

河北省医疗保障局文件

冀医保规〔2020〕5号

河北省医疗保障局 关于印发《河北省医疗保障定点医疗机构考核管理办法（试行）》《河北省医疗保障定点零售药店考核管理办法（试行）》《河北省医疗保障医师考核管理办法（试行）》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：

《河北省医疗保障定点医疗机构考核管理办法（试行）》
《河北省医疗保障定点零售药店考核管理办法（试行）》《河

《河北省医疗保障医师考核管理办法（试行）》已经省医疗保障局局务会研究通过。现印发给你们，请遵照执行。



（此件主动公开）

河北省医疗保障 定点医疗机构考核管理办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为加强河北省医疗保障定点医疗机构服务与管理，提高医疗保障监管水平，规范医疗保障服务行为，切实维护参保人的合法权益，提高医保基金使用效率，根据《河北省医疗保障基金监管办法》及协议管理有关规定，结合我省工作实际，制定本办法。

第二条 本办法所称河北省医疗保障定点医疗机构（以下简称“定点医疗机构”）是指与医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）签订医保服务协议，为参保人员提供医疗保障服务的医疗机构。定点医疗机构包括住院定点医疗机构和门诊定点医疗机构。

第三条 各地医疗保障行政部门负责统筹区内定点医疗机构考核的指导和监督。经办机构负责统筹区内定点医疗机构考核的组织和实施。

第二章 考核管理

第四条 定点医疗机构考核按自然年度进行。年度考核原

则上应在次年3月底前结束。

第五条 定点医疗机构考核的主要内容为执行医疗保障政策、履行医保服务协议、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 定点医疗机构考核满分为100分,按考核标准进行扣分,扣完为止。主要包括线上考核、线下考核和管理考核。定点医疗机构考核得分=100-(线上扣分*70%+线下扣分*30%)-管理考核扣分。

经办机构按照《河北省定点医疗机构线上考核标准》(附件1)《河北省定点医疗机构线下考核标准》(附件2)《河北省定点医疗机构管理考核标准》(附件3)据实扣分,并根据扣分情况,分别填写《河北省定点医疗机构线上考核登记表》(附件4)《河北省定点医疗机构线下考核登记表》(附件5)《河北省定点医疗机构考核评分登记表》(附件6)。

第七条 年度考核结果与定点医疗机构履约保证金扣拨、医保服务协议续签、监管等级分类、定点退出相挂钩。

(一) 与拨付履约保证金挂钩

年度清算时,根据年度考核结果,确定保证金拨付金额。按照考核标准,考核得分 ≥ 90 分的,返还全部保证金;80分 \leq 考核得分 < 90 分的,扣除保证金的20%;70分 \leq 考核得分 < 80 分的,扣除保证金的40%;60分 \leq 考核得分 < 70 分的,

扣除保证金的 60%；考核得分 < 60 分的，扣除全部保证金。

被挂牌督办的定点医疗机构，年度考核时另行扣除保证金的 10%。

（二）与定点医疗机构协议续签挂钩

年度考核结果与定点医疗机构协议续签挂钩，60 分 ≤ 考核得分 < 70 分的，通报批评，限期整改，纳入重点监管对象，整改不到位的，不再续签医保服务协议；考核得分 < 60 分的，暂停医保服务 3 个月，限期整改，整改不到位的，不再续签医保服务协议。

（三）与定点医疗机构医保监管等级挂钩

对定点医疗机构实行分级管理，根据年度考核结果，确定定点医疗机构的监管等级。监管等级分为 A 级、B 级、C 级、D 级。评级标准如下：

1. 考核得分 ≥ 80 分的为 A 级；
2. 70 分 ≤ 考核得分 < 80 分的为 B 级；
3. 60 分 ≤ 考核得分 < 70 分的为 C 级；
4. 考核得分 < 60 分的为 D 级。

监管等级为 A 级的，下一年度按照 0.5 倍日常监管频度进行稽核；监管等级为 B 级的，按照日常监管频度进行稽核；监管等级为 C 级的，列为重点监管对象，按照 1.5 倍日常监管频度进行稽核；监管等级为 D 级的，列入飞检对象，实行多频次、

多方式监管。

新纳入的定点医疗机构，统一按照 C 级进行监管。医保服务协议签订满 1 年后年度考核得分 ≥ 70 分的为 B 级；考核得分 < 60 分的为 D 级。评为 B 级后须连续 2 年考核得分 ≥ 80 分可评为 A 级。

（四）与定点医疗机构退出机制挂钩

实行定点医疗机构动态退出机制。定点医疗机构连续两年考核为 C 级的，暂停医保服务 3 个月，按要求进行整改，整改不到位的，终止或解除医保服务协议；连续两年考核为 D 级的，终止或解除医保服务协议。

第八条 考核年度内因新增等原因履行医保服务协议时间不满 3 个月的定点医疗机构，不纳入当年考核，保证金全部予以拨付；已满 3 个月未满一年的，正常进行考核。

第九条 定点医疗机构因违法违规违约被解除协议的，不纳入当年考核，在协议解除 10 个工作日内扣除全部保证金；保证金不足的，应在协议解除前将不足部分资金予以追回。

第三章 附 则

第十条 定点医疗机构对考核结果有异议的，可在考核结果公布之日起 5 个工作日内以书面形式申请复核。在规定时限内未提出申请的，视为无异议。

第十一条 本办法由河北省医疗保障局负责解释。

第十二条 本办法自 2020 年 8 月 10 日起实施，有效期 2 年。

- 附件：
1. 河北省定点医疗机构线上考核标准
 2. 河北省定点医疗机构线下考核标准
 3. 河北省定点医疗机构管理考核标准
 4. 河北省定点医疗机构线上考核登记表
 5. 河北省定点医疗机构线下考核登记表
 6. 河北省定点医疗机构考核评分登记表

