分。扣完为止。 |  |  |
| 6 | 经营时间长短（5分） | 医疗机构许可证核准之日起计算，执业许可证变化时，如果社会信用代码不变按照最老的执业许可证计算经营时间，如果社会信用代码有变化按照最新的执业许可证计算经营时间，经营时间大于（含）2年得5分，经营时间大于（含）1年得3分，6个月（含）到1年得2分，3个月（含）到6个月得1分。 |  | 规范化村级医疗机构 参照上级医疗机构标准 |
| 7 | 医师配备情况（5分） | 第一执业点注册于该医疗机构的医师（连续在本单位参保及注册满三个月及以上，退休返聘除外），按规定配备医师得2分；每增加一名中级职称医师加1分，每增加1名副高及以上职称医师加2分；退休返聘人员必须出具有效的劳务合同，三个月以上的工资银行流水，每增加1名中级及以上职称退休返聘医师加0.5分。最多得5分。 |  |
| 8 | 单位基本财务账户（2分） | 查1年财务账（未满1年的自开业之日起），所有资金收支通过本单位基本账户。是得2分，否则不得分。 |  |
| 9 | 财务台账（8分） | 根据会计制度的规定建立相应的会计账目和“进、销、存”电算化管理的明细账目，未建立扣5分，如按规定建立清晰的纸质明细账目但未建立电算化管理账目的，得3分。制度执行不到位，未做到账账相符、账实相符，发现一项扣1分。扣完为止。 |  |
| 10 | 进销存管理（17分） | 药品购进记录必须注明药品的通用名称、生产厂商（中药材标明产地）、剂型、规格、批号、生产日期、有效期、批准文号、供货单位、数量、价格、购进日期。药品、器械、耗材等所有经营品种购进、销售均应纳入“进、销、存”电算化管理（包括厂家赠品），且经营电脑与上传医保系统电脑必须为同一台，并将购、销明细如实录入“进、销、存”电算化管理信息系统，同时按月盘存、装订。查评估前3个月内数据。未纳入电算化管理扣5分；经营电脑与上传医保系统电脑非同一台扣3分；进销存不对应的一个品种扣1分（抽查5个）；未按月装订的，缺一个月扣2分，装订不齐全扣1分；盘存表缺一个月扣2分，盘存明细缺失扣1分；购进记录缺少一个字段的，扣0.2分。扣完为止。 |  |
| 11 | 规范医疗行为（4分） | 因病施治，合理开具处方且处方书写完整、规范。抽查试运行期8份相关资料，每一例不合理或不规范扣0.5分。扣完为止。 |  | 规范化村级医疗机构 参照上级医疗机构标准 |
| 12 | 诊疗科目（5分） | 诊疗科目按照医疗机构执业许可证中的诊疗科目计算数量，一个诊疗科目大类算一个诊疗科目。单诊疗科目的医疗机构给2分，每增加一个诊疗科目加1分，最多得5分。 |  |
| 13 | 药品招采（2分） | 取评估前3个月内数据，定点医疗机构按规定通过浙江省“智慧医保”招采子系统采购药品、医用耗材，并按规定及时结算(连锁或者规范化管理的可取上级机构数据）。民营机构有招采子系统采购成功记录且线上按时结算货款，得2分；公立机构线上采购率达100%且线上按时结算货款的，得2分。 |  |
| 14 | 场所布局（10分） | 如社区内已有二级以下定点医疗机构小于4家（同社区预登记的按照时间先后视同计入），且无同类型医疗机构的，得10分；如社区内已有二级以下定点医疗机构小于4家（同社区预登记的按照时间先后视同计入），但有同类型医疗机构一家得5分，两家及以上不得分；如社区内已有二级以下定点医疗机构≥4家不得分。 |  | 规范化村级医疗机构、二级及以上医疗机构不受场所布局影响。 |
|  | 15 | 行政处罚记录（10分） | 与医疗行为相关的行政处罚记录，三年内每有一次警告、通报批评类行政处罚扣1分；其他类型的与医疗行为相关的行政处罚记录，三年内有一次扣2分，两次扣5分，三次及以上扣10分。扣完为止。（以受理时间为准） |  |  |
| **合计** | | | |  |  |

