

攀枝花市医疗保障事务中心文件

攀医保中心〔2020〕141号

攀枝花市医疗保障事务中心 关于印发《攀枝花市医疗保障定点医药机构年度 综合考核办法实施细则（试行）》的通知

各县（区）医保事务中心、各科室，各定点医药机构：

《攀枝花市基本医疗保险定点医药机构考核办法实施细则（试行）》《攀枝花市定点医药机构年度考核工作程序》已于今年到期。按照《攀枝花市医疗保障局关于定点医药机构年度考核有关事宜的通知》（攀医保〔2020〕96号）要求，为确保年度综合考核的严肃性、科学性、延续性，市医保事务中心结合实际，修订并形成《攀枝花市医疗保障定点医药机构年度综合考核办法实施细则（试行）》（以下简称《实施细则》），经市医保局同意，现印发你们，并提出如下要求，请一并贯彻执行。

一、精心组织，确保考核按时保质

医疗保障定点医药机构年度综合考核是评价各定点医药机构执行医疗保障政策规定、履行服务协议以及为参保群众提供服务情况的重要手段，各县（区）医保事务中心、市医保事务中心相关业务科室要充分认识年度综合考核工作的重要性和必要性，精心组织，周密安排，落实专人，明确责任，于每年3月1日前完成辖区内定点医药机构上年度考核工作，确保考核按时、保质完成。

各定点医药机构应对照考核评分表于每年1月底前完成上年度自查工作，并按照市、县（区）医保事务中心的具体要求，书面报送上年度综合考评自查报告。各县（区）医保事务中心、市医保事务中心相关科室应于每年3月15日前将上年度考核工作开展情况及考核评分结果报市医保事务中心医药服务科，并于4月5日前将全市定点医药机构上年度考核工作开展情况及考核结果报市医保局。

二、严格要求，确保考核公平公正

各县（区）医保事务中心、市医保事务中心相关科室要认真履职尽责，明确考核方法和范围，严格考核程序和标准，依法依规依约开展考核工作，不走过场，不流于形式，不因检查工作影响定点医药机构的正常工作秩序。要坚持实事求是、客观公正、公开透明原则，严格对照《实施细则》与服务协议条款，并结合日常检查、专项检查情况等开展考核工作。考核范围要实现协议

周期内被考核机构全覆盖，做到标准统一、科学合理。同时加强与卫生健康、市场监管等部门的联动，确保考核结果公平公正、合法有效。要坚持问题导向，对年度考核存在的问题，及时开展追溯检查、延伸检查，确保检查结果客观、真实。要严格遵守中央八项规定、省市十项规定，严格遵守工作纪律，严禁私自泄露检查信息、假公济私、徇私舞弊，不得收受被检查对象礼金，不得接受被检查对象宴请等，严禁利用工作之便刁难检查对象，对发现的违纪违规问题一经查实，将严肃处理。

三、强化应用，确保用好考核结果

《实施细则》是加强和规范定点医药机构管理的重要依据，也是充分调动定点医药机构自我约束、自我管理积极性的有效措施，更是对协议管理成效的年度综合评价。要强化考核结果应用，将年度考核结果与定点医药机构服务协议续签、次年分级管理评定、病组点数法付费的年度预算总额预付比例、病组点数法年终清算系数、支付违约金等紧密结合，切实通过年度考核不断强化各定点医药机构遵章守法意识和自律意识，规范服务行为，提升履约能力和服务质量，确保医疗保障政策规定落实、基金合理有效使用，有效遏制各种违规现象的发生，保障广大参保人员的合法权益和基本医疗需求。各县（区）医保事务中心、市医保事务中心相关科室要针对定点医药机构考核中发现的问题及时提出整改要求，必要时可组织开展“回头看”活动，各定点医药机构要

积极配合年度考核各项工作开展，并对照年度考核中存在的问题及时制定整改方案，确保限期整改到位。

攀枝花市医疗保障事务中心

2020年12月31日

攀枝花市医疗保障定点医药机构年度综合考核办法实施细则（试行）

为进一步加强我市医疗保障定点医疗机构、定点零售药店和定点供药机构（以下简称定点医药机构）管理，规范定点医药机构医疗服务行为，提高医疗保障基金使用效率，为参保人员提供优质医疗、购药服务，实现对定点医药机构的动态化管理，结合我市实际，制定本实施细则。

第一条 本实施细则适用于我市辖区内与市、县（区）医保事务中心签订定点医疗机构服务协议、定点零售药店服务协议、定点供药机构服务协议以及补充协议（以下简称服务协议）的定点医药机构。考核年度内，不满6个月的新增定点医药机构、被解除服务协议的医药机构不纳入考核。

第二条 市、县（区）医保事务中心分别负责对辖区范围内协议管理的定点医药机构进行上年度服务考核工作。定点供药机构年度考核由市医保事务中心负责。各医保事务中心应根据定点医药机构执行医保政策、履行服务协议等情况，加强定点医疗机构年度考核，认真组织实施，可联合卫生健康、市场监管等部门参与，也可邀请第三方社会机构参与。

第三条 年度考核工作按照医保控费与医疗质量并重、激励与约束并重，坚持公平、公正、公开、客观、诚信的原则，采取线上、线下考核相结合的方式，实现定点医药机构年度考核、履

约周期及数据采集全覆盖。

第四条 年度考核每年进行一次，考核时间段为上年度 1 月 1 日至 12 月 31 日。市、县（区）医保事务中心应于每年 3 月 1 日前完成辖区内定点医药机构上年度考核工作，3 月 15 日前各县（区）医保事务中心将辖区内定点医药机构考核结果上报市医保事务中心，每年 4 月 5 日前，市医保事务中心将全市定点医药机构上年度考核工作开展情况及考核结果报市医保局。