附件 1

河北省定点医疗机构线上考核标准

(一) 住院医疗机构

项目和分值	考核指标	考核方法	评分方法
4 分	门诊医疗费用总额增长率 (备注 1)	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%	最小值低优
	门诊人均费用增长率 (备注 1)	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%	最小值低优
	门诊次均费用增长率 (备注 1)	门诊次均费用 = 门诊医疗费用 / 门诊就诊人次。 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%	最小值低优
5 分	门诊检查检验费占比	占比 = 门诊检查检验费用 / 门诊总医疗费用 * 100%	实际值中优
3 分	门诊材料费占比	占比 = 门诊材料费用 / 门诊总医疗费用 * 100%	实际值中优

门诊
费用
管理
(20 分)

项目和分值	考核指标	考核方法	评分方法
10分	住院医疗费用总额增长率 (备注1)	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%	最小值低优
	住院人均费用增长率 (备注1)	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%	最小值低优
	住院次均费用增长率 (备注1)	住院次均费用 = 住院医疗费用 / 出院人次。 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%	最小值低优
10分	住院检查检验费占比	占比 = 住院检查检验费用 / 住院医疗费用 * 100%	实际值中优
	住院材料费占比	占比 = 住院材料费用 / 住院医疗费用 * 100%	实际值中优
5分	门诊患者医保费用比例	比例 = 门诊医保费用 / 门诊医疗费用 * 100%	最大值高优
	住院患者医保费用比例	比例 = 住院医保费用 / 住院医疗费用 * 100%	最大值高优

住院费用管理
(45分)

患者负担
(10分)

项目和分值	考核指标	考核方法	评分方法
药品 采购 (5分)	最高价采购占比	占比=只以最高价采购药品种数/指定范围同通用名同规格药品种数*100%	最小值低优
	价格过高品种占比	占比=采购价格为平台最低价2倍以上且价格20元以上采购药品种数/指定范围同通用名同规格药品种数*100%	最小值低优
综合 管理 (10分)	智能监控确认率	确认率=最终确认疑点总数/推送疑点总数*100%	最大值高优
	辅助治疗项目超3种就诊人次占比	占比=辅助治疗项目大于3种的就诊人次/辅助治疗总人次*100%	最小值低优
信息化 管理 (10分)	病案首页上传比例	比例=病案上传数量/出院人次*100%	最大值高优
	住院ICD10符合率	符合率=符合ICD10标准的诊断数/所有诊断数*100%	最大值高优

(二) 门诊医疗机构

项目和分值	考核指标	计算公式	评分方法
15分	门诊医疗费用总额增长率 (备注1)	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) / 上次门诊医疗费用总额 *100%	最小值低优
15分	门诊人均费用增长率 (备注1)	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%	最小值低优
20分	门诊次均费用增长率 (备注1)	门诊次均费用=门诊医疗费用/门诊就诊人次。 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%	最小值低优
10分	门诊检查检验费占比	占比=门诊检查检验费用/门诊总医疗费用 *100%	实际值中优
10分	门诊材料费占比	占比=门诊材料费用/门诊总医疗费用 *100%	实际值中优
10分	门诊患者医保费用比例	比例=门诊医保费用/门诊医疗费用 *100%	最大值高优
患者 负担 (10分)			

项目和分值	考核指标	计算公式	评分方法
综合管理 (10分)	智能监控确认率	确认率=最终确认疑点总数/推送疑点总数*100%	最大值高优
	辅助治疗项目超3种占比	占比=辅助治疗项目大于3种的就诊人次/辅助治疗总人次*100%	最小值低优
信息化管理 (10分)	处方上传比例	比例=处方上传数量/处方总数量*100%	最大值高优
	门诊ICD10符合率	符合率=符合ICD10标准的诊断数/所有诊断数*100%	最大值高优

备注：1. 增长率为同比增长率；截止上一年度末，纳入定点未满足2年的医疗机构不考核增长率指标。

2. 最大值高优：指标实际值越高越好，实际值最高的20%医疗机构为满分，其他医疗机构得分 = (该医疗机构指标值/按实际值从大到

小排列，M分位数对应的指标实际值) * 该项目满分值，M分位数是指20%位置医疗机构指标值。

3. 实际值中优：样本集的平均值为X，以此作为标杆，对应分为该项满分。按实际值从小到大排列，左右两边的实际值离X越接近得分越高，离平均值越远得分越低，医疗机构得分 = $(1 - | \text{该医疗机构指标值} - X |) * \text{该项目满分值}$ 。

4. 最小值低优：指标实际值越低越好，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分位数是指20%位置医疗机构指标值。

附件 2

河北省定点医疗机构线下考核标准

项目和分值	考核内容及要求	扣分标准
4 分	医疗保障规章制度、管理机制健全；按规定配备专（兼）职医保管理人员，由医疗机构 1 名领导人员负责医保工作，（具有慢性病及特殊病申报资格的还需配备专人负责）。岗位职责明确。	医保管理制度不健全、岗位职责不明确的，每项扣 1 分。
4 分	定点机构名称、法定代表人、地址等项目发生变更，按规定及时办理变更备案手续。	相关项目发生变更，未按规定及时办理变更备案手续的，每项扣 1 分。
4 分	设置医疗保障政策宣传栏，公布医保就医流程及咨询投诉电话；按规定维护、使用国家统一的医保编码。	考核内容中有一项未达要求的，每项扣 1 分。
4 分	建立健全医保网络信息管理机制，严格执行信息网络管理有关规定，真实、准确、及时上传参保人员医疗费用明细等信息，做好数据备份。	因网络程序不健全，维护不到位，影响正常运行、结算的；未按规定及时上传费用明细等信息的，每项扣 1 分。
4 分	对参保人的投诉举报，及时核实、处理，并配合医保管理部门核查。	被参保人投诉查实存在服务质量、服务态度等问题的，每例扣 1 分；投诉举报查实存在医保违规问题的，每例扣 2 分。

基础
管理
(20 分)