**表2**

**衢州市新增医疗保险定点零售药店评估标准**

零售药店名称： 评估人员签名： 医疗机构负责人签名（或盖章）：

| 指标类型 | 序号 | 评估项目及分值 | 评 分 标 准 | 得分 | 备注 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基础指标** | 1 | 经营时间 | 在注册地址是否已正式经营3个月以上，“否”即为不合格。 |  |  |
| 2 | 药师配备 | 药店是否至少有1名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师是否已签订1年及以上劳动合同且在合同期内，“否”即为不合格。 |  |  |
| 3 | 医保管理 | 是否至少有2名熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专（兼）职医保管理人员负责管理医保费用，并签订1年及以上劳动合同且在合同期内，“否”即为不合格。 |  |  |
| 4 | 药品管理 | 是否已按药品经营质量管理规范要求，开展药品分类分区管理，并对所售药品设立明确的医保用药标识，“否”即为不合格。 |  |  |
| 5 | 制度建设 | 是否具有符合医保协议管理要求的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度，“否”即为不合格。 |  |  |
| 6 | 信息系统 | 是否已确定系统开发商，并签订合作协议，“否”即为不合格。 |  |  |
| 7 | 基础数据库 | 是否已设立医保药品等基础数据库，并按规定使用国家统一的医保编码，“否”即为不合格。 |  |  |
| 8 | 药品价格政策 | 是否执行医疗保障行政部门制定医保药品支付标准政策，“否”即为不合格。 |  |  |
| 9 | 信用制度 | 机构的法定代表人、主要负责人或实际控制人是否有被列入失信人名单的；  法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医疗机构被解除医保协议，未满5年的；  同一法人主体（投资主体）的相关定点医疗机构，1年内有因违规被暂停、解除或终止医保协议和正在接受经办机构调查处理等情况的；  因违反医保协议约定或医保相关规定而被解除协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的；  因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；  未依法履行行政处罚责任的；  以上任何一项“是”即为不合格。 |  |  |
| 10 | 经营范围 | 营业执照经营范围及实际经营范围仅限药品、医疗器械、卫生消毒等医疗相关用品、食品（限药食同源）；卫生消毒等医疗相关用品及食品（限药食同源）经营面积不得超过总经营面积的20%。“否”即为不合格。 |  |  |
|  | 11 | 其他不予受理的情形 | 零售药店是否有国家、省医保部门规定的其他不予受理情形，“是”即为不合格。 |  |  |
| **评估指标** | 1 | 建立完善的医保药品管理制度（2分） | 查看医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、医保费用结算制度及基金预测性分析报告。根据制度整体质量，得1-2分。 |  | 主观分 |
| 2 | 建立完善的统计信息管理制度（3分） | 按要求做好医疗机构信息库、药品目录库（包括西药、中成药、中药饮片）、诊疗项目目录库、诊疗耗材目录库、疾病编码目录库、手术编码目录库、医保医师信息库等标准数据库基础信息的维护工作。未及时按要求维护的1例扣1分，扣完为止。 |  |  |
| 3 | 信息公开制度（4分） | 按照公平、合法、诚实守信原则对药品、医用材料、医疗器械等进行明码标价。公开药品、服务项目和材料的价格，未公开扣2分；须向参保人员提供费用清单，未提供一例扣1分；有投诉举报价格的，查实1例扣4分；定价或标识不规范的，发现1例扣1分。扣完为止。 |  |  |