第五条 定点医药机构上年度考核内容包括贯彻落实执行基本医疗保险、生育保险政策，履行服务协议、补充协议和基本医疗保险管理，以及医疗费用控制、医保医师诚信管理办法实施等方面的情况。考核指标主要以服务协议为基础，包括基础管理、医保监管、异地联网结算、信息管理、费用审核结算管理并结合智能审核结果、药械集中采购、医保支付标准、诚信管理、专项检查、交叉检查、飞行检查、日常监管和举报投诉等结果指标。考核内容可根据医疗保障政策及管理情况适时进行调整。

第六条 年度考核实行扣分制管理，总分值为 100 分。各定点医药机构最终得分为 100 分减去年终考核各项扣分。定点供药机构考核评分标准及要求参照定点零售药店执行。（考核评分标准及要求见附件）

年度考核得分=日常检查得分+其他检查（飞行检查、交叉检查、专项检查、举报投诉等）得分，日常检查与其他检查分值各占 100 分，计入考核总分值的权重分别为日常检查 70%、其他检

查 30%。

日常检查为各医保事务中心就基础管理、医保监管、市内联网费用审核、异地联网结算、医药集中采购、信息管理、诚信管理等内容对照考核评分表对各定点医药机构的检查，其他检查只涉及考核评分表医保监管部分，其他检查得分由医保监管部分得分与医保监管总分值（定点医疗机构监管总分值 30 分、定点零售药店监管总分值 35 分）的比率换算成 100 分计算。

未涉及其他检查的定点医药机构日常检查权重为 100%。

第七条 根据年度考核得分情况，对定点医药机构进行等次划分。具体划分为四个等次：90 分及以上为优秀、90 分以下至 65 分及以上为合格、65 分以下至 60 分及以上为基本合格、60 分以下为不合格。

第八条 年度考核结果与定点医药机构服务协议续签、次年分级管理评定、病组点数法付费的年度预算总额预付比例、病组点数法年终清算系数、支付违约金等挂钩。

（一）按照年度考核得分直接折算为百分比，作为年终清算系数之一与实行病组点数法的各定点医疗机构年终清算费用挂钩；

（二）其他按以下办法挂钩：

1.年度考核为优秀的定点医药机构：

（1）按时续签服务协议；

（2）定点医疗机构优先参与当年 AAA 级医院评定；

(3) 定点医疗机构按照病组点数法付费的年度预算总额预付比例次年上调 1 个百分点按月拨付医疗机构费用。

2. 年度考核为合格的定点医药机构:

(1) 按时续签服务协议;

(2) 定点医疗机构参与当年分级医院评定;

(3) 定点医疗机构按照病组点数法付费的年度预算总额预付比例按月拨付定点医疗机构费用;

(4) 定点医疗机构按照以下情况计算支付违约金:

① 二级及以上定点医疗机构按照年度实际发生医疗、生育保险普通住院费用总额为基数的一定比例计算支付违约金: I. 80 分以下至 75 分, 按 0.3% 比例计算支付违约金; II. 75 分以下至 70 分, 按 0.5% 比例计算支付违约金; III. 70 分以下至 65 分, 按 0.8% 比例计算支付违约金;

② 一级及以下定点医疗机构按照年度实际发生医疗、生育保险费用总额为基数的一定比例计算支付违约金: I. 80 分以下至 75 分, 按 0.5% 比例计算支付违约金; II. 75 分以下至 70 分, 按 1% 比例计算支付违约金; III. 70 分以下至 65 分, 按 1.5% 比例计算支付违约金;

(5) 定点供药机构按照年度实际发生医疗保险费用总额为基数的一定比例计算支付违约金: ① 80 分以下至 75 分, 按 1% 比例计算支付违约金; ② 75 分以下至 70 分, 按 1.5% 比例计算支付违约金; ③ 70 分以下至 65 分, 按 2% 比例计算支付违约金;

(6) 定点零售药店按照年度刷卡金额为基数的一定比例计算支付违约金: ①80 分以下至 75 分, 按 1%比例计算支付违约金; ②75 分以下至 70 分, 按 2%比例计算支付违约金; ③70 分以下至 65 分, 按 3%比例计算支付违约金。

3.年度考核为基本合格的定点医药机构:

(1) 医保事务中心对其进行约谈, 并责令限期整改。经整改后, 次年考核结果仍为基本合格(即连续 2 年均为基本合格), 经办机构与其解除服务协议。自解除协议之日起, 3 年内原定点医药机构或原法定代表人不得重新申请签订服务协议;

(2) 定点医疗机构不得参与当年分级医院评定;

(3) 定点医疗机构按照病组点数法付费的年度预算总额预付比例次年下调 1 个百分点按月拨付医疗机构费用;

(4) 定点医疗机构按照以下情况计算支付违约金: ①二级及以上定点医疗机构按照年度实际发生医疗、生育保险普通住院费用总额为基数的 1%计算支付违约金; ②一级及以下定点医疗机构按照年度实际发生医疗、生育保险费用总额为基数的 2%比例计算支付违约金。

(5) 定点供药机构按照年度实际发生医疗保险费用总额为基数的 3%比例计算缴纳违约金;

(6) 定点零售药店按照年度刷卡金额为基数的 4%比例计算缴纳违约金。

4.年度考核为不合格的定点医药机构:

(1) 医保事务中心可采取直接终止直至解除服务协议处理。自解除协议之日起，5年内原定点医药机构或原法定代表人不得重新申请签订服务协议；

(2) 定点医疗机构按照病组点数法付费的年度预算总额预付比例次年下调2个百分点按月拨付医疗机构费用；

(3) 定点医疗机构按照以下情况计算支付违约金：①二级及以上定点医疗机构按照年度实际发生医疗、生育保险普通住院费用总额为基数的1.5%计算支付违约金；②一级及以下定点医疗机构按照年度实际发生医疗、生育保险费用总额为基数的3%比例计算支付违约金。

