附件2

关于《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）》的起草说明

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，市医保局起草了《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）》（以下简称《绩效办法》），现将有关情况说明如下：

一、起草背景及必要性

《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）提出“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”，《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（粤医保规〔2021〕1号）等文件要求经办机构或其委托的第三方机构，对定点医药机构开展绩效考核，建立动态管理机制，考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。

《深圳市医疗保障定点医药机构医疗费用支付办法》规定，市医疗保障行政部门建立绩效考核机制，市医疗保障经办机构负责组织实施，对定点医药机构年度遵守医保相关法律法规、执行医保政策、履行协议等情况开展绩效考核并建立动态管理机制。绩效考核结果作为年度清算、质量保证金退还、协议续签等重要参考依据。

截至2024年4月，我市已有定点医疗机构3293家、定点零售药店5201家，且仍在持续增加。因此，亟需加强医保定点的精细化管理，构建深圳市定点医药机构医保政策执行情况绩效考核评价体系，通过设置科学合理的考核评价指标，将考核结果与医保支付、质量保证金退还、协议续签等挂钩，进一步压实定点医药机构履约责任，强化医保对医药机构的激励约束作用，有效促进医保、医疗协同发展和治理。

二、主要内容

《绩效办法》分为4章21条，分别为总则、考核内容和分级、考核结果应用、附则。主要包括：

1. 明确绩效考核的适用范围。

除年度内新增机构外，我市各类医疗保障定点医药机构均需开展医保政策执行情况绩效考核工作，并考虑到考核结果与医保结算挂钩等，下属非独立结算的机构单独进行考核，其得分纳入所属机构统一确定考核等次，例如非独立结算的社康中心考核得分纳入结算医院统一计算，不单独进行考核等次确定。

1. 明确绩效考核原则。

《绩效办法》明确考核工作遵循公开、公平、公正的原则，同类医药机构按照同一标准进行考核，为体现考核结果真实客观，除部分定性类考核指标由医药机构报送佐证材料或由辖区医保分局日常收集信息外，其他所有涉及数据类指标均自动从医保端信息系统提取数据，不设置需由医药机构另行填报数据的考核指标。

（三）明确绩效考核内容及时间安排。

**一是**明确医保绩效考核围绕医保政策执行等开展，区别于医药机构其他各项考核，并规定考核指标的分类和涉及的考核内容；**二是**考虑到具体考核指标随着医保政策的变动及每年医保重点工作的不同，指标及权重需每年动态调整，因此在《绩效办法》里明确规定具体指标由市医疗保障行政部门每年进行调整并在每年3月底前公布；**三是**明确每年绩效考核工作开展的具体时间及具体工作流程，其中包括考核、公示、复核、申请裁定等。

（四）明确绩效考核分值及等次划分。

《绩效办法》按照各定点医药机构绩效考核得分，从高到低分为5个等次，依次为好、较好、合格、基本合格、不合格，并在每个等次设置对应的分数，各医药机构按照得分情况对应等次，各等次机构数量不限。

《绩效办法》对有下属机构的定点机构及医药公司，明确其考核得分与下属机构考核得分挂钩，如果下属机构出现考核分数不足60分的，该机构或医药公司不管最终得分多少，均不得评为“好”或“较好”等次，督促所属机构要加强对下属机构的日常管理，压实所属机构主体责任。

（五）明确绩效考核结果的应用。

《绩效办法》明确各等次考核结果与医保结算、质量保证金返还、协议续签等挂钩的具体形式，例如，对“好”等次的医药机构，全额返还质量保证金，提高住院、门诊医保结算标准，优先纳入各类试点并给予宣传，调动医药机构积极性，形成鼓励先进的良好氛围；对“不合格”等次的医药机构，不予退还质量保证金，降低住院结算标准，不予结余留用或超支分担，增加检查稽核频次，并可解除医疗保障协议，在医药机构日常管理中，形成更强的威慑力。