项目和分值	考核内容及要求	扣分标准
就医管理 (30分)	就诊时对参保人进行身份识别，查验参保人身份证、医保凭证等。 建立健全就诊、检查、治疗等登记制度；具有门诊慢性（或特殊）病资料受理和资格认定的医疗机构，需制定行之有效的门诊慢性（或特殊）病管理制度和工作程序。	未认真核对参保人就医相关证件，经查冒名就医的，扣5分。 未按规定建立就诊、检查、治疗等登记制度或登记不全的，未建立门诊慢性（或特殊）病管理制度和工作程序的，每项扣2分。
	遵循因病施治的原则，合理用药、检查、治疗；严格执行开药量、检查、检验相关规定；严格按照执业许可证批准的诊疗科目执业。 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，严格执行自费项目知情同意签字制度。 严格按照规定书写医疗文书；提供的票据、费用清单、处方、医嘱做到与病历记载相符；在执行门诊慢性（或特殊）病资格评审过程中，严格执行认定程序、标准，严禁发生徇私舞弊、伪造病历等行为。	未严格执行处方管理规定执行开药量、检查、检验规定，用药、检查、治疗与医嘱不符的；提供过度医疗的；搭车开药、检查、治疗的；超出执业许可证批准的诊疗科目执业的；每项扣2分。 未严格执行自费项目知情同意签字制度的，每例扣2分。 未按规定及时、规范书写医疗文书的；病历、处方等无本机构医保医师签名的；随意涂改病历、处方的；提供的票据、费用清单、处方、医嘱与病历记载不一致的，每例扣2分。 未严格执行门诊慢性（或特殊）病资格评审认定程序、标准的或徇私舞弊、伪造病历的；伪造医疗文书、虚构票据的；每例扣5分。
住院管理 10分	严格掌握住院指征；严格执行临床诊疗技术常规。 接诊意外伤害的参保人员时，须如实时及时完整记录致伤原因和意外伤害的情形。	未严格掌握住院指征，将符合出院条件的参保人滞留在院的；分解住院的；降低住院标准的；每项扣2分。 未如实准确记录致伤原因或意外伤害情形的，每例扣2分。

项目和分值	考核内容及要求	扣分标准
服务质量 10分	为符合条件的参保人提供诊疗服务；不得拒收、推诿病人；住院期间不得要求患者到门诊缴费或药店购药；不得要求住院参保人员外购医保目录内药品。	拒绝为符合条件的参保人提供诊疗服务的；拒收、推诿病人的；要求未达到出院标准的参保人出院的；住院期间要求住院患者到门诊缴费或药店购药的；每项扣2分。
4分	严格执行国家、省药品、耗材价格政策和诊疗项目收费规定；严格执行4+7招标采购；备案采购的药品金额占比在规定的范围内；按规定使用集中采购药品，完成约定采购量；与药品生产企业或配送企业直接结算，从收货验收合格到付款不得超过30天；不得超标准收费、分解收费、重复收费。	未严格执行国家、省药品、耗材价格政策和诊疗项目收费规定的；不执行4+7招标采购的；每年度备案采购的药品金额占比不符合规定范围；未完成约定采购量的；未与药品生产企业或配送企业直接结算的；从收货验收合格到付款超过30天的；超标准收费、分解收费及重复收费的；每项扣1分。
6分	药品目录库、诊疗目录库对照规范；严格执行医保目录结算规定。	药品目录库、诊疗目录库对照混乱的；将非基本医保支付范围的费用列入基本医保基金支付或不按规定结算费用的；每项扣2分。
6分	对查实的违规费用，医疗机构应在规定时间内缴清应退回医疗保障基金。	不能在在规定时间内缴清应退回医疗保障基金的，每次扣3分。
4分	不得采取不正当手段诱导参保人员医疗消费；不得串通参保人兑换现金骗取医疗保障基金。	以减免自负费用等不正当手段诱导参保人员住院的；采用返还现金、礼券、赠品从事商业广告等促销手段诱导医疗消费；串通参保人兑换现金骗取医疗保障基金的；每项扣1分。
5分	按规定向参保人提供有效、真实、完整的病历、处方、费用结算单、票据等相关材料。	未按规定向参保人提供费用结算单、票据等相关材料的，每项扣1分；医疗费用票据内容不真实、不完整的；每项扣2分。

费用
结算
管理
(25分)

项目和分值	考核内容及要求	扣分标准
医护人员管理 (10分)	严格执行医护人员有关管理规定，做好人员培训、教育等日常管理。主要人员签订1年以上劳动合同且劳动合同在有效期内，按时足额缴纳职工医疗保险、养老保险等社会保险费。	未按要求做好从业人员培训及日常管理工作的；从业人员违反医保规定的；未按规定与主要人员签订1年以上劳动合同或劳动合同不在有效期内，未按时足额缴纳职工医疗保险、养老保险等社会保险费的；每项扣1分。
5分	按规定做好本机构医师、护士等从业人员信息管理工作；医师、护士执业地点变更应及时做好变更手续；医护人员配备持续符合规定并按资格证件执业。	未按规定做好本机构医师、护士等从业人员信息管理工作；未及时办理变更手续的；医护人员配备不符合规定标准的；医护人员超范围执业的；每项扣1分。本单位医保医师被暂停医保处方权的，每人扣1分。
5分	建立系统的药品进销存管理制度和会计核算制度；药品采购供应制度；药品安全管理制。	未建立系统的药品进销存管理制度和会计核算制度的，未建立药品采购供应制度，未建立药品安全管理制，每项扣2分。
5分	使用会计电算化、建立系统完整的会计账簿，确保会计资料真实、完整、有效；按规定保管会计档案。	伪造、变造会计核算相关资料的，扣5分；隐匿或故意销毁依法应当保存的会计核算相关资料的，扣5分。
5分	按相关规定采购和管理药品、医疗耗材，建立按月盘点和对账制度，做到账账、账表、账单和账实相符。	药品、医用材料不按期进行盘点对账的，盘点账实不符的，或进、销、存不相符的，扣3分；药品、医用材料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5分。
合计		