(4) 定点供药机构按照年度实际发生医疗保险费用总额为基数的4%比例计算支付违约金；

(5) 定点零售药店按照年度刷卡金额为基数的5%比例计算支付违约金。

第九条 实行一票否决制。定点医药机构发生以下违约行为之一的，可直接按照年度考核不合格解除服务协议处理：

(一) 发现定点医疗机构并查实以下行为之一：

1. 通过伪造医疗文书、财务票据或凭证等方式，虚构医疗服务“假住院、假就诊”骗取医保基金的；

2. 为非定点医疗机构、暂停协议医疗机构提供医疗费用结算的；

3. 协议有效期内累计3次被暂停协议或暂停协议期内未按时

限要求整改或整改不到位的；

- 4.被吊销《医疗机构执业许可证》或《营业执照》的；
- 5.拒绝、阻挠或不配合经办机构开展必要监督检查的；
- 6.其他造成严重后果或重大影响的违约行为。

(二)发现定点零售药店(定点供药机构)以下行为之一：

- 1.伪造虚假凭证或串通参保人员兑换现金骗取基金的；
- 2.为非定点零售药店或其他机构提供费用结算的；
- 3.将医保目录范围之外的项目按照目录内项目申报医保结算的；
- 4.协议有效期内累计3次被暂停协议或暂停协议期间未按时限要求整改或整改不到位的；

- 5.被吊销《药品经营许可证》或《营业执照》的；
- 6.拒绝、阻挠或不配合经办机构开展必要监督检查的；
- 7.其他造成严重后果或重大影响的违约行为。

第十条 各定点医药机构应指定专人负责本机构的医保年度考核工作，加强与经办机构的沟通配合，强化医保年度考核结果与内部绩效管理的协同应用。要积极配合医保事务中心开展考核工作，主动提供相关资料，不得藏匿、转移和提供虚假材料，不得以任何借口干扰、阻挠考核工作的开展。对藏匿、转移、提供虚假材料，以闭店等形式干扰、阻挠考核工作的定点医药机构，按照年度考核不合格处理。

第十一条 各定点医药机构支付违约金，应在年度考核结果

通知印发后10个工作日内缴清。逾期未缴的，医保事务中心可采取暂停支付医疗、刷卡费用，暂停服务协议等方式督促定点医药机构直至缴清。

第十二条 定点医药机构对年度考核结果有异议的，可在接到考核结果通知 5 个工作日内向所属医保事务中心提出复评要求，医保事务中心应在 15 个工作日内进行复评，并作出处理答复意见。逾期未提出复评要求的，视为同意。

第十三条 市、县（区）医保事务中心应加强与同级卫生健康、市场监管等部门的协调联动，及时获取卫生健康、市场监管等部门对医疗机构、医务人员等各类违规行为查处情况，落实到医院管理、医生行为管理，努力实现三医联动，更好掌握医疗机构履行服务协议的情况。在年度考核工作结束后，将考核结果向医疗保障行政主管部门、卫生健康、市场监管部门、定点医药机构等进行通报。

第十四条 加分奖励。对各定点医疗机构（有住院条件）在医保支付方式改革、药械集中采购、异地就医即时结算、医院医保管理的等方面开展的创新性工作，予以加分奖励。年度考核时各定点医疗机构自行申报，由市医保事务中心综合评定后确定加分分值，分值上限为 10 分。加分奖励分值单独计算，加分奖励具体事项另行制定。

第十五条 本实施细则适用于 2020 年度定点医药机构服务协议。2020 年 1 月 1 日-5 月 31 日期间新定点医药机构，参照《实

施细则》规定执行，在施行过程中遇到问题、情况，及时向市医保事务中心反馈。

第十六条 如国家、省上有新规定，按照新的政策规定执行。

- 附件：1.攀枝花市医疗保障定点医疗机构考核评分表（有住院条件）
- 2.攀枝花市医疗保障定点医疗机构考核评分表（无住院条件）
- 3.攀枝花市医疗保障定点零售药店(定点供药机构)考核评分表

附件 1

攀枝花市医疗保障定点医疗机构考核评分表（有住院条件）

医疗机构名称:

考核分值 (100分)	序号	考核内容	评分标准	项目分值	负责考核部门	得分
一、基础 管理（7 分）	1	医保管理机构健全，由 1 名院领导具体分管医保工作；设立医保办，配备专、兼职管理人员，岗位职责明确；配备病案编码管理人员，按要求上传病案数据。	未按规定设置部门或岗位，每查实一项扣 0.5 分；人员岗位职责不明确的，每查实一个岗位扣 0.5 分。	1	市医保事务中心医药服务科、县（区）医保事务中心	
	2	将各项收费标准、医保制度、政策规定和就医流程公布在明显位置。	一项未达标扣 0.5 分。	1	市医保事务中心医药服务科、县（区）医保事务中心	
	3	按规做好医保医师的申报、变更基础工作及协议签订工作；按规定做好“贯标”工作；按规定做好打击欺诈骗保宣传工作，张贴宣传海报、公示举报电话。	一项未达标扣 0.5 分。	1	市医保事务中心医药服务科、县（区）医保事务中心	
	4	在规定时间内按要求领取、签定、返还各类服务协议；履行家庭医生签约服务。	未按要求签订服务协议扣 1 分；未在规定时间内领取、返还服务协议扣 1 分；未认真履行家庭医生签约服务扣 1 分。	1	市医保事务中心医药服务科、县（区）医保事务中心	

