

《山东省“智慧医保”定点医药机构评估规范》 (征求意见稿) 地方标准编制说明

一、工作简况

(一) 任务来源

2023 年 12 月，山东省市场监督管理局印发 2023 年度第三批地方标准计划项目，将《山东省“智慧医保”定点医药机构建设评估规范》列为山东省地方标准制修订计划，项目编号 2023-T-173，由山东省大数据局提出，由山东省医疗保障局归口并组织实施。

(二) 起草单位、主要起草人及任务分工

1. 主要起草单位

XXX、XXX、XXX。

2. 主要起草人

XXX、XXX、XXX。

3. 任务分工

XXX 负责标准指导与总体设计工作；XXX 主要负责标准相关资料的搜集和调研、标准框架和主要内容编写工作；XXX 参与标准内容起草和讨论。

(三) 起草过程

1. 预研及立项

2022 年 7 月，启动标准策划及预研工作，成立标准预研工作组。由山东省医保局牵头，工作组成员包括医保、

信息化、标准化等多个领域的专业人员。

2022 年 7 月-9 月，标准预研工作组启动标准调研工作，率先对省内“智慧医保”定点医药机构情况进行调研，整理定点医药机构评估相关的标准和政策文件，重点搜集“智慧医保”定点医药机构评估相关的国家标准、行业标准、地方标准等资料。标准预研工作组对搜集的资料及调研结果进行分析处理，形成综述性文件，搭建各标准框架，为下一步标准起草打下基础。

2022 年 9 月-2022 年 12 月，召开多次内部讨论会，充分借鉴国家、行业和各省市相关标准，梳理评估规范的经验做法。结合山东省“智慧医保”建设的实际情况以及定点医药机构的切实需求，研究分析标准面向范围和评估指标，确定规范适用于指导山东省行政管辖范围内医保定点医疗机构、医保定点零售药店（统称定点医药机构）“智慧医保”的建设和应用能力评估。

2023 年 1 月，通过理论调研和实际应用相结合的方式，运用定性研究与定量研究方法，从“智慧医保”定点医药机构评估规范的评估原则、评估指标说明和计算、评估等级等方面确定标准框架和内容编制思路。

2023 年 2 月-3 月，根据前期调研结果和综述文件，编制形成标准草案。标准预研工作组召开多次内部会议，就标准草案框架及主要内容进行反复论证，修改完善标准草案。

2023 年 4 月-5 月，向省大数据局提交标准立项材料，并通过省大数据局组织召开的立项论证会，由省大数据局向省市场监督管理局推荐进行标准立项申报。2023 年 12 月，省市场监督管理局下达 2023 年度省地标立项计划，本标准正式立项。

2. 起草标准

2024 年 1 月-2024 年 9 月，标准编制工作组对标准草案框架和内容进行反复讨论和修改，形成标准草案 V1.0。

2024 年 9 月 13 日，召开标准编制工作组会议，对标准框架和内容进行讨论。会后，根据会议意见修改形成标准草案 V2.0。

2024 年 9 月 24 日，召开专家研讨会议，邀请山东省大数据中心、山东财经大学、山东省公共资源交易中心、山东省中医院、山东省医疗保险事业中心、济南标准和质量服务中心等单位的专家，对标准框架和内容进行研讨。会后，根据会议意见修改形成标准征求意见稿。

二、地方标准制定目的和意义

全民医保是保障人民健康的一项基本制度，随着医疗保障制度日益健全，参保人的医疗服务需求大幅度释放，定点医药机构在保障和改善民生中发挥着越来越重要的作用。2019 年 6 月，国家医疗保障局发布《关于印发医疗保障标准化工作指导意见的通知》（医保发〔2019〕39 号），强调做好标准实施的监督评价，建立医疗保障标准实施监