备注：线下考核项扣分各对应栏目分值扣完为止。

附件 3

河北省定点医疗机构管理考核标准

项目和分值	考核内容及要求	扣分标准
日常疑点反馈管理	定点医疗机构应按照规定时间、规定要求进行疑点反馈；应积极处理疑点问题。	不按规定进行疑点反馈的，每次扣 2 分，不积极处理疑点问题的，每次扣 5 分。
异常指标制度管理	严格执行费用指标异常增长预警提醒制度，按要求提交分析报告、接受约谈等。	因费用指标存在问题不按规定期限提交分析报告的，每次扣 2 分；未按规定期限接受约谈的，每次扣 5 分。
医保政策及协议管理	遵守医疗保障有关政策规定及服务协议约定。	违反医疗保障有关政策规定或服务协议约定，但线上及线下考核中没有具体评分标准的，每项扣 5 分；情节较重的每项扣 10 分，情节严重的每项扣 20 分。

备注：上述考核根据违规次数、项目扣分，不设置上限，扣分从年度考核总分中直接进行扣除，不折算。

附件 4

河北省定点医疗机构线上考核登记表

医疗机构医保编码: _____ 医疗机构名称: _____

(一) 住院医疗机构

项目和分值		考核指标	扣分分值
门诊 费用 管理 (20分)	4分	门诊医疗费用总额增长率	
	4分	门诊人均费用增长率	
	4分	门诊次均费用增长率	
	5分	门诊检查检验费占比	
	3分	门诊材料费占比	
住院 费用 管理 (45分)	10分	住院医疗费用总额增长率	
	10分	住院人均费用增长率	
	10分	住院次均费用增长率	
	10分	住院检查检验费占比	
	5分	住院材料费占比	
患者 负担 (10分)	5分	门诊患者医保费用比例	
	5分	住院患者医保费用比例	
药品 采购 (5分)	3分	最高价采购占比	
	2分	价格过高品种占比	
综合 管理 (10分)	5分	智能监控确认率	
	5分	辅助治疗项目超三种就诊人次占比	
信息化 管理 (10分)	5分	病案首页上传比例	
	5分	住院 ICD10 符合率	
合计	100分		

(二) 门诊医疗机构

项目和分值		考核指标	扣分分值
门诊 费用 管理 (70分)	15分	门诊医疗费用总额增长率	
	15分	门诊人均费用增长率	
	20分	门诊次均费用增长率	
	10分	门诊检查检验费占比	
	10分	门诊材料费占比	
患者 负担 (10分)	10分	门诊患者医保费用比例	
综合 管理 (10分)	5分	智能监控确认率	
	5分	辅助治疗项目超三种占比	
信息化 管理 (10分)	5分	处方上传比例	
	5分	门诊 ICD10 符合率	
合计	100分		

附件 5

河北省定点医疗机构线下考核登记表

医疗机构医保编码: _____ 医疗机构名称: _____

项目和分值		扣分标准	扣分项目	扣分 分值
基础 管理 (20分)	4分	医保管理制度不健全、岗位职责不明确的,扣1分。		
	4分	相关项目发生变更,未按规定及时办理变更备案手续的,扣1分。		
	4分	考核内容中有一项未达要求的,扣1分。		
	4分	因网络程序不健全,维护不到位,影响正常运行、结算的;未按规定及时上传费用明细等信息的,每项扣1分。		
	4分	被参保人投诉查实存在服务质量、服务态度等问题的,每例扣1分;投诉举报查实存在医保违规问题的,每例扣2分。		
就医 管理 (30分)	10分	未认真核对参保人就医相关证件,经查实冒名就医的,扣5分。		
		未按规定建立就诊、检查、治疗等登记制度或登记不全的,未建立门诊慢性(或特殊)病管理制度和工作程序的,每项扣2分。		
		未严格执行处方管理规定执行开药量、检查、检验规定,用药、检查、治疗与医嘱不符的;提供过度医疗的;搭车开药、检查、治疗的;超出执业许可证批准的诊疗科目执业的;每项扣2分。		
		未严格执行自费项目知情同意签字制度的,扣2分。		
		未按规定及时、规范书写医疗文书的,病历、处方等无本机构医保医师签名的,随意涂改病历、处方的,提供的票据、费用清单、处方、医嘱与病历记载不一致的,扣2分;未严格执行门诊慢性(或特殊)病资格评审认定程序、标准的或徇私舞弊、伪造病历的,伪造医疗文书、虚构票据的,每例扣5分。		

项目和分值		扣分标准	扣分项目	扣分 分值
就医 管理 (30分)	10分	未严格掌握住院指征,将符合出院条件的参保人滞留在院;分解住院的;降低住院标准的;每项扣2分。		
	10分	接诊意外伤害的参保人员时,未如实准确记录致伤原因或意外受伤情形的,扣2分。		
		拒绝为符合条件的参保人提供诊疗服务的,拒收、推诿病人的,要求未达到出院标准的参保人出院的,住院期间要求住院患者到门诊缴费或药店购药的,每项扣2分。		
费用 结算 管理 (25分)	4分	未严格执行国家、省药品、耗材价格政策和诊疗项目收费规定的;不执行4+7招采价格的;每年度备案采购的药品金额占比不符合规定范围;未完成约定采购量的;未与药品生产企业或配送企业直接结算的;从收货验收合格到付款超过30天的;超标准收费、分解收费及重复收费的;每项扣1分。		
	6分	药品目录库、诊疗目录库对照混乱的,将非基本医保支付范围的费用列入基本医保基金支付或不按规定结算费用的,每项扣2分。		
	6分	不能在规定时间内缴清应退回医疗保障基金的,每次扣3分。		
	4分	以减免自负费用等不正当手段诱导参保人员住院的,采用返还现金、礼券、赠品从事商业广告等促销手段诱导医疗消费的,串通参保人兑换现金骗取医疗保障基金的,每项扣1分。		
	5分	未按规定向参保人提供费用结算单、票据等相关材料的,每例扣1分;医疗费票据内容不真实、不完整的,每例扣2分。		

