

三门峡市医疗保障服务中心文件

三医保中心〔2025〕15号

三门峡市医疗保障服务中心 关于转发《关于印发河南省医疗保障定点医 药机构 2025 年度考核办法》的通知

各县(市、区)医疗保障服务中心、市城乡一体化示范区社保中心、市直各定点医疗机构:

现将河南省医疗保障服务中心《关于印发〈河南省医疗保障定点医药机构 2025 年度评价办法〉的通知》(豫医保中心〔2025〕7号)转发给你们,请结合以下要求认真贯彻执行。

一、提高思想认识,加强组织领导

各单位要充分认识定点医药机构年度评价工作的重要性,将其作为规范医疗保障服务、维护基金安全的重要抓手,切实加强组织领导,明确责任分工,确保评价工作有序开展。

二、严格执行办法,确保评价公正

各级医保经办机构要严格按照《河南省医疗保障定点医

药机构 2025 年度评价办法》规定的评价方式、内容、标准和程序，坚持公开、公平、客观、有效的原则，扎实开展年度评价工作。要注重评价过程的规范性和透明度，确保评价结果真实准确。各级医保经办机构不得随意修改、增加、删除考核内容及评分标准。

三、强化结果运用，提升服务质量

各定点医药机构要对照评价内容和标准，加强内部管理，积极整改存在的问题，不断提升医疗保障服务质量。各级医保经办机构要强化评价结果的运用，将评价结果与质量保证金返还、评优评先、协议管理等挂钩，形成激励约束机制。

请各县（市、区）医保经办机构及时将本通知转发至辖区内各定点医药机构，并做好政策解读和业务指导工作。执行过程中遇到的问题，请及时向市医疗保障经办机构反馈。



河南省医疗保障服务中心文件

豫医保中心〔2025〕7号

河南省医疗保障服务中心 关于印发《河南省医疗保障定点医药机构 2025 年度评价办法》的通知

各省辖市、济源示范区医疗保障经办机构、各定点医药机构：

为做好全省医疗保障定点医药机构年度评价相关工作，我们制定了《河南省医疗保障定点医药机构 2025 年度评价办法》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



(主动公开)

河南省医疗保障定点医药机构 2025 年度评价办法

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实国家、省关于深化医疗保障制度改革的意见，引导定点医疗机构和定点零售药店（以下简称“定点医药机构”）合理诊疗、不断提高服务质量、控制医药费用不合理增长、维护基金安全、提高服务协议履约能力，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》《社会保险经办条例》《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》《国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS—DRG）分组与付费技术规范（2.0 版）》《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范（2.0 版）》《河南省按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）》《河南省医疗保障服务中心关于印发〈河南省医药机构医疗保障定点管理规范（试行）〉》等法律法规、政策规定及《河南省医疗保障定点医药机构服务协议范本（2025 版）》要求，结合我省实际，制定本办法。

第二条 定点医药机构年度评价坚持激励与约束并重，遵循公开、公平、客观、有效的原则，将其贯穿于医疗保障服务全过程。

第三条 定点医药机构指统筹区内与医疗保障经办机构签订医疗保障服务协议的医药机构。

第四条 定点医药机构年度评价按属地化原则，由各级医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）负责实施，为“双定点”管理的，原则上由所属地经办机构进行评价，评价结果两地经办机构互认。

第二章 评价方式及内容

第五条 采取智能监控、随机抽查、病历审核、交叉检查、专项核查等多种方式，通过组织医疗保障经办服务专家、其他第三方服务等，对定点医药机构执行法律法规、医疗保障政策，履行服务协议等情况进行全面评价。

第六条 按照定点医药机构提供的医疗保障服务类别，紧密结合服务协议，分别制定评价内容。

定点医疗机构评价主要包括内控管理、DIP/DRG 付费管理、目录管理、就医管理、集中采购落地情况、信息系统管理、日常管理、违规行为查处等；定点零售药店评价主要包括内控管理、服务管理、药品及医疗器械管理、集中采购落地情况、信息系统管理、日常管理、“双通道”管理、违规查处等。

提供住院服务的定点医疗机构年度评价标准共 8 类 38 项（见附件 1）；提供门诊服务的定点医疗机构年度评价标准共 7 类 28 项（见附件 2）；定点零售药店年度评价标准共 8 类 25 项（见

附件3)。同时提供门诊、住院服务的定点医疗机构只按住院评价标准（见附件1）进行评价。

第七条 定点医药机构评价按自然年度进行，采取日常管理与年终评价相结合，原则上于每年1月底前完成上年度评价。

第三章 评价结果

第八条 定点医药机构医疗保障服务实行质量保证金制度。经办机构向定点医药机构拨付医疗费用时，按照协议约定预留质量保证金。

第九条 定点医药机构一个自然年度的评价基准分为100分，未按规定完成的项目扣除一定分值，各项最高扣分原则上不超过该项总分值，评价分数为各项得分合计；单项评价时如问题突出，情形严重的可突破此项单项评价分值，按照大类分值（例如就医管理、日常管理等）作为最高上限进行扣减；“评分项目”可不开展或不存在的，则该项目标准分值应予以扣除，实得分按剩余项目得分率折算。按“例数”评价的项目，其扣除分值可根据定点医药机构的年度服务量进行加权处理。

