附件1

深圳市医疗保障定点医药机构医保政策执行

情况绩效考核办法（试行）

 （征求意见稿）

第一章 总则

第一条【办法依据】为进一步加强和规范医疗保障定点医疗机构和定点零售药店（以下简称定点医药机构）管理，引导定点医药机构建立自我管理和自我约束的良性运作机制，更好地保障参保人的合法权益，根据《深圳市医疗保障办法》（深圳市人民政府令第358号）、《深圳市医疗保障定点医药机构医疗费用支付办法》（深医保规〔2023〕8号）及国家、广东省和本市有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条【适用范围】市医疗保障行政部门、市医疗保障经办机构对本市行政区域内定点医药机构开展的医保政策执行情况绩效考核工作（以下简称医保绩效考核工作），适用本办法。

第三条【考核原则】医保绩效考核工作遵循公开、公平、公正的原则，应当充分发挥信息化、智能化大数据支撑作用，考核信息以系统采集为主、日常收集为辅，考核指标的关键数据从相关信息系统中提取，实现数据信息自动生成，确保考核过程公正公平，考核结果真实客观。

第四条【考核分工】市医疗保障行政部门负责制定完善医保绩效考核政策，建立绩效考核指标体系，对市医疗保障经办机构开展医保绩效考核工作进行指导、审核和监督。

市医疗保障经办机构负责组织实施医保绩效考核工作，对定点医药机构年度执行医保政策等情况开展绩效考核并公布考核结果，将医保绩效考核结果应用到年度清算、质量保证金退还、医疗保障服务协议签订等工作；承担对定点医药机构绩效考核指标执行情况监测工作，提出优化指标建议。

第二章 考核内容和分级

第五条【考核内容及机构分类】市医疗保障行政部门以定点医药机构贯彻落实医疗保障政策规定、履行医疗保障服务协议及规范使用医保基金等为考核内容，制定年度的医保绩效考核指标。医保绩效考核指标应当征求相关定点医药机构意见并向定点医药机构公布。

医保绩效考核指标按照有住院服务的定点医疗机构、无住院服务的定点医疗机构、定点零售药店等机构类型分类设置，对相同类别的定点医药机构，按照统一标准进行考核。

第六条【指标动态调整】市医疗保障行政部门应当根据医疗保障政策及年度医疗保障重点工作等实际情况，对年度医保绩效考核指标进行动态调整，调整时应当征求相关定点医药机构意见，并在每年3月31日前公布。

第七条【考核方式】医保绩效工作结合考核指标特点可采取自查和考核相结合、年度考核和日常考核相结合、定性考核和定量考核相结合的方式开展。

第八条【考核安排】市医疗保障经办机构应当在每年第一季度组织开展上一年度医保绩效考核工作，并于每年3月31日前向定点医药机构公示医保绩效考核结果，公示期为5个工作日。

各定点医药机构对考核结果有异议的，可在公示期内向市医疗保障经办机构提出书面复核申请。对复核结果仍有异议的，可在收到复核结果5个工作日内向市医疗保障行政部门申请最终裁定。

第九条【考核分值及分级】医保绩效考核满分100分，各定点医药机构按照考核得分情况分为5个等次。

得分在95分以上的定点医药机构，为“好”等次；得分在85分以上，不足95分的定点医药机构，为“较好”等次；得分在70分以上，不足85分的定点医药机构，为“合格”等次；得分在60分以上，不足70分的定点医药机构，为“基本合格”等次；得分不足60分的定点医药机构，为“不合格”等次。

第十条【所属医疗机构及下属机构考核等次】定点医疗机构有下属社区健康服务中心、分院等的（以下简称下属医疗机构），按照该定点医疗机构自身考核得分的60%及其下属医疗机构考核得分平均数的40%之和，作为该定点医疗机构的最终考核得分并确定考核等次，下属医疗机构不单独确定考核等次。