项目和分值		扣分标准	扣分项目	扣分 分值
医护人员 管理 (10分)	5分	未按要求做好从业人员培训及日常管理工作的；从业人员违反医保规定的；未按规定与主要人员签订1年以上劳动合同或劳动合同不在有效期内，未按时足额缴纳职工医疗保险、养老保险等社会保险费的；每项扣1分。		
	5分	未按规定做好本机构医师、护士等从业人员信息管理工作；未及时办理变更手续的；医护人员配备不符合规定标准的；医护人员超范围执业的；每项扣1分。本单位医保医师被暂停医保处方权的，每人次扣1分。		
财务及 药品 管理 (15分)	5分	未建立系统的药品进销存管理制度和会计核算制度的，未建立药品采购供应制度的，未建立药品安全管理制度的，每项扣2分。		
	5分	伪造、变造会计核算相关资料的，扣5分；隐匿或故意销毁依法应当保存的会计核算相关资料的，扣5分。		
	5分	药品、医用材料不按期进行盘点对账的，盘点账实不符的，或进、销、存不相符的，扣3分；药品、医用材料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5分。		
合计	100分			
考核人员签字				

附件 6

河北省定点医疗机构考核评分登记表

医疗机构医保编码：_____ 医疗机构名称：_____

项目	分值
线上考核扣分（线上扣分*70%）	
线下考核扣分（线下扣分*30%）	
管理考核扣分	
总扣分	
该医疗机构总得分（100-总扣分）	

备注：管理考核根据实际扣分，不设置上限，不折算。

河北省医疗保障 定点零售药店考核管理办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为进一步加强河北省定点零售药店服务与管理，提高医疗保障监管水平，规范医疗保障服务行为，切实维护参保人的合法权益，提高医保基金使用效率，根据《河北省医疗保障基金监管办法》及协议管理有关规定，结合我省工作实际，制定本办法。

第二条 本办法所称河北省医疗保障定点零售药店（以下简称“定点零售药店”），是指与医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）签订医保服务协议，为参保人员提供医疗保障服务的零售药店。

第三条 各地医疗保障行政部门负责统筹区内定点零售药店考核的指导和监督。经办机构负责统筹区内定点零售药店考核的组织和实施。

第二章 考核管理

第四条 定点零售药店考核按自然年度进行。年度考核原则上应在次年3月底前结束。

第五条 定点零售药店考核的主要内容为执行医疗保障

政策、履行医保服务协议、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 定点零售药店考核满分为 100 分,按考核标准进行扣分,扣完为止。定点零售药店考核得分=100-总扣分。经办机构按照《河北省定点零售药店考核标准》(附件 1)据实扣分,并根据扣分情况,填写《河北省定点零售药店考核登记表》(附件 2)。

第七条 年度考核结果与定点零售药店履约保证金扣拨、医保服务协议续签、监管等级分类、退出机制相挂钩。

(一) 与拨付履约保证金挂钩

年度清算时,根据年度考核结果,确定预留保证金拨付金额。按照考核标准,考核得分 ≥ 90 分的,返还全部保证金;80分 \leq 考核得分 < 90 分的,扣除保证金的 20%;70分 \leq 考核得分 < 80 分的,扣除保证金的 40%;60分 \leq 考核得分 < 70 分的,扣除保证金的 60%;考核得分 < 60 分的,扣除全部保证金。

被挂牌督办的定点零售药店,考核年度时另行扣除保证金的 10%。

(二) 与定点零售药店协议续签挂钩

年度考核结果与定点零售药店协议续签挂钩,60分 \leq 考核得分 < 70 分的,通报批评,限期整改,纳入重点稽核对象,整改不到位的,不再续签医保服务协议;考核得分 < 60 分的,暂停医保服务 3 个月,限期整改,整改不到位的,不再续签医

保服务协议。

（三）与定点零售药店监管等级挂钩

对定点零售药店实行分级管理，根据年度考核结果，确定定点零售药店的监管等级。监管等级分为 A 级、B 级、C 级、D 级。评级标准如下：

1. 考核得分 ≥ 80 分的为 A 级；
2. $70 \text{ 分} \leq \text{考核得分} < 80 \text{ 分}$ 的为 B 级；
3. $60 \text{ 分} \leq \text{考核得分} < 70 \text{ 分}$ 的为 C 级；
4. 考核得分 < 60 分的为 D 级。

监管等级为 A 级的，下一年度按照 0.5 倍日常监管频度进行稽核；监管等级为 B 级的，按照日常监管频度进行稽核；监管等级为 C 级的，列为重点监管对象，按照 1.5 倍日常监管频度进行稽核；监管等级为 D 级的，列入飞检对象，实行多频次、多方式监管。

新纳入的定点零售药店，统一按照 C 级进行监管。医保服务协议签订满 1 年后年度考核得分 ≥ 70 分的为 B 级；考核得分 < 60 分的为 D 级。评为 B 级后须连续 2 年考核得分 ≥ 80 分可评为 A 级。

（四）与定点零售药店退出机制挂钩

实行定点零售药店动态退出机制。定点零售药店连续两年考核评为 C 级，暂停医保服务 3 个月，并按要求进行整改，整改不到位的，终止或解除医保服务协议；连续两年考核为 D