第十条 年度评价90分（含90分）以上的定点医药机构，纳入评优评先范围；年度评价80分以上（含80分）的定点医药机构，按规定其上年度质量保证金全部返还；年度评价80分以下的，经办机构应及时向该定点医药机构通告有关情况，并按比例扣减其上年度质量保证金，每低1分扣减5%；年度评价60分

以下（含 60 分）的，经办机构应向该机构发出书面通知，说明具体情况、提出整改要求，并视情况中止或解除医保协议；质量保证金不予返还。

第十一条 定点医药机构指定专人负责本机构内部的评价工作，加强与经办机构的沟通配合，强化评价结果与内部绩效管理的协同应用。

第十二条 经办机构向定点医药机构通报上年度评价结果，定点医药机构对评价结果有异议的，在接到评价结果通报 5 个工作日内向经办机构提出复评申请，经办机构组织由医疗保障经办服务专家组成的复评组进行复评，并做出复评意见。逾期未提出复评申请的，视为同意。

第十三条 经办机构依据上年度评价结果，扣除相应的质量保证金后及时返还其余质量保证金。

第十四条 年度评价内因违规被中止医保协议的，结合违规事项视情节严重程度根据考核标准（附件 1、附件 2、附件 3）扣减相应分数，并根据考核结果返还质量保证金；因违规等被解除医保协议的，质量保证金不予返还；因停业或歇业申请中止医保服务协议且截至考核之日未申请恢复的，或因停业或歇业申请终止医保服务协议的，应当对与申请机构结算的医保费用开展复核，视情返还质量保证金。

第四章 附 则

第十五条 建立信息互通机制，各级医疗保障部门对定点医药机构的检查、评估、评价结果应互通信息，协同运用。

第十六条 各经办机构可结合工作实际，对评价内容及评分标准作出适当调整，调整幅度不得高于10%。

第十七条 国家、省法律法规和政策发生调整的，从其规定。其他有关定点医药机构履行协议年度评价与本办法不一致的，以本办法为准。

第十八条 本办法由河南省医疗保障服务中心解释。

- 附件：1. 河南省医疗保障定点医疗机构（住院）评价内容及评分标准
2. 河南省医疗保障定点医疗机构（门诊）评价内容及评分标准
3. 河南省医疗保障定点零售药店评价内容及评分标准

附件 1

河南省医疗保障定点医疗机构（住院）评价内容及评分标准

被评价单位（公章）：		定点医疗机构代码：		评价时间： 年 月 日	
评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分	
内控管理 (20 分)	医疗机构执业许可证或中医诊所备案证，营业执照或事业单位法人证书或非企业单位登记证书，生育服务母亲备孕案证等经营许可证在有效期内。	2	一项未年检此项不得分，视情节轻重按照协议约定处理。		
	营业场所服务环境良好、布局合理，在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识。在营业场所显著位置公布医疗服务及药品价格相关信息，公布卫健部门及医保管理部门投诉举报电话；提供相关的咨询服务，接受参保人员和社会监督；医保服务区、收银柜台等位置配备监控设施，监控影像资料至少储存 3 个月以上。	2	无标识或标识不规范扣 1 分，服务环境不达标一项扣 1 分，最多扣 2 分，一项价格信息未公布扣 1 分；未公布监督举报电话扣 0.5 分；影像资料存储时间未满足 3 个月扣 1 分；最多扣 2 分，未配备使用监控设施此项不得分。		
	妥善保存本年度服务协议、文件等医保档案；按要求参加医疗保障部门开展宣传和培训，定期开展医疗保障政策、基金监管、医保医师等业务培训，培训记录完整齐全。多种形式宣传医疗保障法律法规政策、就医结算流程等。	2	现场核查未见本年度服务协议原件此项不得分，其它不达标一项扣 1 分；未参加宣传或培训的此项不得分；无培训记录扣 1 分；最多扣 2 分。		

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
内控管理 (20分)	设立与医保管理任务相适应的、与本单位医疗行政管理 部门相平行的、独立的医保服务管理机构,明确医务、 财务、价格、质控、病案、信息等部门在医保管理中的 职责,配合医保办开展医保管理工作;按要求配备专职 医保管理人员。	2	无独立医保管理部门的,扣1分;专职医保管理 它不达标一项扣1分;专职医保管理 人员配备:高于100张床位的,按照 不低于100:1的比例配置,不达标 此项不得分;现场提问政策答错一题 扣1分;最多扣2分。	
	执业医师、执业护士、药师、技师等专业技术人员,应 具备相应专业资格证书、注册证书及上岗证等证件,且 营业时间内在岗。	2	查看卫生技术人员在岗情况(根据当 日排班交班情况表),不在岗一人扣 1分,最多扣2分;其他视情节轻重 按照协议约定处理。	
	医疗保险管理制度和医疗服务管理制度健全。严格落实 首诊负责制度、查房制度、会诊制度、分级护理制度、 值班与交接班制度、病历管理制度(疑难病例讨论制度、 急危重患者抢救及报告制度、术前病例讨论制度、死亡 病例讨论制度、查对制度、手术安全核查制度)、抗菌 药物管理制度、临床用血审核管理制度、药品贮存制 度,毒麻精放类等特殊药品的使用及管理。	2	一项扣0.5分,最多扣2分。	
	按要求对药品及医用耗材进、销、存运用计算机信息系 统管理,电子台账账册清楚,账物相符。	2	抽查2-4种药品或医用耗材,一项 不对照扣1分,最多扣2分;其他视 情节轻重按照协议约定处理。	
	医疗机构名称、法定代表人、主要负责人、执业地址、 诊疗科目、级别、床位数、经营性质、机构类别和银行 结算账户等重大信息变更。自有关部门批准之日起30 个工作日内按要求向医保经办机构提出变更申请,其他 一般信息变更及时书面告知。	2	一般信息未按规定时限书面告知扣2 分,重大信息变更未按规定时限申请 的,按照协议约定处理。	