| 4 | 经营场所（12分） | 1.有稳定的经营场所，查看租赁合同或房产证，房产所有权属医疗机构法人代表（或负责人）或单位所有的，得4分；租赁合同年限超过3年（含3年），得3分；租赁合同年限超过2年（含2年），得2分；租赁合同年限超过1年（含1年），得1分；租赁合同年限低于1年，不得分。2.按实际经营面积，400平方米（含）以上得6分；300平方米（含）以上得5分；200平方米（含）以上得4分；150平方米（含）以上得3分；100平方米（含）以上得2分；60平方米（含）以上得1分。3.环境舒适酌情得0-2分。 |  |  |
| 5 | 经营时间长短（3分） | 药品经营许可证核准之日起计算，经营许可证变化时，如果社会信用代码不变按照最老的执业许可证计算经营时间，如果社会信用代码有变化按照最新的经营许可证计算经营时间，大于（含）1年得3分，6个月（含）到1年得2分，3个月（含）到6个月得1分。 |  |  |
| 6 | 经营模式（5分） | 经营模式为零售（连锁）的，得5分；经营模式为零售的，得3分。 |  |  |
| 7 | 药师配备情况（5分） | 以本单位（或连锁总部）参保为准，药师必须注册时间满三个月，按规定配备药师得2分，每增加一名执业药师加2分，如之前已在连锁总部参保不得分。退休返聘人员必须出具有效的劳务合同，三个月以上的工资银行流水，每增加1名退休返聘药师加1分。 |  |  |
| 8 | 单位基本财务账户（2分） | 查1年财务账（未满1年的自开业之日起），所有资金收支通过本单位基本账户。是得2分，否则不得分。（连锁店可以公司总部帐为准） |  |  |
| 9 | 财务台账（8分） | 根据会计制度的规定建立相应的会计账目和“进、销、存”电算化管理的明细账目，未建立扣5分，如按规定建立清晰的纸质明细账目但未建立电算化管理账目的，得3分。制度执行不到位，未做到账账相符、账实相符，发现一项扣1分。扣完为止。 |  |  |
| 10 | 进销存数据传输和对应（17分） | 药品购进记录必须注明药品的通用名称、生产厂商（中药材标明产地）、剂型、规格、批号、生产日期、有效期、批准文号、供货单位、数量、价格、购进日期。药品、器械、耗材等所有经营品种购进、销售均应纳入“进、销、存”电算化管理（包括厂家赠品），且经营电脑与上传医保系统电脑必须为同一台，并将购、销明细如实录入“进、销、存”电算化管理信息系统，同时按月盘存、装订。查评估前3个月内数据。未纳入电算化管理扣5分；经营电脑与上传医保系统电脑非同一台扣3分；进销存不对应的一个品种扣1分（抽查5个）；未按月装订的，缺一个月扣2分，装订不齐全扣1分；盘存表缺一个月扣2分，盘存明细缺失扣1分；购进记录缺少一个字段的，扣0.2分。扣完为止。 |  |  |
| 11 | 分区摆放（5分） | 营业面积应符合规定设置要求，能为参保人提供舒适的服务环境。设立医保药品专区或专柜，与非医保药品和其他用品分开摆放，有明确标识。医保药品专区或专柜设置符合规范，药品和医疗器械陈列面积不少于总经营面积70%，其他用品经营范围实行正面清单制。营业面积、专区、专柜设置一项不符扣1分；其他用品未严格执行正面清单制，扣2分。扣完为止。 |  |  |
| 12 | 设立医保用药标识（2分） | 未设立医保用药标识的，不得分。医保用药标识不准确的，每1例扣1分。 |  |  |
| 13 | 配备医保要求的硬件装置（7分） | 配备医保要求的设施设备，并与其它网络间有安全隔离措施，与互联网物理隔离，每少配备一项设备，扣1分，未隔离扣2分；按照要求安装人脸识别设备和视频监控设备，每少安装一项设备，扣3分，若一个位置不符合安装要求扣1分；一种设备不清晰，扣2分；扣完为止。 |  |  |
| 14 | 药品品种（5分） | 《浙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》内药品种类超过600的得5分，超过500的得4分，超过400的得3分，超过300的得2分，超过200的得1分，低于200的不得分。 |  |  |
| 15 | 场所布局（10分） | 社区内已有定点零售药店少于 3 家（同社区预登记的按照时间先后视同计入）得 10 分，否则不得分。 |  |  |
|  | 16 | 行政处罚记录（10分） | 与医疗行为相关的行政处罚记录，三年内每有一次警告、通报批评类行政处罚扣1分；其他类型的与医疗行为相关的行政处罚记录，三年内有一次扣2分，两次扣5分，三次及以上扣10分。扣完为止。（以受理时间为准） |  |  |
| **合计** | | | |  |  |

