2022协议年度定点医药机构协议考核

实地考核细则

为进一步督促医保定点医药机构严格落实医保政策和履行协议约定，客观、有效、公平公正评价定点医药机构医保服务行为，制定本实地考核细则。

一、工作目标

建立动态管理机制，对定点医药机构履行医保协议情况进行评价，考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。

二、考核对象、内容和时间

实地考核的对象为与本市医保经办机构签订医保协议的定点医药机构。考核险种包括城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险和生育保险，其中城职医保包括基本医疗保险和大额医疗费救助两部分。按付费方式分为：按项目付费（含国家谈判药）、按病种付费（含精神病按床日付费）、按人头付费、DRG支付方式和DIP支付方式等。

考核内容包括定点医药机构在协议年度内执行医保协议的情况。定点医药机构既往协议年度发生的违法违规违约行为，在当前协议年度受到处理的，纳入当前协议年度协议考核。

2023年4至6月，各区工作组按照年度协议考核方案和本细则规定，对辖区定点医药机构2022协议年度执行医保协议情况进行考核评分。

三、组织形式及工作职责

市医保中心成立协议考核实地考核工作领导小组，主要负责同志任组长，其他领导任副组长，各处室负责同志为成员；市医保中心成立实地考核工作组，工作组由中心分管领导牵头，相关各处室负责同志为成员。各医保分中心成立区级考核工作组。

市医保中心负责牵头制定实地考核指标及评分标准，组织、培训和指导各区工作组开展实地考核工作，协调相关单位、部门依职责提供具体考核指标和成绩。

各区工作组负责开展对辖区定点医药机构（包括市属机构）实地考核，计算并汇总实地考核成绩、考核成绩告知确认等工作。

四、考核指标、权重、考核方式及评分标准

考核指标分为基础考核指标和额外扣分内容两大类，具体内容详见《2022协议年度定点医药机构机构实地考核指标》。其中基础考核指标每个考核项目均设定一定分值，相关单位、部门和各工作组按照考核方式要求，依据评分标准对定点医药机构应当考核的项目进行评分；定点医药机构发生涉及额外扣分内容情形的，按照评分标准计算应扣除分数。

协议考核采取数据分析、日常检查、专项检查、相关部门依职责提供材料或结果等多种方式相结合的形式开展，结果均纳入考核成绩。

五、实地考核成绩计算

实地考核总分70分，计算方式为：各定点医疗机构实地考核得分=（实际得分/应得总分）\*70-额外扣分。各险种、各支付类别共用实地考核成绩。

实际得分为各工作组依据基础考核指标计算的定点医药机构得分；应得总分为基础考核指标中，定点医药机构应当考核项目的总分值，不参与考核的项目分值不计入该定点医药机构的应得总分；额外扣分为定点医药机构发生涉及额外扣分内容情形的，按照评分标准计算的扣除分数。

本协议年度受到中止科室、中止服务类别、中止协议、解除协议等协议处理的定点医药机构，不计算考核得分，按医保协议约定扣除部分或全部质量保证金。

六、成绩告知

实地考核工作完成后，各区工作组及时将实地考核成绩告知定点医药机构。定点医药机构如对成绩有异议，按照年度考核方案规定执行。

七、其他情况

定点医药机构涉嫌存在重大违法违规情形，在开展协议考核期间正在接受相关单位或部门调查的，暂不予计算考核成绩，待结案后依据调查结论，按照本年度协议考核方案和细则规定计算考核成绩。

附件： 2022协议年度定点医药机构机构实地考核指标