督机制，形成科学合理的考核指标和评估办法。建立标准激励约束和优化改进机制，实施跟踪调查和检查评估，形成制定标准、贯彻实施、监督评估、完善修订等良性循环，提升医疗保障标准化工作实效。2020 年 2 月，中共中央国务院发布《关于深化医疗保障制度改革的意见》（（中发〔2020〕5 号）），提出创新医保协议管理，制定定点医药机构履行协议考核办法，突出行为规范、服务质量和费用控制考核评价，完善定点医药机构退出机制。2020 年 12 月，国家医疗保障局发布《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局第 2 号令）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局第 3 号令），提出医疗保障行政部门负责制定医疗机构定点管理政策，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、定点医疗机构进行监督。2021 年 9 月，国务院办公厅发布《关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》（国办发〔2021〕36 号），强调健全完善医保协议管理，简化优化定点医药机构专业评估、协商谈判程序，制定并定期修订医疗保障服务协议范本，加强事中事后监管。2022 年 2 月，国家医疗保障局发布《关于进一步深化推进医保信息化标准化工作的通知》（医保发〔2022〕8 号），要求各级医保部门要充分认识做好医保信息化标准化工作的重要意义，加强组织保障和协调配合，确保医保信息化标准化各项工作扎实推进。

智慧医保建设是一项复杂的系统工程，涉及多方主体、多类业务、多项改革，标准化在保障智慧医保建设质量、促进数字化转型升级等方面发挥着基础性、引领性作用。

《国务院关于印发深化标准化工作改革方案的通知》（国发〔2015〕13号）、《国家标准化体系建设发展规划（2016-2020年）》、《国家医疗保障局关于印发<医疗保障标准化工作指导意见>的通知》（医保发〔2019〕39号）等文件为医疗保障标准化体系建设提供了要求和指引，从当前定点医药机构医保信息化建设水平、医疗保障制度改革和医药机构供给侧改革的协同性等方面来看，标准体系和标准化管理机制不健全在一定程度上影响了医疗保障和定点医药机构的高质量发展，需要认真总结以往经验做法，破解存在的问题，形成统一的标准规范，发挥智慧医保平台支撑、科技创新、数据赋能作用，更好推动医保和定点协调发展、配套改革。

定点医药机构是医保服务工作的“主阵地”，定点医药机构智慧医保信息化工作涉及医保电子凭证应用、医保目录管理、定点协议管理、联网结算、基金支付、集采药品使用、医疗服务价格改革、处方流转、移动支付、业务下沉等内容，随着中国社会加速向数字时代转型，对定点医药机构医保数字化服务能力、管理能力、监管能力、数据治理能力以及改革创新能力等都提出更高要求。对定点医药机构来说，智慧医保建设存在医保政策复杂难掌握、

医保动态跟进不及时、医保改革任务多、信息化实施内容多等困难，在实际落实医保各项工作任务过程中，定点医药机构普遍存在建设内容规范性不足、建设周期长、建设质量不一等情况，定点医药机构智慧医保建设迫切需要统一标准来规范、引导和评估，全面提升定点管理服务水平。

本标准从定点医保服务水平、定点医保管理水平、定点医保数字监管、定点医保改革创新四个维度，围绕安全保障、实施效率、应用成效、系统建设、标准规范等要素展开评估，最终形成 1 至 5 级的定点医药机构“智慧医保”能力分级，为全省定点医药机构智慧医保信息化建设提供指引、为定点医保服务能力评估提供指南，有助于推动定点医药机构为参保人提供便捷规范的医保服务，切实满足参保人服务需求。

本标准的制定有着重要的意义，具体如下：

1. 提升参保患者就医购药便捷性、均衡性

评估规范将增强医疗、医药、医保业务协同性，有利于以参保人为中心优化再造业务流程，打通医保、医疗业务堵点，创新服务模式，不断丰富“互联网+”医保服务内容，实现更多结算服务走进诊间、床旁、线上，提升服务体验，推动更多医保服务事项下沉至定点医药机构，让参保人“少跑腿”，就医购药报销更便捷。同时评估规范鼓励定点医药机构在护理服务、老龄服务等领域作出积极探索，不断增强参保患者的获得感、幸福感。