级的，终止或解除医保服务协议。

第八条 考核年度内因新增等原因履行医保服务协议时间不满3个月的定点零售药店，不纳入当年考核，保证金全部予以拨付；已满3个月未满一年的，正常进行考核。

第九条 定点零售药店因违法违规违约被解除协议的，不纳入当年考核，在协议解除10个工作日内扣除全部保证金。保证金不足的，应在协议解除前将不足部分资金予以追回。

第三章 附 则

第十条 定点零售药店对考核结果有异议的，可在考核结果公布之日起5个工作日内以书面形式申请复核。在规定时限内未提出申请的，视为无异议。

第十一条 本办法由河北省医疗保障局负责解释。

第十二条 本办法自2020年8月10日起实施，有效期2年。

附件：1. 河北省定点零售药店考核标准

2. 河北省定点零售药店考核登记表

附件 1

河北省定点零售药店考核标准

项目和分值		考核内容及要求	扣分标准
基础 管理 (20分)	1分	医疗保障管理制度、管理机制健全，措施到位，按规定配备专（兼）职医疗保险管理人员，岗位职责明确。	医保管理制度不健全、不按规定配备专（兼）职医疗保险管理人员的，岗位职责不明确的，扣1分。
	5分	定点机构名称、法定代表人、地址等项目发生变更，或因机构转让、重组、合并、分立、解散等原因导致经营主体发生变化等，按规定及时办理变更手续。	定点机构名称、地址等项目发生变更，未按规定及时办理变更手续的，扣2分；因机构转让、重组、合并、分立、解散等原因导致经营主体发生变化，未按规定办理变更手续的，扣5分。
	10分	《药品经营许可证》、《营业执照》等证照合规、有效。	因违规被吊销《药品经营许可证》或《营业执照》的，扣10分；相关证照过期失效的，扣2分。
	2分	建立健全医保网络信息管理机制，严格执行信息网络管理有关规定，及时上传参保人员购药等信息，确保信息真实、准确、完整。	因网络程序不健全，维护不到位，影响正常运行、结算的；未按规定及时上传购药明细等信息的；上传数据不真实、不完整的。每项扣1分。
	2分	对参保人的投诉举报，及时配合核实。	对参保人的投诉举报，不及时配合核实检查或投诉举报违规问题经查实的，扣2分。
经营 管理 (30分)	3分	将定点零售药店管理宣传牌悬挂在明显位置。	未悬挂定点零售药店管理规范宣传牌的，扣3分；悬挂位置不明显的，扣1分。

项目和分值		考核内容及要求	扣分标准
	4分	明确标识医保区和非医保区,设置医保专柜,医保区和非医保区物品分别摆放。	未明确标识医保区和非医保区的,未设置医保专柜的,医保区和非医保区物品未分别摆放的,发现一项扣2分。
	5分	积极配合医疗保障部门监督检查;按时提供相关检查资料。	拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展必要监督检查的,扣5分。
	5分	经营场所独立设置;不得为非定点零售药店或其他机构提供医保代刷卡服务;不得开设店中店。	非独立设置;为非定点零售药店或其他机构提供医保代刷卡服务的,扣5分。
	5分	不得为参保人虚开发票或提供虚假发票。	伪造虚假凭证或串通参保人兑换现金骗取医保基金的,扣5分。
	5分	不得采取不正当手段诱导参保人员消费。	采用返还现金、礼券、赠品从事商业广告等促销手段诱导消费的,发现一项扣1分。
	3分	不得出售假冒、伪劣、过期、失效药品。	出售假冒、伪劣、过期、失效药品的,扣3分。
结算费用管理 (25分)	5分	药品价格合理;不得串换收费。	串换收费的,药品价格明显高于其他定点零售店20%的,发现1次扣2分。

项目和分值		考核内容及要求	扣分标准
	5分	不得为参保人购买营养保健品、化妆品、生活用品等非医疗相关物品提供医保结算服务。	为参保人购买营养保健品、化妆品、生活用品等非医疗物品提供医保结算服务的，发现一次扣2分。
	5分	对查实的违规费用，零售药店应在规定时间内缴清应退回医疗保障基金。	不能在规定时间内缴清应退回医疗保障基金的，扣5分。
	5分	不得串通参保人兑换现金骗取医保基金。	以划卡后退付现金等手段套取医疗保障基金或为个人骗取医保基金提供便利条件的，扣5分。
	5分	按规定向参保人提供有效、真实、完整的收费票据及医保结算单等相关材料。	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；医保结算票据与实际购药不一致的，发现一次扣2分。
从业人员管理 (10分)	5分	做好药店从业人员培训、教育等日常管理工作；从业人员具有相应资质；严禁挂证。	未按要求做好从业人员培训及日常管理工作的，从业人员无证上岗的，挂证的，每项扣1分。
	5分	执业药师执业地点变更应及时做好变更手续。	未及时办理变更手续的，每次扣1分。
财务及药品管理 (10分)	3分	使用会计电算化、建立系统完整的会计账簿，确保会计资料真实、完整、有效；按规定保管会计档案。	财务账目、销售凭证、采购资料不完整的，每项扣3分。

项目和分值		考核内容及要求	扣分标准
	4分	按相关规定建立健全药品进销存台账，建立按月盘点和对账制度，做到账账相符、账实相符。	药品不按期进行盘点对账的，盘点账实不符的，进、销、存不相符的，每项扣1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4分。
	3分	落实处方审核、签字、保管相关规定；处方药销售符合要求。	未落实处方审核、签字、保管相关规定的；处方药销售不符合要求的，每项扣3分。
数据管理 (5分)	5分	进销存系统应与医保系统实时对接；药品费用同比增长率合理。	进销存系统未实时与医保系统对接的，扣2分；药品费用同比增长率异常，且无合理解释的，扣3分。
其他考核		其他扣分事项。（注2注3注4）	按实际违规情况扣分。
合计			

- 备注：1. 一般考核项扣分各对应栏目分值扣完为止。其他考核（备注2、3、4）根据违规次数、事项据实扣分，不设置上限。一般考核扣分与其他考核扣分相加为扣分总分，如扣分总分超出100，按100分计。
2. 不按规定进行疑点反馈的，每次扣2分，不积极处理疑点问题的，每次扣5分。
3. 在考核年度内，因医保管理存在问题不按期限提交分析报告的，每次扣2分；未按期限规定接受约谈的，每次扣5分。
4. 违反医疗保障有关政策规定或服务协议约定，但本表中没有具体评分标准的，每项扣5分；情节较重的扣10分，情节严重的扣20分。