**表3**

**衢州市综合类定点医疗机构绩效考核标准**

| 序号 | 评价  项目 | 评价内容 | 分值 | 评分标准 | 数据来源 | 考核说明 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 日常违规扣分 | 日常稽核违规查处情况 | 12 | 二级以下机构，以当年度诚信记分分值计入考核；二级及以上机构当年度违规行为（整改通知书为准）参照诚信记分规则扣分计入； | 稽核科 | 上半年和全年分别评出累计分值 |
| 2 | 日常  管理 | 费用上传率 | 10 | 须达到100%，每降低1个百分点，扣1分，扣完为止； | 两定科 | 上半年和全年分别评分 |
| 4 | 药品招采率 | 3 | 按照省招采中心要求，达到相应的招采率。每降低1个百分点，扣1分；民营机构有平台采购成功记录的，得3分；否则不得分。（根据省局文件对应调整） | 招采中心 | 上半年和全年分别评分 |
| 5 | DRGS  管理 | 病案匹配率 | 2 | 病案数据与结算数据匹配率不低于98%；每低于1个百分点扣1分，扣完为止； | 两定科 | 上半年和全年分别评分 |
| 6 | 入组率 | 2 | 医疗机构入组率不低于99%。每低于1个百分点扣1分，扣完为止； | 上半年和全年分别评分 |
| 7 | 病例组合指数值（CMI值） | 2 | 医院病例总权重 /总病例数。相较前一年同比下降的，每下降5个百分点扣1分，扣完为止； | 上半年和全年分别评分 |
| 8 | 费用消耗  指数 | 2 | 相较前一年同比上升的，每上升1个百分点扣0.5分，扣完为止； | 上半年和全年分别评分 |
| 9 | 进销存 | 药械进销存管理 | 5 | 进销存须符合相关规定，一个品种不符扣1分，同时进销存差额数量占存量差额每增加1个百分点，加扣0.2分，扣完为止； | 稽核科 | 上半年和全年分别评分 |
| 10 | 费用  控制 | 住院自费  费用占比 | 5 | 住院自费费用占比不超过20%，每超1个百分点扣1分，扣完为止； | 两定科 | 上半年和全年分别评分 |
| 11 | 次均住院日 | 4 | 以不同级别（三级、二级、一级及以下三类）的医疗机构平均数为标准（不含精神类按床日付费数据），每超过标准1天扣1分，扣完为止； | 两定科 | 上半年和全年分别评分 |
| 12 | 人均门急  诊费用 | 4 | 以不同级别（三级、二级、一级及以下三类）的医疗机构平均数为标准，每超过标准5个百分点扣1分，扣完为止； | 两定科 | 上半年和全年分别评分 |
|  | 行政  处罚 | 行政处罚次数 | 4 | 行政部门作出的与医疗行为相关的行政处罚次数，每一起行政处罚扣1分，扣完为止； | 部门函询  信息公开 | 上半年和全年分别评出累计分值 |
| 13 | 信息  管理 | 系统使用  安全 | 3 | 日常查实发生篡改系统数据的，扣3分； | 信息科 | 上半年和全年分别评出累计分值 |
|
|
| 14 | 工作完成情况 | 医保电子凭证结算率 | 10 | 医保电子凭证结算率达到考核要求得10分，每差1个百分点扣1分，扣完为止； | 相关处科室 | 上半年和全年分别评分；如果涉多个项目时，则累计计算扣分，扣完为止； |
| 非标率 | 5 | 非标率达到考核要求得5分，未达到考核要求不得分； |
| 其他重点工作 | 15 | 根据国家、省市考核要求按时保质保量完成得10分，未达到考核要求按相关规定扣分； |
| 日常工作 | 10 | 日常工作如对账、实时刷卡、医保政策掌握等情况，每出现一次对账不及时或错误、应刷未刷、政策掌握不及时导致投诉信访等情况的扣1分，扣完为止； |
| 15 | 满意度 | 参保人员  满意度 | 2 | 按照信访、投诉、举报次数扣分，查实的每项扣1分，扣完为止，如情节严重直接扣完； | 改发处 | 通过电话回访、信访投诉件等 |