2. 提升“智慧医保”建设标准化水平

评估规范从定点医保服务水平、定点医保管理水平、定点医保数字监管、定点医保改革创新四个维度，对定点医药机构医保信息化建设情况进行评估，依托全面的评估指标、完备的信息化手段、客观的评估流程，系统掌握全省定点医药机构“智慧医保”建设现状，宣传建设典型，发现建设短板，对定点医药机构进行统一的引导和约束，提升全省医药机构智慧医保建设标准化水平，促进全省医保定点医药机构形成有序建设、良性竞争、规范发展的医保信息化建设生态。

3. 推动医疗保障各项制度改革向纵深发展

近年来，医保改革逐步深入，开展了包括医保药品和耗材集中带量采购、医疗服务价格改革、医保电子凭证应用、支付方式改革、“双通道”购药、“乙类乙管”、定点零售药店纳入门诊统筹管理等系列改革措施，编制评估规范，将引导定点医药机构按医保要求全面、规范、合理建设定点医保信息化系统，使定点具备快速推进各项医保改革项目协同落地的能力，对于评估等级较高的定点医药机构，在评估周期内享有预拨额度适量优先、减少医保对定点医药机构的检查频次、参与共建智慧医保实验室、参与医保课题研究等，在加强医保改革协同性的同时，助力定点医药机构更好实现自身发展。

三、地方标准编制原则、主要技术内容和确定依据

（一）地方标准编制原则

1. 结合当前政策原则

本标准编制在“智慧医保”、医保信息化相关政策文件、标准的基础上开展，标准内容同现有相关政策文件相协调一致。

2. 紧密结合工程建设原则

标准研制与本项目相关开发方通力配合，一是保证在建设过程中遵循相关标准，二是在标准编制过程中及时根据工程建设中反馈的问题进一步完善标准。

3. 规范性

本标准按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草，符合标准编写要求。

（二）主要技术内容和确定依据

1. 范围和主要内容

本文件给出了山东省“智慧医保”定点医药机构的评估原则、评估指标体系和评估等级。

本文件适用于指导山东省行政管辖范围内医保定点医疗机构、医保定点零售药店（统称定点医药机构）“智慧医保”的建设和应用能力评估。

2. 术语和定义

界定了智慧医保、定点医药机构等术语和定义。

3. 评估原则

本章给出了“智慧医保”定点医药机构的评估原则，包括科学合理原则、公平公正原则、注重实效原则。

4. 评估指标体系

本章给出了“智慧医保”定点医药机构评估指标体系框架、评估指标说明、评估指标计算方法。

5. 评估等级

本章给出了山东省定点医药机构“智慧医保”评估等级，由低到高分分为 1 至 5 级，较高级别包含较低级别的全部能力。

（三）标准技术内容实践应用情况

标准交叉运用定性研究与定量研究方法，细化法律法规、条例规章中有关定点医药机构医保信息化能力的相关规定，综合考虑全省定点医药机构已经具备的医保信息系统功能点，通过政策规则化、功能概念化的方式生成评估指标，运用数据抓取、数据分析方法及相关技术自动获取评估数据，减少主观填报比例，确保评估结果客观且中立，确保医保部门具备对定点医药机构智慧医保评估的基本能力。

山东省医疗保障局已指导全省 6 万余家定点医药机构医院信息系统（HIS）、药店管理系统深入对接医保信息平台，建设机构医保管理服务系统作为定点与医保之间统一的交互通道以及定点医保业务的综合集成平台，累计下发接口 62 个，完成了医保电子凭证应用、实时联网结算、异

地就医结算、“双通道”谈判药结算、定点协议电子化管理、事前事中审核等一系列工作，智慧医保定点医药机构建设已具备了一定的规范性、约束性和引导性。以信息化为支撑，全省每天医保结算 117.7 万人次，每天生成医保结算数据 91.6 万条，日均医保结算 3.2 亿元。