	5	定点医疗机构名称、法定代表人、主要负责人、经营者、经营地址等基础信息发生变更的，应在变更后 30 日内，向医保事务中心申请变更备案。	超过 1 个月未办理的，扣 0.5 分；超过 2 个月仍未办理的，扣 1 分。	1	市医保事务中心医药服务科、县（区）医保事务中心	
	6	按要求参加医保事务中心组织的宣传、培训及相关会议；加强院内医护人员政策培训，全年不少于 4 次。	无正当理由缺席会议或培训的，每次扣 0.5 分；未开展院内医保政策培训的扣 1 分，每少 1 次扣 0.5 分。	1	市医保事务中心医药服务科、县（区）医保事务中心	
	7	为参保人员提供相关咨询服务，做好解释，正向引导；配合开展举报投诉查处和参保人员信访回复工作；免费为参保人员提供个人医疗账户余额查询、普通门诊报销额度查询等服务。	未按要求做好相关工作，查实一例扣 0.5 分。	1	市医保事务中心医药服务科、县（区）医保事务中心	
二、医保 监管（30 分）	8	根据服务协议的违约责任，达到限期整改的情形。	受到限期整改处理，扣 3 分。	3	市医保事务中心稽核科、县（区）医保事务中心	
	9	根据服务协议的违约责任，达到暂停支付的情形。	受到暂停支付处理，首次扣 4 分；两次及以上扣 8 分。	8	市医保事务中心稽核科、县（区）医保事务中心	
	10	根据服务协议的违约责任，达到拒付费用的情形，且按违规金额的 1 倍缴纳违约金的。	受到拒付费用并按违规金额的 1 倍缴纳违约金处理，首次扣 5 分；两次及以上扣 10 分。	10	市医保事务中心稽核科、县（区）医保事务中心	
	11	根据服务协议的违约责任，达到拒付费用的情形，且按违规金额的 2 倍要求缴纳违约金的。	受到拒付费用并按违规金额 2 倍缴纳违约金处理的，首次扣 8 分；两次及以上扣 16 分。	16	市医保事务中心稽核科、县（区）医保事务中心	

	12	根据服务协议的违约责任，达到暂停协议的情形，且按违规金额的3倍缴纳违约金的。	受到暂停协议处理并按违规金额3倍缴纳违约金的，首次扣15分；两次及以上扣25分。	25	市医保事务中心稽核科、县（区）医保事务中心	
	13	根据服务协议的违约责任，达到暂停协议的情形，且按违规金额的5倍缴纳违约金的。	受到暂停协议处理按违规金额的5倍缴纳违约金的，首次扣20分；两次及以上扣30分。	30	市医保事务中心稽核科、县（区）医保事务中心	
	14	根据服务协议的违约责任，达到暂停协议的情形，且按违规金额的10倍缴纳违约金的。	受到暂停协议处理按违规金额的10倍缴纳违约金的：1.医院内科室被暂停协议的，扣25分；医院被暂停协议的，扣30分。	30	市医保事务中心稽核科、县（区）医保事务中心	
	15	根据服务协议的违约责任，达到解除协议的情形，且按违规金额的3倍缴纳违约金的。	受到解除协议并按违规金额3倍缴纳违约金处理的，扣30分。	30	市医保事务中心稽核科、县（区）医保事务中心	
	16	医院被检查时的配合情况。	拒绝、阻扰或无正当理由不配合检查，不提供相应资料，拒绝在检查表上签字的，扣30分。	30	市医保事务中心稽核科、县（区）医保事务中心	

三、市内 联网费用 审核（30 分）	17	运用智能审核系统,把医院上传的医疗费用数据根据审核规则进行筛查,经医院认可的违规情况及金额(目前智能审核系统审核规则共 31 条,随审核规则的调整相应进行扣分基数调整)	1.每一条审核规则扣分基数为(4÷审核规则条数),每违反一条审核规则,用每月违反此条规则的人次除以当月总住院人次得出的系数乘以扣分基数,得出每月本项应扣分数;把全年所有违反审核规则的应扣分数加总,即为本项扣分。	4	市医保事务中心费用审核科、县(区)医保事务中心	
	18		2.扣款金额每人次均次(含人工抽审)在 1-10 元(含)以内扣 1 分;在 10-50 元(含)以内扣 4 分;在 50-100 元(含)以内扣 5 分;在 100-200 元(含)以内扣 6 分;在 200-400 元(含)以内扣 7 分;在 400-600 元(含)以内扣 8 分;在 600-800 元(含)以内扣 9 分;在 800-1000 元(含)扣 10 分;在 1000 元以上扣 12 分。	12	市医保事务中心费用审核科、县(区)医保事务中心	
	19		3.违反审核规则人次占总住院人次比在 20%(含)以内扣 2 分;在 20%-40%(含)以内扣 3 分;在 40%-60%(含)以内扣 5 分;在 60%-80%(含)以内扣 9 分;在 80%以上扣 11 分。	11	市医保事务中心费用审核科、县(区)医保事务中心	
	20	门特病种合理用药	扣款金额人次均次在 1-10 元(含)以内扣 1 分,10 元以上扣 2 分。	2	市医保事务中心费用审核科、县(区)医保事务中心	
	21	医疗费用符合生育保险范围	生育保险费用扣款超过 100 元。	1	市医保事务中心费用审核科、县(区)医保事务中心	

四、异地就医联网结算（11分）	22	设置开通异地就医联网结算标志标牌，开辟异地就医宣传专栏，明确就医管理流程，严格进行身份识别，为异地就医人员提供政策咨询服务。配合异地就医联网结算相关测试工作。	未设置异地就医标志标牌或未开辟异地就医宣传专栏的，扣1分；未明确就医管理流程的，扣1分；未进行身份识别，每查实一例扣1分；拒绝提供咨询服务，每查实一例扣0.5分。测试工作配合不到位的，每查实一例扣2分	2	市医保事务中心异地就医科、稽核科、县（区）医保事务中心	
	23	为异地就医参保人员提供即时结算服务，提供费用结算的相关资料，配合异地医疗保险经办机构核实医疗费用有关情况。保证联网结算数据的准确率。	拒绝提供异地就医即时结算服务的，每查实一例扣2分；未向参保人员提供费用结算相关资料，每查实一例扣0.5分；不配合医保事务中心核实费用情况的，扣2分。联网结算数据准确率低于95%，扣2分，低于90%扣3分。	3	市医保事务中心异地就医科、稽核科、县（区）医保事务中心	
	24	每月15日前将上月异地就医直接结算的医疗费用汇总申报，在金保系统中提交结算数据。	无特殊情况未按时提交的，每查实一次扣1分。	2	市医保事务中心异地就医科、县（区）医保事务中心	
	25	通过智能审核和人工抽审异地就医费用，经医院认可的违规金额。	扣款金额每人次均次（含人工抽审）在100元（含）以内扣0.5分；在100-500元（含）以内扣1分；500元以上的扣2分。	2	市医保事务中心异地就医科、县（区）医保事务中心	
	26	加强异地住院费用控制，履行协议指标。	经考核，异地就医住院次均费用超过市内住院次均费用15%的扣1分；异地参保人员住院自费率超过市内参保人员住院自费率5%的扣1分。	2	市医保事务中心异地就医科、医药服务科、县（区）医保事务中心	