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
	按要求做好医保支付资格相关人员登记备案、服务承诺、状态维护、医保费用申报等工作；服务承诺上传、状态维护等符合规定时限。	2	一项不达标扣1分，最多扣2分；其他视情节轻重按照协议约定处理。	
内控管理 (20分)	按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，定点医疗机构不得作为欠费处理；做好基金预付相关工作；该年年底清算后，定点医疗机构对应由医疗机构承担的资金，要及时核销财务账目，返还医保预付金，不得挂账。	2	是否单独设置台账管理，严格资金使用审批、支出程序，是否存在借出或挪作他用；是否在相关科目下设置“医保预付金”明细科目，单独核算；调取财务凭证，发现有医保挂账或医保欠费凭证的扣1分，最多扣2分。	
DIP/DRG 付费管理 (27分)	成立由院长牵头的DRG/DIP付费改革领导小组及工作小组，建立医院内DRG/DIP付费病案管理、临床路径管理、成本核算管理、绩效考核制度建设、数据信息审核、数据规范安全管理机制等配套措施，有医院重点部门之间构建协调管理办法及流程；年度内开展4次及以上DRG/DIP付费改革工作相关培训活动；按要求配备专职病案编码员。	6	DRG/DIP领导小组成员职责不清晰、机制不健全，不达标一项扣1分，沟通协调处理问题的详细记录不达标扣1分，无明确的分工和任务计划的扣2分；无培训教材或记录缺一次扣0.5分。原则上医院实际开放床位1000张及其以上的，至少配备4名编码员；实际开放床位在500—999张的，至少配备3名编码人员；实际开放床位在499—100张的，至少配备2名编码人员；实际开放床位在100张及其以下的，至少配备1名编码人员；缺一名扣3分。最多扣6分。	

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
DIP/DRG 付费管理 (27分)	信息上报及时、完整，按规定每月及时、完整上传结算清单，参保人员出院联网结算后的10天（自然日）内结算清单上传至省平台，上传数据完整（以上传数据与医保结算数据匹配情况判断完整性）。 数据入组率$\geq 90\%$，数据入组率=入组病例数$\div$纳入DRG/DIP管理总病例数； 结算清单质控通过率应$\geq 98\%$以上，根据医保结算清单质控系统的质控结果，对各医疗机构结算清单的质量进行评价。医疗机构结算清单质控通过率=通过质控清单数量$\div$全部清单数量 医保结算清单在医疗机构实现全流程管理，传数据查看。	7	上传结算清单不及时或不完整每月扣0.5分，最多扣2分； 病案数据入组率$< 90\%$，每低一个百分点扣0.5分，最多扣2分； 结算清单质控通过率，每低一个百分点扣0.5分，最多扣2分； 上传数据可实时查看得2分；没有实现，此项不得分。此项最多扣7分。	
	医院收治病例覆盖的DRG/DIP组数符合要求。 CMI值变化率符合考核要求，CMI值变化率= $[(\text{本年度 CMI 值} - \text{上年度 CMI 值}) \div \text{上年度 CMI 值}] \times 100\%$； 费用消耗指数符合考核要求，费用消耗指数= $[\sum (\text{该院各 DRG 病组/DIP 病种平均费用} \div \text{区域对应 DRG 病组/DIP 病种平均费用} \times \text{该院对应 DRG 病组/DIP 病种病例数})] \div \text{该院总病例数}$； 时间消耗指数符合评价要求，时间消耗指数= $[\sum (\text{该院各 DRG 病组/DIP 病种平均住院日} \div \text{区域对应 DRG 病组/DIP 病种平均住院日} \times \text{该院对应 DRG 病组/DIP 病种病例数})] \div \text{该院总病例数}$。	7	病例覆盖的DRG/DIP组数相较前一年，每少10组扣1分，最多扣4分； 与上年度相比，CMI变化率≥ 0，每下降一个百分点扣0.5分，最多扣2分（二级及以上医院评价此项）； 费用消耗指数≤ 1，每增加一个百分点扣0.1分，最多扣3分； 时间消耗指数≤ 1，每增加一个百分点扣0.1分，最多扣3分。此项最多扣7分。	