下属医疗机构有1家考核得分不足60分的，该定点医疗机构不得评为“好”等次；有2家及以上考核得分不足60分的，该定点医疗机构不得评为“较好”以上等次。

第十一条【医药公司】定点零售药店为医药公司或药品零售连锁企业的，其考核得分为下属零售药店考核得分平均数，下属零售药店不单独确定考核等次。

下属零售药店有1家考核得分不足60分的，该定点零售药店不得评为“好”等次；有2家及以上考核得分不足60分的，该定点零售药店不得评为“较好”以上等次。

第三章 考核结果应用

第十二条 【“好”等次机构】对医保绩效考核考核结果为“好”等次的定点医药机构按下列规定进行管理：

（一）年度清算时全额退还质量保证金；

（二）有提供住院服务的定点医疗机构，考核年度DIP专项考核系数确定为1.02；

（三）考核年度各类门诊支付结算标准提高2%；

（四）通过网站及其他渠道向社会宣传“好”等次定点医药机构；

（五）同等条件下，优先纳入各项医疗保障试点范围。

（六）无其他违约情形的，可直接续签医疗保障服务协议。

第十三条【“较好”等次机构】对医保绩效考核考核结果为“较好”等次的定点医药机构按下列规定进行管理：

（一）年度清算时全额退还质量保证金；

 （二）有提供住院服务的定点医疗机构，DIP专项考核系数确定为1.01；

（三）考核年度各类门诊支付结算标准提高1%；

（四）同等条件下，优先纳入各项医疗保障试点范围。

（五）无其他违约情形的，可直接续签医疗保障服务协议。

第十四条【“合格”等次机构】对医保绩效考核考核结果为“合格”等次的定点医药机构按下列规定进行管理：

（一）年度清算时全额退还质量保证金；

 （二）有提供住院服务的定点医疗机构，DIP专项考核系数确定为1.00；

（三）无其他违约情形的，可直接续签医疗保障服务协议。

第十五条【“基本合格”等次机构】对医保绩效考核考核结果为“基本合格”等次的定点医药机构按下列规定进行管理：

（一）年度清算时退还质量保证金的80%；

 （二）有提供住院服务的定点医疗机构，DIP专项考核系数确定为0.99；

（三）各类医保支付方式产生的结余留用及超支分担金额按照正常核算值的50%支付；

（四）具有医保统筹基金记账资质（包括门诊大病、“双通道”、普通门诊统筹等）的定点零售药店，取消该类服务资质；

（五）重点监控其医保服务行为，适当增加检查稽核频次；

（六）连续两年考核结果为该等次的，可解除医疗保障服务协议。

第十六条【“不合格”等次机构】对医保绩效考核考核结果为“不合格”等次的定点医药机构按下列规定进行管理：

（一）年度清算时不予退还质量保证金；

　 （二）有提供住院服务的定点医疗机构，DIP专项考核系数确定为0.98；

（三）各类医保支付方式产生的结余留用及超支分担金额不予支付；

（四）全面监控其医保服务行为，增加检查稽核频次；

（五）可解除医疗保障服务协议。

第四章 附 则

第十七条【医药机构要求】各定点医药机构应积极配合绩效考核工作的开展，主动提供相关资料，不得提供虚假材料。对提供虚假材料的定点医药机构，考核结果确定为“不合格”等次，市医疗保障经办机构可解除医疗保障医疗服务协议。

第十八条【新增或解除定点】考核年度内新增或解除医疗保障服务协议的定点医药机构不纳入当年医保绩效考核范围，其中独立结算的定点医药机构参照“合格”等次管理。

第十九条【计数规定】本办法所称“以上”包括本数，“不足”不包括本数。

第二十条【上级规定】国家、广东省关于医保绩效考核工作另有规定的，从其规定。

第二十一条【施行时间】 本办法自2024年 月 日起施行，有效期3年。2024年度医保绩效考核指标自本办法施行之日起10个工作日公布，并按本办法规定执行。