五、药械集中采购 (8分)	27	按规定时间节点在网上采购,优先使用中选药械,履行预付款协议按时回款。	未按要求做好相关工作,每查实一例扣0.5分。	1	市医保事务中心医药服务科、县(区)医保事务中心	
	28	中选药械采购和使用不得低于非中选药械采购和使用(生产企业和配送企业的原因导致无法正常供应的情况除外),及时上报中选医药耗材的使用情况。	未按要求做好相关工作的,查实一例扣0.5分。	2	市医保事务中心医药服务科、县(区)医保事务中心	
	29	上报采购需求量时,应综合考虑医院发展、历年实际用量、临床需求等因素进行上报,避免采购量偏离值过大。	根据当年实际使用情况,超量采购比例大于合同量20%(当年上报需求量大于往年历史采购量的不扣分)查实一例扣0.5分。	1	市医保事务中心医药服务科、县(区)医保事务中心	
	30	医务人员应加强集采政策和业务培训,强化优先使用集采中选药品意识,合理引导患者用药需求,营造良好的舆论氛围,及时回应、妥善处理实施过程中社会关注的问题,有效化解社会矛盾,严禁推诿塞责。	未按要求做好相关工作,推诿上交矛盾的,查实一例扣1分。	3	市医保事务中心医药服务科、县(区)医保事务中心	
	31	按照国家、省要求实行统一的药品、药械医保支付标准。	未按要求做好相关工作的,查实一例扣0.5分。	1	市医保事务中心医药服务科、费用审核结算科、县(区)医保事务中心	

六、信息管理（6分）	32	建立健全医院信息管理系统,设置相应的信息管理岗位,且在医保局备案信息管理人员名单。	未建立医院信息管理系统的,扣1分;未设置相应的信息管理岗位的,扣1分;未在医保局备案信息管理人员名单的扣1分。	1	市医保信息中心、县(区)医保事务中心	
	33	按规定建设医保系统数据接口,按要求传输数据,确保医保信息系统与医保局及时、有效对接;必须保证医保专网专用;确保系统支持医保电子凭证结算;保证网络的安全隔离措施;定期进行信息安全检查。	未按规定建设医保系统数据接口和(或)未按要求传输数据的,扣1分;未做到医保专网专用的扣2分;不支持医保电子凭证结算的扣2分;未保证网络安全隔离措施扣1分;未按要求定期进行信息安全检查的,扣1分。	2	市医保信息中心、县(区)医保事务中心	
	34	提升医疗机构信息系统管理、运行水平,更好的服务参保人员。	医疗机构信息系统故障造成参保人员不能正常刷卡结算且不主动解决问题的,每接到一次投诉查实的扣1分。	1	市医保信息中心、县(区)医保事务中心	
	35	即时传输由信息系统自动生成参保人员就医、结算及其他相关信息,保证信息真实准确完整,与实际情况相符,不得人为篡改作假;按时上传参保人员费用数据,未按时传输需说明;入院24小时内(特殊情况可延长到48小时)完成信息录入。	人为篡改作假上传参保人员信息的,查实一例扣2分;未按时传输参保人员费用数据、入院信息且未说明原因的,查实一例扣0.5分。	2	市医保信息中心、县(区)医保事务中心	

七、诚信管理(8分)	36	严格执行医保服务医师诚信管理相关规定。	违反医保医师管理规定，查实一例扣1分。	4	市医保事务中心稽核科、综合业务科、县(区)医保事务中心
	37	被信件、电话等各种形式举报投诉。	每查实一例扣1分。	2	市医保事务中心稽核科、县(区)医保事务中心
	38	严格遵守法律、法规、规章，全年无违法违规受到医保或其他行政部门处理情况。	有违法违规受到医保或其他行政部门处理一次扣2分。	2	市医保事务中心稽核科、县(区)医保事务中心
总分					

- 备注：1.本评分表中，未开通异地就医联网结算的医疗机构不参与22项、23项、24项、25项、26项考核评分，将“医保监管”的总分提高为41分，其中，涉及14项、15项、16项扣分情形的，各项按扣41分处理；未参与医药集中采购的医疗机构，31项调整为3分，不参与27项、28项、29项、30项考核评分，将“市内联网费用审核”的总分提高为36分，其中，涉及18项、19项扣分情形的，最高扣分分别为15分、14分；既未开通异地就医联网结算，也未参与医药集中采购的医疗机构，按前述办法办理；
- 2.本评分表中，38项考核评分，人为篡改作假上传参保人员信息查实例数达当次被核查总量50%直接扣40分，按年度考核不合格处理；
- 3.本评分表“医保监管”单项考核中，考核内容对应违反协议情况的，如涉及多项叠加计算，如实记录原始扣分备查，作为定点医药机构年度排名依据；
- 4.考核计算总分每个项目扣分时，扣完为止，不计负分。

附件 2

攀枝花市医疗保障定点医疗机构考核评分表（无住院条件）

医疗机构名称:

考核分值 (100分)	序号	考核内容	评分标准	项目分值	负责考核部门	得分
一、基础管理（10分）	1	建立健全医疗保险内部管理制度，配备专职或兼职管理人员负责医疗保险服务工作，岗位职责明确。	未按规定配备管理人员，查实扣 0.5 分；人员岗位职责不明确的，查实扣 0.5 分。	1	县（区）医保事务中心	
	2	将各项收费标准、医保制度、政策规定和就医流程公布在明显位置。	一项未达标扣 0.5 分。	1	县（区）医保事务中心	
	3	按规做好医保医师的申报、变更基础工作及协议签订工作；按规定做好打击欺诈骗保宣传工作，张贴宣传海报、公示举报投诉电话。	一项未达标扣 0.5 分。	1	县（区）医保事务中心	
	4	在规定时间内按要求领取、签定、返还各类服务协议；履行家庭医生签约服务。	未按要求签订服务协议扣 1 分；未在规定时间内领取、返还服务协议扣 1 分；未认真履行家庭医生签约服务扣 1 分。	1	县（区）医保事务中心	

	5	定点医疗机构名称、法定代表人、主要负责人、经营者、经营地址等基本信息发生变更的,应在变更后30日内,向医保经办机构申请变更备案。	超过1个月未办理的,扣0.5分;超过2个月仍未办理的,扣1分。	1	县(区)医保事务中心	
	6	按要求参加医保经办机构组织的宣传、培训及相关会议。	无正当理由缺席会议或培训的,每次扣1分。	2	县(区)医保事务中心	
	7	为参保人员提供相关咨询服务,做好解释,正向引导;配合开展举报投诉查处和参保人员信访回复工作;免费为参保人员提供个人账户余额查询、普通门诊报销额度查询等服务。	未按要求做好相关工作,查实一例扣0.5分。	1	县(区)医保事务中心	
	8	建立大额台账登记簿、就诊登记。参保人员医疗费用结算票据、清单、门诊登记、处方、辅助检查报告单等医疗保险结算资料按月整理存档,保留2年备查。	未按要求做好相关工作,查实一例扣1分。未按要求存档,该项不得分。	2	县(区)医保事务中心	
二、医保监管(30分)	9	根据服务协议的违约责任,达到限期整改的情形。	受到限期整改处理,扣5分。	5	县(区)医保事务中心	
	10	根据服务协议的违约责任,达到暂停支付的情形。	受到暂停支付处理,首次扣5分;两次及以上扣10分。	10	县(区)医保事务中心	

	11	根据服务协议的违约责任，达到拒付费用的情形，且按违规金额的1倍缴纳违约金的。	受到拒付费用并按违规金额的1倍缴纳违约金处理，首次扣5分；两次及以上扣10分。	10	县（区）医保事务中心	
	12	根据服务协议的违约责任，达到拒付费用的情形，且按违规金额的2倍要求缴纳违约金的。	受到拒付费用并按违规金额2倍缴纳违约金处理的，首次扣10分；两次及以上扣20分。	20	县（区）医保事务中心	
	13	根据服务协议的违约责任，达到暂停协议的情形，且按违规金额的3倍缴纳违约金的。	受到暂停协议处理并按违规金额3倍缴纳违约金的，首次扣15分；两次及以上扣25分。	25	县（区）医保事务中心	
	14	根据服务协议的违约责任，达到暂停协议的情形，且按违规金额的5倍缴纳违约金的。	受到暂停协议处理按违规金额的5倍缴纳违约金的，首次扣20分；两次及以上扣30分。	30	县（区）医保事务中心	
	15	根据服务协议的违约责任，达到暂停协议的情形，且按违规金额的10倍缴纳违约金的。	受到暂停协议处理按违规金额的10倍缴纳违约金的：1.医院内科室被暂停协议的，扣25分；医院被暂停协议的，扣30分。	30	县（区）医保事务中心	
	16	根据服务协议的违约责任，达到解除协议的情形，且按违规金额的3倍缴纳违约金的。	受到解除协议并按违规金额3倍缴纳违约金处理的，扣30分。	30	县（区）医保事务中心	
	17	医院被检查时的配合情况。	拒绝、阻扰或无正当理由不配合检查，不提供相应资料，拒绝在检查表上签字的，扣30分。	30	县（区）医保事务中心	

三、费用审核结算管理（20分）	18	每月15日之前向医保事务中心申报上月医疗费用。报送上月《攀枝花市基本医疗保险清算申请单》（加盖公章）和相关资料。甲方审核医疗费用清单时，需结合病历审核的，乙方应及时提供病历或加盖公章的病历复印件。	无特殊情况未按时提交的，查实一次扣2分。	10	县（区）医保事务中心	
	19	门特病种合理用药（二类、三类门特）	扣款金额人次均次在1-10元（含）以内扣2分，10元以上扣5分。	5	县（区）医保事务中心	
	20	普通门诊统筹合理用药	扣款金额人次均次在1-10元（含）以内扣2分，10元以上扣5分。	5	县（区）医保事务中心	
四、异地就医联网结算（15分）	21	设置开通异地就医联网结算标志标牌，开辟异地就医宣传专栏，明确就医管理流程，严格进行身份识别，为异地就医人员提供政策咨询服务。配合异地就医联网结算相关测试工作。	未设置异地就医标志标牌或未开辟异地就医宣传专栏的，扣1分；未明确就医管理流程的，扣1分；未进行身份识别，每查实一例扣1分；拒绝提供咨询服务，每查实一例扣0.5分；测试工作配合不到位的，每查实一例扣2分。	5	县（区）医保事务中心	
	22	为异地就医参保人员提供即时结算服务，提供费用结算的相关资料，配合异地医疗保险经办机构核实医疗费用有关情况。保证联网结算数据的准确率。	拒绝提供异地就医即时结算服务的，每查实一例扣2分；未向参保人员提供费用结算相关资料，每查实一例扣0.5分；不配合医保经办机构核实费用情况的，扣6分；联网结算数据准确率低于95%的扣3分，低于90%扣6分。	6	县（区）医保事务中心	