附件 2

河北省定点零售药店考核登记表

零售药店医保编码: _____ 零售药店名称: _____

项目和分值		扣分标准	扣分项目	扣分分值
基础 管理 (20分)	1分	医保管理制度不健全、不按规定配备专(兼)职医疗保险管理人员的,岗位职责不明确的,每项扣1分。		
	5分	定点机构名称、地址等项目发生变更,未按规定及时办理变更手续的,扣2分;因机构转让、重组、合并、分立、解散等原因导致经营主体发生变化,未按规定办理变更手续的,扣5分。		
	10分	因违规被吊销《药品经营许可证》或《营业执照》的,扣10分;相关证照过期失效的,扣2分。		
	2分	因网络程序不健全,维护不到位,影响正常运行、结算的;未按规定及时上传购药明细等信息的;上传数据不真实、不完整的,每项扣1分。		
	2分	对参保人的投诉举报,不及时配合核实检查;或投诉举报违规问题经查实的,扣2分。		
经营 管理 (30分)	3分	未悬挂定点零售药店管理规范宣传牌的,扣3分;悬挂位置不明显的,扣1分。		

项目和分值		扣分标准	扣分项目	扣分分值
	4分	未明确标识医保区和非医保区的，未设置医保专柜的，医保区和非医保区物品未分别摆放的，发现一项扣2分。		
	5分	拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展必要监督检查的，扣5分。		
	5分	非独立设置；为非定点零售药店或其他机构提供医保代刷卡服务的，扣5分。		
	5分	伪造虚假凭证或串通参保人兑换现金骗取医保基金的，扣5分。		
	5分	采用返还现金、礼券、赠品从事商业广告等促销手段诱导消费的，发现一项扣1分。		
	3分	出售假冒、伪劣、过期、失效药品的，扣3分。		
结算 费用 管理 (25分)	5分	串换收费的，药品价格明显高于其他定点零售药店20%的，发现1次扣2分。		

项目和分值		扣分标准	扣分项目	扣分分值
	5分	为参保人购买营养保健品、化妆品、生活用品等非医疗物品提供医保结算服务的，发现一次扣2分。		
	5分	不能在规定时间内缴清应退回医疗保障基金的，扣5分。		
	5分	以划卡后退付现金等手段套取医疗保障基金或为个人骗取医保基金提供便利条件的，扣5分。		
	5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；医保结算票据与实际购药不一致的，发现一次扣2分。		
从业人员管理 (10分)	5分	未按要求做好从业人员培训及日常管理工作的，从业人员无证上岗的，挂证的，每项扣1分。		
	5分	未及时办理变更手续的，每次扣1分。		
财务及药品管理 (10分)	3分	财务账目、销售凭证、采购资料不完整的，每项扣3分。		

项目和分值		扣分标准	扣分项目	扣分分值
	4分	药品不按期进行盘点对账的，盘点账实不符的，进、销、存不相符的，每项扣1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4分。		
	3分	未落实处方审核、签字、保管相关规定的；处方药销售不符合要求的，每项扣3分。		
数据管理 (5分)	5分	进销存系统未实时与医保系统对接的，扣2分；药品费用同比增长率异常，且无合理解释的，扣3分。		
其他扣分		按实际违规情况扣分。		
合计				
考核人员签字			考核得分	

河北省医疗保障医师考核管理办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为加强河北省医疗保障医师服务与管理,提高医疗保障监管水平,规范医疗保障医师服务行为,切实保障参保人合法权益,提高医保基金使用效率,根据《中华人民共和国执业医师法》《河北省医疗保障基金监管办法》及医疗保障协议管理有关规定,结合我省工作实际,制定本办法。

第二条 本办法所称河北省医疗保障医师(以下简称“医保医师”)是指纳入医疗保障管理,依法注册在定点医疗机构为参保人提供医疗服务的执业医师、执业助理医师。

第三条 各地医疗保障行政部门负责统筹区内医保医师考核的指导和监督。医疗保障经办机构(以下简称“经办机构”)负责统筹区内医保医师考核的组织和实施。

第二章 职责与信息

第四条 医保医师应熟悉并遵守医保相关政策及管理规定,严格执行各项医疗工作制度,自觉遵守医疗保障定点医疗机构服务协议有关约定,履行以下职责:

(一) 遵循因病施治原则,依据相关疾病诊疗规范、用药

指南及临床路径合理检查、合理治疗、合理用药,为参保人提供优质、安全、便捷的医疗服务;

(二) 优先选用国家和省医保目录内药品、耗材、诊疗项目,优先选用集中采购目录内药品、耗材;严格执行国家和省医保目录内药品、耗材、诊疗项目的支付范围和支付标准;

(三) 核验参保人医疗保障身份凭证;

(四) 规范书写医疗文书,确保诊疗记录真实、准确、完整;

(五) 严格入出院标准,不得推诿、拒收参保人;

(六) 严格执行门诊慢性(特殊)病资格评审认定程序及标准;

(七) 严格落实首诊负责制及分级诊疗制度;

(八) 掌握医疗保障政策和管理规定,积极向参保人宣传并切实履行告知义务;

(九) 其他应承担的职责。

第五条 定点医疗机构应加强医保医师信息管理,及时将本机构医保医师相关信息上传至医保医师管理系统。医保医师信息发生变更的,应自变更之日起7个工作日内上传。

第六条 医保医师被卫生健康部门暂停执业或注销、吊销执业证书的,定点医疗机构应在7个工作日内报经办机构。医保医师被暂停执业或注销、吊销执业证书后发生诊疗服务费用的,医保基金不予支付。

第三章 管理与考核

第七条 定点医疗机构负责本机构医保医师的内部管理

工作,承担本机构医保医师医疗保障政策业务培训和内部考核等职责。

第八条 定点医疗机构应加强本机构医保医师执业行为的管理,按照《河北省医疗保障医师考核标准》(见附件)开展自查自纠;医保医师内部管理情况纳入定点医疗机构年度考核管理。