**表4**

**衢州市门诊类定点医疗机构绩效考核标准**

| 序号 | 评价项目 | 评价内容 | 分值 | 评分标准 | 数据来源 | 季度考核说明 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 日常违规扣分 | 日常稽核违规查处案件情况 | 12 | 以当年度诚信记分分值计入考核； | 稽核科 | 上半年和全年分别评出累计分值 |
| 2 | 进销存 | 药械进销存管理 | 5 | 进销存须符合相关规定，一个品种不符扣1分，同时进销存差额数量占存量差额每增加1个百分点，加扣0.2分，扣完为止； | 稽核科 | 上半年和全年分别评分 |
| 3 | 监控 | 人脸识别成功率 | 8 | 识别成功率不低于80%，每降低1个百分点扣0.2分，扣完为止； | 稽核科 | 上半年和全年分别评分 |
| 4 | 工作完成情况 | 医保电子凭证结算率 | 10 | 医保电子凭证结算率达到考核要求得10分，每差1个百分点扣1分，扣完为止； | 相关处科室 | 上半年和全年分别评分；如果涉多个项目时，则累计计算扣分，扣完为止； |
| 非标率 | 5 | 非标率达到考核要求得5分，未达到考核要求不得分； |
| 其它重点工作 | 10 | 根据国家、省市考核要求按时保质保量完成得10分，未达到考核要求按相关规定扣分； |
| 日常工作 | 10 | 日常工作如对账、实时刷卡、医保政策掌握等情况，每出现一次对账不及时或错误、应刷未刷、政策掌握不及时导致投诉信访等情况的扣1分，扣完为止； |
| 5 | 行政处罚 | 行政处罚次数 | 5 | 行政部门作出的与医疗行为相关的行政处罚次数，每一起行政处罚扣1分，扣完为止； | 部门函询  信息公开 | 上半年和全年分别评出累计分值 |
| 6 | 满意度 | 参保人员满意度 | 2 | 按照信访、投诉、举报次数扣分，查实的每项扣1分，扣完为止，如情节严重直接扣完； | 改发处 | 通过电话回访、信访投诉件等 |
| 7 | 药品招采 | 药品招采率 | 2 | 定点医疗机构按规定通过省药械采购平台采购药品、医用耗材，并按规定及时结算货款，按时结清货款时间不超过交货验收合格后次月底(连锁或者规范化管理的可取上级机构数据）。民营机构有平台采购成功记录得2分，未采购不得分； | 招采中心 | 上半年和全年分别评分 |
| 8 | 医保服务覆盖面 | 结算人数 | 7 | 每季度结算人数排名为后50%根据排名进行扣分，每下降10%（不足10%的按照10%计）扣1分，扣完为止； | 系统取数 | 上半年和全年分别评分 |
| 9 | 人头人次比 | 5 | 每季度结算人头人次比排名后50%，根据排名进行扣分，每下降10%（不足10%的按照10%计）扣1分，扣完为止； | 系统取数 | 上半年和全年分别评分 |
| 10 | 次均费用 | 5 | 每超全市平均水平3个百分点（不足三个按照3个计），扣1分，扣完为止； | 系统取数 | 上半年和全年分别评分 |
| 11 | 人均费用 | 5 | 人均费用高于平均人均费用，每超出1百分点（不足1个百分点按照1个百分点计）扣1分，扣完为止； | 系统取数 | 上半年和全年分别评分 |
| 12 | 医保服务能力 | 纳入医保统筹费用与总费用比 | 5 | 统筹费用占总费用比从大到小排名，排名后50%的进行扣分，每下降10%（不足10%的按照10%计）扣1分，扣完为止； | 系统取数 | 上半年和全年分别评分 |
| 13 | 诊疗科目 | 2 | 与上期相比，增加科目得2分，无变化得1分，减少科目不得分； | 变更登记 | 上半年和全年分别评分 |
| 14 | 医保医师人数 | 2 | 与上期相比，增加医保医师得2分，无变化得1分，减少医保医师不得分； | 变更登记  系统录入 | 上半年和全年分别评分 |