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
DIP/DRG 付费管理 (27分)	次均费用增长率 = $\left[\frac{\text{本年度住院次均费用} - \text{上年度住院次均费用}}{\text{上年度住院次均费用}} \right] \times 100\%$; 人次人头比变化率 = $\left[\frac{\text{本年度住院患者人次} - \text{上年度住院患者人次}}{\text{上年度住院患者人次}} \right] \times 100\%$; 30天内因同一疾病再次入院该院的比率 = $\left[\frac{\text{出院患者30天内再住院人数}}{\text{出院患者总数}} \right] \times 100\%$; 个人负担比 = $\frac{\text{个人负担总费用}}{\text{按项目实际发生的费用}}$。	7	次均费用增长率高于同级医院平均值，且同比增长的，每增加一个百分点，扣0.5分，最多扣3分； 人次人头比变化率增幅超过0的，每上升一个百分点扣0.5分，最多扣3分； 30天内因同一疾病再次入院该院的比率相较前一年，每上升一个百分点扣0.5分，最多扣2分； 个人负担比相较前一年，每上升一个百分点扣0.5分；最多扣2分。此项最多扣7分。	
	做到院内信息系统中对三个目录映射库动态更新新维护做到及时、完整、准确，诊疗项目和耗材执行河南省医疗服务项目规范。	1	目录对照不及时此项不得分，其他依据相关规定执行。	
目录管理 (5分)	购进、使用、管理药品和医用耗材，留存相关凭证。购进记录应包含通用名称、编码、剂型（型号）、规格、生产厂家（中药品标明产地）、有效期、批准文号、数量、价格、批号、生产日期等信息，确保其使用的可追溯性。使用大型医疗器械以及植入和介入类医疗器械（或医用耗材）的，应当将医疗器械的名称、关键性技术参数等信息以及使用质量安全密切相关的信息记入病历等相关记录中。	2	缺一项扣0.5分，最多扣2分。	

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
目录管理 (5分)	处方药品名称、开药量、书写规范符合《处方管理办法》相关规定。	2	一例不达标扣0.5分，最多扣2分；视情节严重程度按照协议约定处理。	
就医管理 (25分)	提供门诊统筹、日间手术、中医日间病房、日间放化疗、家庭病床服务的医疗机构，严格按照相关规定执行。	2	一例不达标扣1分，最多扣2分；视情节严重程度按照协议约定处理。	
	参保人员就医时认真核验其医疗保障有效凭证，做到人证相符；严格把握出院入院标准；住院押金垫付符合协议约定。	1	违规一例扣0.5分，最多扣1分；视情节严重程度按照协议约定处理。	
	病历书写符合《病历书写基本规范》要求（住院病历记录应清晰、真实、准确、完整，并妥善保存；化验检查、用药和治疗应在病程记录中说明，并有结果分析；具有住院资格的医疗机构应做到住院医嘱、病程记录、检查结果、治疗单记录、处方、票据和费用清单“七吻合”；按规定履行知情同意手续）；按要求报送病历、提取相关病例数据。	4	现场抽取10份病历，一例不达标扣0.5分，最多扣4分；未按要求报送或数据提取质量不符合要求三次及以上的扣1分，四次及以上的扣2分，六次及以上扣4分，最多扣4分。	
	认真开展两病政策宣传、备案、服务；门诊慢特病定点医院机构按文件要求开展慢特病政策宣传、鉴定，门诊慢特病网上申报认定工作是否公正及时，日常备药是否充足，能满足患者需求；评审医师是否严格按照慢性病认定标准做好慢性病网上申报评审工作；鉴定专家是否存在连续三次不予受理或者拒绝受理参保人员上传的病历资料。	2	一例不达标扣1分，最多扣2分；视情节严重程度按照协议约定处理。	

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
就医管理 (25分)	药品质量安全可靠, 药房环境良好, 药房有药品防尘、防潮、冷藏、无污染、及防虫、防鼠、无霉变等措施; 毒麻精放类等特殊药品存放符合相关规定; 医用物品归类摆放, 有专门的医疗废物处理流程。	2	不达标一项扣1分; 药房环境根据现场情况打分; 最多扣2分。	
	化验室应具备血、尿、粪、生化等常规检验条件; 环境干净整洁, 照明足够, 远离粉尘、噪声等; 仪器整洁摆放合理, 便于操作及样品间空气流通 (化验室需有相关资质的检测机构出具的合格检测报告)。	2	根据现场情况, 酌情打分; 缺一项合格检测报告的扣1分; 最多扣2分。	
	严格把握转院转科、外检外治标准; 因条件限制无法开展的检查检验病理诊断等项目, 可委托“第三方机构”提供服务, 并将与第三方协议签订、调整、解除情况及时进行备案。	2	一例不达标扣1分, 最多扣2分; 未动态备案的此项不得分; 视情节严重程度按照协议约定处理。	
	使用物理治疗与康复、中医诊疗等项目的, 应建立治疗台账, 内容包括就医人员姓名、身份证号或住院号、诊断、治(理)疗项目名称、部位、次数、时长、疗程、治疗日期、操作医(技)师姓名, 且需由操作医(技)师和就医人员(或家属)双方签字确认。特殊检查项目内部申请审核制度。	2	缺一项扣1分, 最多扣2分; 无台账或登记不规范不得分。	
	按规定向就医人员提供门诊、住院费用结算清单和住院日费用清单。	1	违规一例扣0.5分, 最多扣1分。	