第九条 经办机构通过日常监管、智能分析、专项检查、投诉举报等途径,按照《河北省医疗保障医师考核标准》(见附件)对医保医师执行医保政策、履行医保服务协议、服务质量等进行全面考核。

第十条 经办机构根据医疗保障政策和医保服务协议对医保医师进行考核,实行扣分制。根据《河北省医疗保障医师考核标准》进行扣分并给予以下处理:

累计扣分 1-2 分的,警告、限期整改;

累计扣分 3-5 分的,约谈、限期整改;

累计扣分 6-10 分的,暂停医保处方权 3 个月;

累计扣分 11-20 分的,暂停医保处方权 6 个月;

累计扣分 21 分及以上的,视情节严重程度,暂停医保处方权 1-5 年。

在多次检查发现同样问题的,扣分累加计算。医保医师变更执业地点的,考核扣分累加计算。

第十一条 暂停医保处方权期满,恢复医保处方权后 1

年内被再次暂停的, 暂停期延长 1 年。

第十二条 对医保医师的违规和处理结果, 经办机构书面通知其所在定点医疗机构或在本统筹区医疗保障网站予以公布。

第十三条 建立医保医师诚信机制, 将医保医师违规处理情况记入诚信档案, 一个考核年度内严重违规(一次性扣 10 分的)或其他违规 3 项以上的列入“重点监控名单”, 实行重点跟踪管理。

第十四条 医保医师违反医师执业管理相关规定的, 及时上报同级医疗保障行政部门, 移交卫生健康部门处理。

骗取套取医保基金的, 追回基金并报同级医疗保障行政部门。涉嫌犯罪的, 移交司法机关处理。

第四章 附 则

第十五条 为参保人提供医疗保障服务的医学技术人员、药剂人员、护理人员等医务工作者, 参照本办法进行管理。

第十六条 本办法由河北省医疗保障局负责解释。

第十七条 本办法自 2020 年 8 月 10 日起施行, 有效期 2 年。

附件: 河北省医疗保障医师考核标准

附件

河北省医疗保障医师考核标准

一、出现下列情形一项扣10分

1. 不配合检查、阻挠调查、隐瞒藏匿或恶意销毁相关材料的；
2. 以医谋私，获取非法利益，严重侵害参保人员利益的；
3. 被卫生健康行政部门吊销医师、助理医师执业证书，或被注销注册、收回执业证书的；
4. 故意曲解医保政策和业务管理规定，挑唆参保人上访，造成恶劣影响的；
5. 未根据病情诊治需要，存在过度或超范围使用药品、耗材、诊疗项目等违规诊疗行为，且存在主观故意或不按要求限期改正的；
6. 为参保人提供虚假医疗证明材料，或通过虚假住院、伪造篡改医疗文书、串通他人虚开诊疗票据等方式，套取或骗取医疗保障基金的；
7. 其他严重违反医疗保障政策规定，危害参保人员利益或造成医疗保障基金重大损失的行为。

二、出现下列情形一项扣5分

1. 医疗费用指标异常被挂牌督办的；
2. 有搭车开药、搭车检查等违规行为的；
3. 手术等高值耗材在病例中条码不全的；

4. 降低住院标准或为挂床住院提供便利的；
5. 规避使用集中采购目录内药品、耗材的；在有可选择情况下，选择使用最高采购价药品、耗材或选择使用超最低采购价2倍以上药品、耗材的；
6. 将医疗保障支付范围内药品、耗材、诊疗项目费用转嫁给参保人，增加患者负担的；
7. 未认真核验参保人医疗保障身份凭证，造成被他人冒名顶替就医的；
8. 未按规定标准收费，且存在主观故意或未按要求限期改正的；
9. 未经患者或家属同意，使用高值耗材、自费药品进行特殊检查或治疗的；
10. 将非参保人的医疗费用纳入医保支付范围，或者通过串换药品、耗材、诊疗项目等手段将非医保支付范围的医疗费用纳入医保支付的；
11. 其他违反医疗保障政策规定，危害参保人员利益或造成医疗保障基金较大损失的行为。

三、出现下列情形一项扣2分

1. 未按规定标准收费的；
2. 存在分解收费、重复检查或分解住院的；
3. 医疗服务态度差，对医保政策解释不准确等情况导致参保人员投诉的；

4. 引导参保人到指定药店购买相关药品、耗材的；
5. 在有选择的情况下，选择价格相对较高的药品、耗材的；
6. 超出执业范围、执业地点为参保人提供诊疗服务的；或将本人执业医师证书挂靠、转借其他医疗机构使用的；
7. 未根据病情诊治需要，过度或超范围使用药品、耗材、诊疗项目导致费用增加的；
8. 不执行首诊负责制，拒绝、推诿收治参保人，以各种借口使参保人员提前或延迟出院的；
9. 违反规定为非医保医师签名或开具医保处方、检查检验的，将医保医师工作站交由非医保医师使用的；
10. 不严格执行认定程序、标准或存在徇私舞弊、伪造病历等行为，将不符合门诊慢性（特殊）病的参保人，认定为门诊慢性（特殊）病患者的；
11. 其他违反医疗保障政策规定，造成医疗保障基金损失的行为。

四、出现下列情形一项扣1分

1. 对非因工意外伤害就诊的参保人，未如实记载受伤原因和经过的；
2. 不记载病历或者病历记载不清楚，提供的票据、费用清单、处方、医嘱、病程记录、治疗单记录、检查结果等不吻合，或与实际使用情况不一致的；
3. 未按《病历书写基本规范》《处方管理办法》等规定书

写医疗文书的；

4. 出院带药、门诊慢性病（特殊病）用药超出管理规定的，带检查或治疗项目出院的；

5. 未经亲自诊查、检查，签署医学文书、医学检查报告、医学证明文件的；在医疗文书、信息系统中代他人签名或在空白医学文书上预先签名的；

6. 医疗费用指标异常被约谈的；

7. 其他违反医疗保障政策规定的行为。