四、与现行相关法律、行政法规和其他标准的关系

目前国内没有定点医药机构医保信息化的评估标准，本标准可以填补这一空缺。

本标准按照 GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则》给出的规则起草。

在编制过程中，本标准参考了中共中央、国务院及医保等部门对医保、定点医药机构信息化、标准化建设的相关规范。本标准坚持遵循国家医疗保障局对于医疗保障标准化、信息化的指导意见。本标准中的评估指标来源于政策规范、标准规范，并结合山东省定点医药机构实际的医保信息化系统功能拓展、细化。例如，本标准中“数据归集”的评估指标设计思路来源于《山东省医疗保障信息平台建设指引》对于“数据归集报送工作”的界定——医保数据归集报送工作是指按照国家局数据归集要求，通过报盘方式报送历史数据和通过交换库方式报送后续业务数据。

本标准规范性引用如下标准：

（一）中共中央、国务院

《中华人民共和国数据安全法》

《中华人民共和国网络安全法》

《中华人民共和国个人信息保护法》

中共中央 国务院 《“健康中国 2030”规划纲要》

国务院 《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）

国务院办公厅 《“十四五”全民医疗保障规划》（国办发〔2021〕36 号）

国务院办公厅 《“十四五”国民健康规划》（国办发〔2022〕11 号）

国务院办公厅 《关于促进“互联网+医疗健康”发展的意见》（国办发〔2018〕26 号）

（二）国家、省医疗保障局

国家医疗保障局 《关于印发医疗保障标准化工作指导意见的通知》（医保发〔2019〕39 号）

国家医疗保障局 《关于医疗保障信息化工作的指导意见》（医保发〔2019〕1 号）

国家医疗保障局 《关于进一步深化推进医保信息化标准化工作的通知》（医保发〔2022〕8 号）

国家医疗保障局 《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局第 2 号令）

国家医疗保障局 《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局第 3 号令）

国家医疗保障局 财政部 《关于进一步做好基本医疗

保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）

国家医疗保障局网信办 《医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》（医保网信办〔2020〕39号）

山东省医疗保障局 《山东省医疗保障事业发展“十四五”规划》（鲁医保发〔2021〕35号）

山东省医疗保障局 《山东省定点医药机构医保信用评价办法（试行）》（鲁医保发〔2022〕39号）

山东省医疗保障局 《关于加快推进定点医药机构医保智能监控系统建设的通知》（鲁医保发〔2020〕57号）

山东省医疗保障局 《山东省医疗保障信息平台建设指引》（鲁医保函〔2021〕17号）

YB-XJ-E01-2020 医疗保障信息平台数据库设计规范 V1.0

YB-XJ-D01-2019 医疗保障信息平台电子凭证技术规范 V1.0

YB-XJ-K02-2020 医疗保障信息平台数据归集技术规范 V1.0

YB-XJ-G02.1-2020 医疗保障信息平台身份认证与授权管理 第1部分：系统建设规范 V1.0

DB37/T 1316-2009 服务标准体系建设指南

本标准遵循法律、法规，符合国家有关现行法律、行政法规和强制性国家标准的规定，与相关法律、行政法规

和国家标准、行业标准、地方标准相协调，无冲突。

五、重大分歧意见的处理过程、处理意见及其依据

无重大分歧意见。

六、对地方标准自发布日期至实施日期之间的过渡期的建议

本标准拟作为推荐性地方标准，主要目的是促进“智慧医保”定点医药机构评估的标准化和规范化，建议过渡期为一个月。建议过渡期间进行本标准的宣贯培训工作，根据本标准的适用范围，在正式实施前至开始实施后不久的时间段内，面向各地市定点医药机构、医保部门及信息科技工作人员进行标准的培训与宣贯，采用专家讲座、系列课程、交流答疑、发放宣贯材料等方式，积极推进标准实施后的应用。标准宣贯的目的在于使相关人员能更好的理解、执行本标准，推进标准的贯彻和实施。

七、其它需要说明的情况

无。

山东省医疗保障局

2024年9月