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
就医管理 (25分)	严格按照门诊重病特大疾病及门诊特定药品认定标准、支付及相关管理办法执行，不得出具虚假认定证明。对于重病特大疾病住院病种超出规定限额标准的医疗费用由定点医院机构自行承担，不得采用让参保患者外购药品、门诊检验等方式转嫁医疗费用。	2	不达标扣2分；视情节严重程度按照协议约定处理。	
	严格落实异地就医相关文件规定，在医疗服务、医疗信息、医疗费用等方面提供与本地参保人员相同的服务与管理；异地就医住院费用直接结算率达到协议规定；认真核实参保人员身份及转诊证明；主动全量上传异地就医自费明细；直接结算出现问题时应积极配合患者协调处理。	2	不达标扣2分；视情节严重程度按照协议约定处理。	
	严格按照生育保险相关文件规定，确保参保人员在定点医院机构及时享受生育保险待遇，并将生育保险相关信息准确、及时上传。	1	未按规定在定点医院机构正常享受待遇的，核实一例扣1分；上传信息错误的，核实一例扣0.5分；最多扣1分。	
	严格落实医疗救助相关文件规定，优先选择纳入基本医保保障支付范围的药品、医用耗材、诊疗项目，严控不合理费用支出，不得以任何理由推诿、拒收救助对象住院诊疗。经基层首诊转诊的特困人员、低保对象、返贫致贫人口在市内定点医院机构住院，实行“先诊疗后付费”，全面免除其住院押金。	2	推诿、拒收医疗救助患者的，每查实1例扣1分；市内定点医院机构收住院押金的，每查实1例扣0.5分；最多扣2分。	

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
集中采购落地情况 (5分)	集中采购政策规章制度建立情况；将集采药品、医用耗材使用情况纳入院内绩效考核；优先推荐使用集采药品程序；制定集采药品使用监测和应急预案；设置集中采购宣传栏、定期开展培训。	2	制度不健全缺一项扣0.5分；无使用监测及应急预案扣1分；无培训宣传记录扣0.5分，未纳入绩效考核扣1分；最多扣2分，未设置优先推荐程序此项不得分。	
	医保支付的药品、医用耗材应当按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购，并真实记录“进、销、存”等情况；严格执行国家及省有关药品、医用耗材集中采购和使用相关规定。	3	记录一项不达标扣0.5分；不符合集中采购和使用相关规定的，发现一个问题扣1分；最多扣3分；其他违规情况依据协议约定处理。	
信息系统管理 (10分)	按有关要求做好系统改造，全量改造HIS接口；做好处方流转、药品溯源码上传工作，执行处方外配相关规定，支持就医人员凭处方到定点零售药店购药；同时及时准确上传医保数据；在当日（24小时内）完成入院信息录入，费用信息当日传输。	4	不达标扣4分，其他视违规严重程度扣分。	
	贯彻落实15项医疗保障信息业务编码动态维护工作，按要求对执业医师、执业护士、药师、技师等专业技术人员做到全量维护，同步更新，动态管理；做到系统内准确对接，同时全量维护国家编码和名称。	2	不达标扣2分。	
	按要求配备扫码墩、扫码枪或可扫码的一体式读卡器，确保医保码和移动支付结算率达到规定比例以上；按要求做到医保码全流程应用、医疗收费凭证采集及数据上传。	3	不达标扣3分。	

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
信息系统管理 (10分)	加强机构内部管理，制定紧急预案措施，因信息系统故障暂时不能结算的，应及时做好解释工作；不存在内外网混接情况。	1	无紧急预案措施或存在网络混接此项不得分；其他依据情形打分；最多扣1分；其他违规情况依据协议约定处理。	
日常管理 (8分)	通过日常病历审核、智能监控、专项检查、结算管理等方式，发现存在冒名住院、不符合出入院标准、分解住院、挂床住院、不符合目录适应症限制、不符合说明书规定、重复性用药、用药档次过高、重复收费、分解收费（住院期间存在门诊、药店缴费）、超标准收费、高套高编病例、药品和医用耗材外购、转移诊疗费用等情形；配合医疗保障部门（含承办补充保险的商业保险机构）日常检查、智能审核、绩效评价及其他有关工作。	8	按照违规“例数”，结合年度总服务量加权扣分；不配合医保工作扣5分；最多扣8分。	
违规行为查处	存在协议中违约行为造成医疗保障基金损失较大或社会影响较大或存在协议中违约行为且性质恶劣，造成医疗保障基金重大损失、严重影响社会的；医保医师指数符合评价要求，医保医师指数=该院被医疗保障部门累计计分÷该院医保医师总分值（医保医师总分值=该院医保医师人数×12分）。	扣 20—40	视情节严重程度进行打分；医保医师指数≤20%，每增加一个百分点扣1分，最高扣20分。	
备注	检查中发现存在协议规定的需解除服务协议，评价一票否决。			