	23	每月 15 日前将上月异地就医直接结算的医疗费用汇总申报，在金保系统中提交结算数据。	无特殊情况未按时提交的，每查实一次扣 2 分。	4	县（区）医保事务中心	
五、药械集中采购 (10 分)	24	按规定时间节点在网上采购，优先使用中选药械，履行预付款协议按时回款。	未按要求做好相关工作，每查实一例扣 1 分。	2	县（区）医保事务中心	
	25	中选药械采购和使用不得低于非中选药械采购和使用（生产企业和配送企业的原因导致无法正常供应的情况除外），及时上报中选医药耗材的使用情况，采购周期内完成规定采购量。	未按要求做好相关工作的，查实一例扣 1 分。	2	县（区）医保事务中心	
	26	上报采购需求量时，应综合考虑医院发展、历年实际用量、临床需求等因素进行上报，避免采购量偏离值过大。	根据当年实际使用情况，超量采购比例大于合同量 20%（当年上报需求量大于往年历史采购量的不扣分）查实一例扣 1 分。	2	县（区）医保事务中心	
	27	医务人员应加强集采政策和业务培训，强化优先使用集采中选药品意识，合理引导患者用药需求，营造良好的舆论氛围，及时回应、妥善处理实施过程中社会关注的问题，有效化解社会矛盾，严禁推诿塞责。	未按要求做好相关工作，推诿上交矛盾的，查实一例扣 1 分。	2	县（区）医保事务中心	

	28	按照国家、省要求实行统一的药品、药械医保支付标准。	未按要求做好相关工作的, 查实一例扣1分。	2	县(区)医保事务中心	
六、信息管理(5分)	29	建立健全医院信息管理系统, 设置相应的信息管理岗位, 且在医保局备案信息管理人员名单。	未建立医院信息管理系统的, 扣1分; 未设置相应的信息管理岗位的, 扣1分; 未在医保局备案信息管理人员名单的扣1分。	1	县(区)医保事务中心	
	30	按规定建设医保系统数据接口, 按要求传输数据, 确保医保信息系统与医保局及时、有效对接; 必须保证医保专网专用; 确保系统支持医保电子凭证结算; 保证网络的安全隔离措施; 定期进行信息安全检查。	未按规定建设医保系统数据接口和(或)未按要求传输数据的, 扣1分; 未做到医保专网专用的扣1分; 不支持医保电子凭证结算的扣1分; 未保证网络安全隔离措施扣1分; 未按要求定期进行信息安全检查的, 扣1分。	1	县(区)医保事务中心	
	31	提升医疗机构信息系统管理、运行水平, 更好的服务参保人员。	医疗机构信息系统故障造成参保人员不能正常刷卡结算且不主动解决问题的, 每接到一次投诉查实的扣1分。	1	县(区)医保事务中心	

	32	即时传输由信息系统自动生成参保人员就医、结算及其他相关信息，保证信息真实准确完整，与实际情况相符，不得人为篡改作假；按时上传参保人员费用数据，未按时传输需说明；入院 24 小时内（特殊情况可延长到 48 小时）完成信息录入。	人为篡改作假上传参保人员信息的，查实一例扣 2 分；未按时传输参保人员费用数据、入院信息且未说明原因的，查实一例扣 0.5 分。	2	县（区）医保事务中心	
七、诚信管理（10 分）	33	严格执行医保服务医师诚信管理相关规定。	违反医保医师管理规定，查实一例扣 1 分。	4	县（区）医保事务中心	
	34	被信件、电话等各种形式举报投诉。	每查实一例扣 1 分。	2	县（区）医保事务中心	
	35	严格遵守法律、法规、规章，全年无违法违规受到医保或其他行政部门处理情况。	有违法违规受到医保或其他行政部门处理一次扣 2 分。	4	县（区）医保事务中心	
总分						

备注：1.本评分表中，未开通异地就医联网结算的医疗机构不参与 21 项、22 项、23 项考核评分,将“医保监管”的总分提高为 45 分，其中，涉及 14 项、15 项、16 项扣分情形的，按扣 45 分处理；未参与医药集中采购的医疗机构，28 项调整为 4 分，不参与 24 项、25 项、26 项、27 项考核评分,将“费用审核结算管理”的总分提高为 26 分，其中，涉及 19 项、20 项扣分情形的，各项最高扣分为 8 分；既未开通异地就医联网结算，也未参与医药集中采购的医疗机构，按前述办法办理；

2.本评分表中，35 项考核评分，人为篡改作假上传参保人员信息查实例数达当次被核查总量 50%直接扣 40 分，按年度考核不合格处理；

3.本评分表“医保监管”单项考核中，考核内容对应违反协议情况的，如涉及多项叠加计算，如实记录原始扣分备查，作为定点医药机构年度排名依据；

4.考核计算总分每个项目扣分时，扣完为止，不计负分。

附件 3

攀枝花市医疗保障定点零售药店（定点供药机构）考核评分表

定点零售药店（定点供药机构）名称:

考核分值 (100分)	序号	考核内容	评分标准	项目分值	负责考核部门	得分
一、基础管理 (10分)	1	配备专（兼）职医保管理人员，保证执业药师或药师及以上职称的药学专业技术人员营业时间内在岗在位负责处方审核、提供用药指导等服务；组织工作人员学习医疗保险政策规定，向参保人员做好医保政策宣传解释工作；免费为参保人员提供信息查询、密码修改等服务。在显著位置设置基本医疗保险服务意见箱、社会保险监督举报电话、社保卡使用指南以及医保政策和服务协议主要内容宣传栏。	管理机构不健全，未配备专（兼）职管理人员，扣1分。	1	县（区）医保事务中心	
	2		营业时间内无药师或执业药师在岗，发现一次扣1分。	1	县（区）医保事务中心	
	3		工作人员不熟悉医保政策、未做好医保政策宣传解释工作或错误解释，发现一次扣1分；未按规定提供信息查询、密码修改服务的，发现一次扣1分。	1	县（区）医保事务中心	
	4		未按规定进行店内设置的，缺一项扣1分。	1	县（区）医保事务中心	
	5	积极配合医保部门各项管理工作。建立参保职工个人账户大额消费台账。	未按要求参加医保事务中心组织的宣传、培训及相关会议，无正当理由缺席一次扣1分。	1	县（区）医保事务中心	

