关于开展基本医疗保险定点医疗机构

医药服务考核评价工作的通知

（征求意见稿）

各县（市、区）医疗保障局，市医疗保障事业管理中心：

为加强对医疗保障定点医疗机构的管理，提高医疗保障服务质量，规范医疗保障服务行为，切实保障参保人员权益，提升医保基金使用效率，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令第735号）、《广东省医疗保障局关于印发广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法的通知》（粤医保规〔2021〕1号）、《广东省医疗保障局关于印发<广东省医疗机构医疗保障定点管理经办规程>的通知》（粤医保规〔2022〕10号）等有关法律法规文件要求，结合我市工作实际，现就我市定点医疗机构医药服务考核评价有关事项通知如下：

1. 考核目标

本通知适用于我市医疗保障定点医疗机构执行医疗保障政策、履行服务协议、基金使用、费用控制、信息化建设等情况的考核评价。定点医疗机构考核评价遵循公开、公平、公正、客观的原则，注重医保基金使用与医疗服务质量并重、激励与约束并重，线上、线下考核相结合，如实记录定点医药机构相关医药服务行为，进行量化打分。

二、考核指标设置

定点医疗机构考核评价按医保年度开展，本市行政区域内的正常运营1年以上的定点医疗机构均纳入考核范围。考核评价指标包括医保管理机构与制度、费用结算、医疗服务、收费政策和医药采购、信息系统、基金监督等，考核采取百分制，见附件。根据业务性质不同，个别指标分类设置公立医疗机构和非公立医疗机构，个别指标只考核有开展相应业务的医疗机构。

三、考核等级

考核等级根据各项考核得分确定，分为优秀、合格和不合格。考核得分在90分及以上的，考核评定为优秀；考核得分在60分（含）-90分（不含）的，考核评定为合格；考核得分在60分以下的，考核评定为不合格。

四、结果运用

**（一）与服务质量保证金退返挂钩**

1.年度考核优秀的，全额返还服务质量保证金。

2.年度考核合格的，分三个等级（增加调节参数）计算返还比例，按返还比例返还服务质量保证金。

考核得分在80分（含）-90分（不含）的，调节参数为10；考核得分在70分（含）-80分（不含）的，调节参数为5；考核得分在60分（含）-70分（不含）的，调节参数为0。

返还比例=（考核得分分值+调节参数）÷100（如考核得分80分返还90%）；

3.年度考核不合格的，全额扣除服务质量保证金。

**（二）与医保服务协议续签挂钩**

1.年度考核优秀和合格的，续签医保服务协议。

2.年度考核不合格的，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。

**（三）与退出机制挂钩**

连续两年考核为不合格的，终止医保服务协议，且从第二次考核不合格年度次年起三年内不得申请纳入医保定点。

**（四）与信用体系管理挂钩**

与基金清算、拨付挂钩。考核结果为优秀等级的在保证日常检查覆盖率的基础上，减少日常监督检查频次；合格等级的保持日常监督正常检查频次；不合格等级的列为重点监督检查对象。部分考核项目可作为年终清算扣减权重指标的参考依据。

五、职责分工及程序

各级医保部门按照结算年度，原则上按照以下时间节点对辖区管理的定点医疗机构医药服务情况开展上一年度考核评价。

（一）自评。定点医疗机构于每年1月底前按照评分标准进行自评打分，并向医保部门报送考核评价情况。

（二）考评。每年3月中旬前各级医保部门组成考核小组，按评分标准对定点医疗机构进行考核评分、公示，并将考核评价结果报市医保局。

（三）公布。每年3月下旬，市医保局公布全市定点医疗机构考核评价结果。

六、其他事项

1. 定点医疗机构对考核结果有异议的，可在收到对应管理医保部门考核结果5个工作日内，以书面形式向考核的医保部门申请复核。逾期未提出申请的，视为认同。医保部门在收到申请后的10个工作日内完成复核，复核结果以书面形式告知定点医疗机构。
2. 考核结束后，各级医保部门对年度考核结果进行通报，汇总考核优秀的定点医疗机构的经验做法，形成典型案例，发挥正向激励作用；年度考核不合格的定点医疗机构应及时分析问题原因，并形成整改方案，定期汇报整改落实情况。
3. 各级医保部门要高度重视考核评价工作，精心组织实施年度考核评价，促进我市定点医疗机构医保医药服务水平有效提升。考核评价过程中与定点医疗机构产生争议的，由对应管理医保部门组织相关专家进行评审确定，保障考核评价的公平公正。
4. 市医保局将根据国家、省有关政策规定、工作部署等，适时调整考核评价指标内容。
5. 本通知自印发之日起生效，由市医保中心负责具体组织实施工作。

附件：梅州市基本医疗保险定点医疗机构医药服务考核指标评价表

梅州市医疗保障局

2024年 月 日