评估专家签字：

医疗机构负责人签字：

附件 2

河南省医疗保障定点医疗机构（门诊）评价内容及评分标准

被评价单位（公章）：		定点医疗机构代码：		评价时间： 年 月 日	
评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分	
内控管理 (30分)	医疗机构执业许可证或中医诊所备案证，营业执照或事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书在有效期内。	2	一项未年检此项不得分，视情节轻重按照协议约定处理。		
	营业场所服务环境良好，应宽敞明亮、卫生整洁，无蜘蛛网及卫生死角，布局合理，在显著位置悬挂统一的定点医疗机构标识。	3	无标识或标识不规范扣 1 分；服务环境视现场情况酌情打分；最多扣 3 分。		
	妥善保存本年度服务协议、文件等医保档案；至少有 1 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；按要求参加医疗保障部门开展组织的宣传和培训，及时对员工开展医保政策培训，年度内开展 2 次及以上医保政策培训，多种形式宣传医疗保障法律法规政策。	3	未配备专兼职医保管理人员或现场核查未见本年度服务协议原件此项不得分，其它不达标一项扣 1 分；现场提问政策答错一题扣 0.5 分；未制定医疗保障政策培训计划或无培训记录扣 1 分；未参加宣传或培训的此项不得分；最多扣 3 分。		

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
内控管理 (30分)	执业医师、执业护士、药师、技师等专业技术人员应具备相应专业资格证书、注册证书及上岗证等证件，营业时间内在岗。	3	至少有1名取得执业医师证书、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；查看卫生技术人员在岗情况（根据当日排班交班情况表），不在岗一人扣2分，最多扣3分；其他情节轻重按照协议约定处理。	
	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、药品和医用耗材质量安全（购进、验收、养护、不合格药品处理、处方药管理）等内部管理制度，毒麻精放类等特殊药品的使用及管理制度。	2	缺少一项扣1分，最多扣2分。	
	按要求对药品及医用耗材进、销、存运用计算机信息系统管理，电子台账账册清楚，账物相符。	6	抽查3—5种药品或医用耗材，一项不对照扣2分，最多扣6分。	
	医疗机构名称、法定代表人、主要负责人、执业地址、诊疗科目、级别、床位数、经营性质、机构类别和银行账户等重大信息变更。自有关部门批准之日起30个工作日内向医保经办机构提出变更申请，其他一般信息变更及时书面告知。	5	一般信息未按规定时限书面告知扣4分；重大信息变更未按规定时限申请的，按照协议约定处理。	
	在营业场所显著位置公布医疗服务及药品价格相关信息；公布卫健部门及医保部门投诉举报电话。提供相关的咨询服务，接受参保人和社会监督。	2	一项价格信息未公布扣1分；未公布投诉举报电话扣1分；最多扣2分。	

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
内控管理 (30分)	按要求做好医保支付资格相关人员登记备案、服务承诺、状态维护、医保费用申报等工作；服务承诺上传、状态维护等符合规定时限。	2	一项不达标扣1分，最多扣2分；其他视情节轻重按照协议约定处理。	
	医保服务区、收银柜台等位置配备监控设施，监控影像资料至少储存3个月以上。	2	影像资料存储时间未满足3个月扣2分，未配备使用监控设施此项不得分。	
	有药品防尘、防潮、冷藏、防冻、无污染、防虫、防鼠、无霉变等措施。	5	不达标一项扣1分，最多扣5分。	
就医管理 (30分)	化验室应具备血、尿、粪、生化等常规检验条件；环境干净整洁，照明足够，远离粉尘、噪声等；仪器整洁摆放合理，便于操作及样品间气流流通（化验室需有相关资质的检测机构出具的合格检测报告）。	5	根据现场情况，酌情打分，缺一项合格检测报告扣2分；最多扣5分。	
	门诊票据、费用清单、处方、医嘱、检查结果、诊断及病程记录应吻合，并与实际使用情况一致；按规定向参保就医人员提供门诊费用结算清单及明细。	5	抽取10份门诊病历或处方，不合格一例扣1分，最多扣5分；视情节轻重按照协议约定处理。	
	口腔门诊，需有消毒设备，定期消毒，制度、记录、流程完善。	5	消毒制度缺1项扣1分；消毒流程2分缺1项扣1分；消毒记录缺1项扣1分，最多扣5分；无消毒设备或无消毒记录此项不得分。	
	医用物品归类摆放，有专门的医疗废物处理流程。	2	不达标扣2分。	

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
就医管理 (30分)	处方药品名称、开药量、书写规范,符合《处方管理办法》等相关规定。	3	违规一例扣1分,最多扣3分。	
	纳入门诊统筹的定点医疗机构,需按门诊统筹要求执行相关规定,参与集采执行零加成;为参保人员提供优质便捷的服务,做好人员培训及门诊统筹政策宣传,不得诱导参保人员冲顶年度支付限额。	3	未设置宣传版面或宣传栏扣1分;无培训记录扣1分;其他根据情况依据协议约定处理。	
	严格落实异地就医相关文件规定,在医疗服务、医疗信息、医疗费用等方面提供相同的服务和管理。	2	不达标扣2分,视情节轻重按照协议约定处理。	
	做到院内信息系统中对三个目录映射库动态更新维护做到及时、完整、准确。医保目录内药品备药率及使用率按国家及省有关规定执行;诊疗项目和耗材执行河南省医疗服务项目规范。	5	目录对照不及时扣5分,一项不对照或对照错误扣1分,其他依据协议约定处理;备药率及使用率根据情况依据协议约定处理。	
目录管理 (10分)	购进、使用、管理药品和医用耗材,留存相关凭证。购进记录应包含通用名称、编码、剂型(型号)、规格、生产厂家(中药品标明产地)、有效期、批准文号、数量、价格、批号、生产日期等信息,确保其使用的可追溯性。	5	缺一项扣2分,最多扣5分。	