	6		经营地址、名称、法定代表人、银行账号等事项发生变更时，自变更之日起 20 个工作日内未办理信息变更的，扣 2 分；超过 1 个月仍未办理的扣 3 分。	3	县（区）医保事务中心	
			未按要求查验大额刷卡人员身份信息并登记、建立台账，查实一例扣 1 分。	2	县（区）医保事务中心	
二、医保监管 (35 分)	7	有无受到限期整改处理；受到按计算基数的 1 倍支付违约金处理，并暂停刷卡业务 1 个月；受到按计算基数的 3 倍支付违约金处理，并暂停刷卡业务 2 个月；受到解除协议、按计算基数的 5 倍支付违约金处理；	仅受到限期整改处理首次扣 10 分；两次及以上扣 20 分。	20	县（区）医保事务中心	
	8		受到按计算基数的 1 倍支付违约金处理，并暂停刷卡业务 1 个月，首次扣 20 分，两次及以上扣 25 分。	25	县（区）医保事务中心	
	9		受到按计算基数的 3 倍支付违约金处理，并暂停刷卡业务 2 个月，扣 30 分。	30	县（区）医保事务中心	
	10		受到解除协议、按计算基数的 5 倍支付违约金处理；扣 35 分。	35	县（区）医保事务中心	

	11		拒绝、阻扰或无正当理由不配合检查，不提供相应资料，拒绝在检查表上签字的扣 35 分。	35	县（区）医保事务中心	
三、费用审核 结算管理（25 分）	12	每月 15 日之前向医保事务中心申报上月参保人员刷卡购药费用，申报结算参保人员个人账户刷卡购药费用时，需出具由甲方所提供的结算软件产生的《攀枝花市医疗机构清算申报表》，清算申报表需加盖乙方财务收费印章。因审核需要要求提供药品费用清单、处方药处方、收据、账单等相关资料时，应当积极配合，并于接到通知后 3 个工作日内送达。	无特殊情况未按时申报上月参保人员刷卡购药费用，超过 1 个工作日扣 2 分；超过 3 个工作日扣 3 分；超过 5 个工作日扣 10 分。	10	县（区）医保事务中心	
	13		清算表上未加盖财务收费印章的，扣 5 分。	5	县（区）医保事务中心	
	14		未能按要求提供药品费用清单、处方、收据、账单等相关资料的，缺一项扣 3 分；送达时间超过 1 个工作日扣 2 分，超过 5 个工作日扣 10 分。	10	县（区）医保事务中心	
四、异地购药 联网结算（10 分）	15	设置开通异地就医联网结算标志标牌，严格进行身份识别，为异地就医人员提供政策咨询服务。	未设置异地就医标志标牌或未开辟异地就医宣传专栏扣 2 分；未进行身份识别，每查实一例扣 5 分；拒绝提供咨询服务，每查实一例扣 4 分。	5	县（区）医保事务中心	

	16	为异地就医参保人员提供即时结算服务，提供费用结算的相关资料，配合异地医疗保险经办机构核实医疗费用有关情况。每月 15 日前将上月异地就医直接结算的医疗费用汇总申报，在金保系统中提交结算数据。	拒绝提供即时结算服务的，每查实一例扣 5 分；未向参保人员提供费用结算相关资料，每查实一例扣 1 分；无特殊情况未按时提交的，每查实一次扣 2 分；不配合医保事务中心核实费用情况的扣 5 分。	5	县（区）医保事务中心	
五、信息管理 (15 分)	17	必须严格遵守基本医疗保险联网结算支付端计算机系统专网、专机、专用的规定，使用正版操作系统并安装正版杀毒软件及防火墙软件；定期对刷卡计算机进行信息安全、病毒查杀等安全排查；安装“攀枝花市药店 MIS 管理与医保监控系统”；安装医保支付结算系统；确保系统支持医保电子凭证结算；提升药店信息系统管理、运维水平，确保基本医疗保险费用结算的稳定、正常开展；按要求实时上传明细数据，上传明细应与参保职工实际配购等明细一致。	未做到刷卡计算机系统专网、专机、专用的和（或）未安装正版杀毒软件及防火墙软件的，扣 5 分。	5	县（区）医保事务中心	
	18		由药店软件系统、网络故障造成参保人员刷卡故障的，同时出现故障后不积极与医保局联系，不主动解决问题的，每查实 1 次投诉扣 2 分；不支持医保电子凭证结算的扣 5 分；未按要求实时上传明细数据的，发现一次扣 2 分。	10	县（区）医保事务中心	

六、诚信管理 (5分)	19	被信件、电话等各种形式举报投诉。	每查实一例扣1分。	2	县(区)医保事务中心	
	20	严格遵守法律、法规、规章,全年无违法违规受到医保或其他行政部门处理情况。	有违法违规受到医保或其他行政部门处理一次扣1.5分。	3	县(区)医保事务中心	
总分						

备注:1.本评分表中,未开通异地就医联网结算的零售药店不参与15项、16项考核评分,“费用审核结算管理”和“医保监管”的总分分别提高为30分和40分,其中,涉及10项、11项扣分情形的,按扣40分处理;涉及12项“无特殊情况超过5个工作日未申报上月参保人员刷卡购药费用”的,按扣15分处理;

2.本评分表“医保监管”等单项考核中,考核内容对应违反协议情况的,如涉及多项叠加计算,如实记录原始扣分备查,作为定点零售药店(供药机构)年度排名依据;

3.考核计算总分时每个项目扣分时,扣完为止,不计负分。

信息公开选项：主动公开

攀枝花市医疗保障事务中心办公室

2020年12月31日印发