**表5**

**衢州市定点零售药店绩效考核标准**

| 序号 | 评价项目 | 评价内容 | 分值 | 评分标准 | 数据来源 | 季度考核说明 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 日常违规扣分 | 日常稽核违规查处案件情况 | 12 | 以当年度诚信记分分值计入考核； | 稽核科 | 上半年和全年分别评出累计分值 |
| 2 | 进销存 | 药械进销存管理 | 6 | 进销存须符合相关规定，一个品种不符扣1分，同时进销存差额数量占存量差额每增加1个百分点，加扣0.2分，扣完为止； | 稽核科 | 上半年和全年分别评分 |
| 3 | 监控 | 人脸识别成功率 | 10 | 识别成功率不低于80%，每降低1个百分点扣0.2分，扣完为止； | 稽核科 | 上半年和全年分别评分 |
| 4 | 工作完成情况 | 医保电子凭证结算率 | 10 | 医保电子凭证结算率达到考核要求得10分，每差1个百分点扣1分，扣完为止； | 相关处科室 | 上半年和全年分别评分；如果涉多个项目时，则累计计算扣分，扣完为止； |
| 非标率 | 5 | 非标率达到考核要求得5分，未达到考核要求不得分； |
| 其它重点工作 | 10 | 根据国家、省市考核要求按时保质保量完成得10分，未达到考核要求按相关规定扣分； |
| 日常工作 | 10 | 日常工作如对账、实时刷卡、医保政策掌握等情况，每出现一次对账不及时或错误、应刷未刷、政策掌握不及时导致投诉信访等情况的扣1分，扣完为止； |
| 5 | 行政处罚 | 行政处罚次数 | 5 | 行政部门作出的与医疗行为相关的行政处罚次数，每一起行政处罚扣1分，扣完为止； | 部门函询  信息公开 | 上半年和全年分别评出累计分值 |
| 6 | 满意度 | 参保人员满意度 | 3 | 按照信访、投诉、举报次数扣分，查实的每项扣1分，扣完为止，如情节严重直接扣完； | 改发处 | 通过电话回访、投诉信访等 |
| 7 | 药品招采 | 药品招采率 | 2 | 定点零售药店按规定通过省药械采购平台采购药品、医用耗材，并按规定及时结算货款，按时结清货款时间不超过交货验收合格后次月底(连锁或者规范化管理的可取上级机构数据）。民营机构有平台采购成功记录得2分，未采购不得分； | 招采中心 | 上半年和全年分别评分 |
| 8 | 医保服务覆盖面 | 结算人数 | 10 | 每季度结算人数排名为后50%根据排名进行扣分，每下降10%（不足10%的按照10%计）扣1分，扣完为止； | 系统取数 | 上半年和全年分别评分 |
| 9 | 人头人次比 | 5 | 每季度结算人头人次比排名后50%，根据排名进行扣分，每下降10%（不足10%的按照10%计）扣1分，扣完为止； | 系统取数 | 上半年和全年分别评分 |
| 10 | 次均费用 | 5 | 次均费用每高于平均次均费用，每超出1百分点（不足1个百分点按照1个百分点计）扣1分，扣完为止； | 系统取数 | 上半年和全年分别评分 |
| 11 | 人均费用 | 5 | 人均费用高于平均人均费用，每超出1百分点（不足1个百分点按照1个百分点计）扣1分，扣完为止； | 系统取数 | 上半年和全年分别评分 |
| 12 | 医保服务能力 | 执业药师人数 | 2 | 与上期相比，增加执业药师得2分，无变化得1分，减少执业药师不得分； | 变更登记  系统录入 | 上半年和全年分别评分 |

|  |
| --- |
| 衢州市医疗保障局办公室 2023年1月18日印发 |