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
集中采购落地情况 (10分)	落实集中采购政策规章制度建立情况：制定实施方案、职责分工、纳入院内绩效考核；制定中选药品采购、入库、回款流程；制定集采药品使用监测和应急预案；设置集中采购宣传栏、定期开展培训。	5	制度不健全缺一项扣1分；无使用检测及应急预案扣2分；无培训宣传记录扣2分，最多扣5分。	
	医保支付的药品、医用耗材应当按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购，并真实记录“进、销、存”等情况。	5	记录一项不达标扣1分，最多扣5分；其他违规情况依据医疗保障服务协议处理。	
	按有关要求做好系统改造，全量改造HIS接口，做好处方流转、药品溯源码上传工作，同时及时准确上传医保数据；在当日（24小时内）完成入院信息录入，费用信息当日传输。	4	不达标扣4分，其他视违规严重程度依据协议约定处理。	
信息管理 (10分)	贯彻落实15项医疗保障信息业务编码动态维护工作，按要求对执业医师、执业药师、药师、技师等专业技术人员做到全量维护，同步更新，动态管理；做到系统内准确对接，同时全量维护国家编码和名称。	2	不达标扣2分。	
	按要求配备扫码墩、扫码枪或可扫码的一体式读卡器，确保医保码和移动支付结算率达到规定比例以上；按要求做到医保码全流程应用、医疗收费凭证采集及数据上传。	2	不达标扣2分。	
	加强机构内部管理，制定紧急预案措施，因信息系统故障暂时不能结算的，应及时做好解释工作；不存在内外网混接情况。	2	无紧急预案措施或存在网络混接此项不得分；其他依据情形打分；最多扣2分；其他违规情况依据协议约定处理。	

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
日常管理 (10分)	根据日常检查，发现存在不符合目录适应症限制、药品使用不符合说明书规定、不符合《河南省合理应用抗菌药管理办法》、存在重复性用药、用药档次过高、使用中未遵循中医辨证施治原则和理法方药等违反协议约定的情形；配合医疗保障部门第三方日常检查及其他有关工作。	10	视日常检查实际情况进行打分；不符合医保工作扣5分，最多扣10分。	
违规行为 查处	存在协议中违约行为造成医疗保障基金损失或造成不良社会影响或存在协议中违约行为的。	扣 20—40	视情节严重程度进行打分。	
备注	检查中发现在协议规定的需解除服务协议，评价一票否决。			

评估专家签字：

医疗机构负责人签字：

河南省医疗保障定点零售药店评价内容及评分标准

被评价单位（公章）：		定点零售药店代码：		评价时间： 年 月 日	
评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分	
内控管理 (30 分)	营业执照、药品经营许可证、医疗器械经营许可证在有效期内。	2	一项未年检此项不得分，视情节轻重按照协议约定处理。		
	定点零售药店营业场所服务环境良好，应宽敞明亮、卫生整洁，无蜘蛛网及卫生死角。在显著位置悬挂统一模式的定点零售药店标识，集中带量采购药品销售定点应同时悬挂专用标识；设置“医疗保障宣传栏”和“医疗保障投诉箱”。	5	营业环境根据现场情况，酌情打分；未悬挂定点标识和集中采购药品专用标识的，缺少一项扣 1 分；未设置“医疗保障宣传栏”和“医疗保障投诉箱”扣 1.5 分，最多扣 5 分。		
	妥善保存本年度服务协议、文件等医保档案；至少有 1 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；按要求参加医疗保障部门开展组织的宣传和培训，及时对员工开展医保政策培训，年度内开展 2 次及以上医保政策培训，多种形式宣传医疗保障法律法规政策。	3	未配备专兼职医保管理人员或现场核查未见本年度服务协议原件此项不得分，其他不达标一项扣 1 分；现场提问政策答错一题扣 1 分；未制定医疗保障政策培训计划或无培训记录扣 1 分；未参加宣传或培训的此项不得分；最多扣 3 分。		

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
内控管理 (30分)	具有符合医保协议管理要求的医保药品管理制度（购进、验收、养护、不合格药品处理、处方药管理）、财务管理、医保人员管理制度、培训制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度。	3	缺一项扣1分，最多扣3分。	
	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要信息发生变更的，应自有关部门批准之日起30个工作日内向医保经办机构提出变更申请，其他一般信息变更应及时书面告知。	5	一般信息未按规定时限书面告知扣5分；重大信息变更未按规定时限申请的，按照协议约定处理。	
	按要求对药品及医疗器械进、销、存实行计算机信息系统管理，电子台账账册清楚，账物相符。	8	抽查3—5种药品或医疗器械，一项不对照扣3分，最多扣8分。	
	按要求做好医保支付资格相关人员登记备案、服务承诺、状态维护、医保费用申报等工作；服务承诺上传、状态维护等符合规定时限。	2	一项不达标扣1分，最多扣2分；其他视情节轻重按照协议约定处理。	
	医保服务区、收银柜台等位置配备监控设施，监控影像资料至少存储3个月以上，“双通道”药店及门诊统筹药店监控影像资料至少存储2年以上备查。	2	影像资料存储时间未满足3个月扣1分，“双通道药店”和门诊统筹药店监控影像资料未存储2年以上扣2分，未配备使用监控设施此项不得分。	

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
服务管理 (20分)	配备至少有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,且注册在该零售药店所在地。营业时间内执业药师在岗。	5	营业时间药师不在岗扣5分;无有效期内注册药师的按照协议约定处理。	
	有24小时为参保人员提供服务的标识,在营业场所显著位置公布药监部门及医保部门举报投诉电话。	3	有24小时售药服务标识和购药联系方式得2分,未公布投诉举报电话扣1分,最多扣3分。	
	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、修改密码等服务。	2	不达标扣2分,视违规情况按照协议约定处理。	
	一次刷卡金额超过500/1000元的,须做好购药人姓名、身份证号及购药信息等基本信息登记备查。	5	登记记录缺一项扣2分,最多扣5分;无登记本此项不得分。	
	药师应当对处方进行审核、签字后调剂配发药品,并要求保存备查。	5	现场查看处方审核情况,一张处方不合格扣1分,最多扣5分。	
药品及医疗器械管理 (20分)	药品防尘、防潮、冷藏、冷冻、无污染和防虫、防鼠、无霉变等措施,药品、医疗器械存储环境及摆放符合要求。	7	不达标一项扣1分,最多扣7分。	
	刷卡消费应出具购药发票、清单,且与实际购买药品、医疗器械品名、金额、数量一致。	6	现场检查及日常检查不合格发现一例扣2分,最多扣6分;视情节轻重按照协议约定处理。	

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
药品及医疗器械管理 (20分)	按药品经营质量管理规范要求,开展药品分类分区管理(含集采药品);医疗器械分区管理;医保刷卡区与非医保刷卡区标识明显;所售药品设立明确的医保用药及价格标识。 购进、使用、管理药品和医疗器械,留存相关凭证。购进记录应包含通用名称、编码、剂型(型号)、规格、生产厂家商(中药材标明产地)、有效期、批准文号、数量、价格、批号、生产日期等信息,确保其使用的可追溯性。	3	分区管理不达标扣2分;价格标识缺一项扣1分,最多扣3分。	
		4	缺一项扣1分,最多扣4分。	
集中采购落地情况 (10分)	落实集中采购政策规章制度建立情况;制定实施方案、职责分工、纳入绩效考核;制定中选药品采购、入库、回款流程;制定集采药品使用监测和应急预案;设置集中采购宣传栏、定期开展培训。	5	制度不健全缺一项扣1分;无使用检测及应急预案扣2分;无培训宣传记录扣2分,最多扣5分。	
	医保支付的药品应当按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购,并真实记录“进、销、存”等情况。	5	记录一项不达标扣1分,最多扣5分;其他违规情况依据集采协议及医疗保障服务协议处理。	
信息管理 (10分)	按要求完成信息系统改造;配备扫码墩、扫描枪或可扫码的一体式读卡器,实现参保人员使用医保码购药结算;做好药品溯源码上传工作;加强机构内部管理,因信息系统出现故障影响参保人员就医或费用暂时不能结算的,积极排除故障,做好解释工作;不存在内外网混接情况。	5	未按要求完成信息系统改造的此项不得分;未配备扫码墩、扫描枪或可扫码的一体式读卡器扣2分;溯源码上传不达标扣2分;网络混接扣2分;其他违规情形打分,最多扣5分;其他违规情况依据协议约定处理。	

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
信息管理 (10分)	在当日(24小时内)上传参保人员就医、结算及其他相关信息,确保真实准确;贯彻落实15项医疗保障信息业务编码动态维护工作,做好编码对接和维护工作,定点零售药店信息系统做到准确对应。 “门诊统筹”定点零售药店,需按照要求完成“进、销、存”系统改造,及时将“进、销、存”数据传输至医保信息平台。	3	一项不达标扣1分,最多扣3分。	
日常管理 (10分)	根据日常检查,发现存在使用医保基金销售食品、日用品、化妆品等生活用品及“国食健字”、“卫食健字”保健品等违反协议约定的情形;配合医疗保障部门第三方日常检查及其他有关工作。	10	视日常检查实际情况进行打分;不配合医保工作扣5分,最多扣10分。	
“双通道”管理	“双通道”定点零售药店,应建立统一的“购药档案”,建立特定药品管理制度、药品登记制度和药品包装回收制度,并有专人管理;配备2名及以上取得执业药师资格证书且注册到店的执业药师(且有一名为中药执业药师);保存有“双通道”药品文件档案,与药品生产企业签订的供应合作协议;设立特定药品专柜,设有独立患者教区域;设立特定药品专柜,参保患者领取特定药品时要当面拆除或在下次领取特定药品时回收包装盒(袋)、注射安瓿。发放和回收、销毁特定药品时要登记造册,备查。	扣20	档案管理5分;一项制度不达标扣2分;专人管理3分独立;独立患者教区域3分;发放回收、销毁记录,缺一项扣2分;人员配备不达标此项不得分;其他违规情况依据协议约定处理。	

评价项目	评价内容	分值	评分标准	得分
违规行为查处	存在协议中违约行为造成医疗保障基金损失或造成不良社会影响或存在协议中违约行为的。	扣 20—40	视情节严重程度进行打分。	
备注	检查中发现存在协议规定的需解除服务协议，评价一票否决。			

评估专家签字：

零售药店负责人签字：

