丰医保发〔2021〕7号

丰都县医疗保障局

关于转发《重庆市医疗保障协议医疗机构考核办法（试行）》的通知

各协议定点医疗机构：

为做好协议定点医疗机构2020年度考核工作，现将《重庆市医疗保障协议医疗机构考核办法（试行）》转发给你们，请各协议定点医疗机构认真组织学习，并于2021年3月31日前将自查报告（纸质件盖鲜章）交县第二行政楼1011办公室。联系人：余苹，联系电话：81858117。

丰都县医疗保障局

2021年3月25日

（此件公开发布）

重庆市医疗保障协议医疗机构考核办法（试行）

根据《中华人民共和国社会保险法》、《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）、《国家医疗保障局办公室关于开展规范医疗保障经办机构审核结算专项治理工作的通知》（医保办发〔2020〕40号）、《重庆市骗取社会保险基金处理办法》（重庆市人民政府令第231号）、《重庆市医疗保障局关于做好2020年度医疗保险协议服务机构协议签订工作的通知》（渝医保发〔2020〕35号）等有关法律法规及相关政策规定及文件精神，为进一步加强和规范医疗保障协议医疗机构管理，强化医疗保障对医疗服务的引导作用，引导协议医疗机构恪守诚信、建立自我管理和自我约束的良性运作机制，更好地保障参保人员的合法权益，制订本办法。

第一条 本办法适用于我市医疗保障协议医疗机构（同时开展住院和门诊）。考核年度内新增的协议医疗机构由各级医保经办机构根据实际情况调整考核指标权重。

第二条 各级医保经办机构按照分级管理原则分别负责对本级协议医疗机构进行年度考核工作。

第三条 年度考核工作坚持公开、公平、公正、诚信的原则。

第四条 医保经办机构按照本办法，对协议医疗机构的服务协议履行情况进行考核，充分发挥激励与约束作用，促进协议医疗机构加强自我管理。

第五条 考核采取自检自查、日常检查、专项检查等多种方式相结合，查实的问题均纳入年度考核。

经办机构可委托第三方机构开展参保人满意度调查，调查结果纳入年度考核。

第六条 协议医疗机构应于每年1月底前对照本办法的考核内容，向所属医保经办机构提交上年度自查报告。

医保经办机构按照各项检查的结果结合协议医疗机构的自查报告开展年度考核工作，并于第一季度内将考核结果下达到协议医疗机构。

协议医疗机构对考核结果有异议的，于考核结果下达后5个工作日内，向所属医保经办机构提出书面复核申请。对复核结果仍有异议的，可向所属医疗保障局提出申诉。

第七条 年度考核以贯彻落实医疗保障政策规定和诚信履行服务协议为主要内容。

（一）协议履行。包括基础管理、信息网络系统管理、药品耗材集中采购工作、医疗管理。

（二）基金绩效。包括总额预算管理、住院医疗服务量。

（三）自律管理。包括管理体制、制度建设。

（四）满意度评价。主要指患者评价。

（五）奖励。包括医保重点工作落实、特殊疾病定点诊断和智能审核。

第八条 年度考核实行计分制管理，满分为100分。根据得分情况，划分等次为：优秀（90分及以上）、合格（65分及以上—90分以下）、基本合格（60分及以上—65分以下）、不合格（60分以下）四个等次。

第九条 各级医保经办机构可根据本统筹地区实际情况，结合基金承受能力将考核结果与调整协议医疗机构次年的总额预算控制额、总额考核结算指标、基金预付标准和续签服务协议挂钩。

（一）年度考核为优秀的协议医疗机构：

1．考核年度协议医疗机构的医保基金总额控制支出发生额超出预算指标的（清算口径），次年的总额预算控制额指标可上调1~5个百分点；

2．考核年度协议医疗机构的总额考核结算指标未完成的，可适当调整次年的总额考核结算指标；

3．次年基金预付标准可上调1~10个百分点；

4．按时续签医疗保障医疗服务协议。

（二）年度考核为合格的协议医疗机构：

1．次年的总额预算控制额指标正常执行；

2．次年的总额考核结算指标正常执行；

3．次年的基金预付标准正常执行；

4．按时续签医疗保障医疗服务协议。

（三）年度考核为基本合格的协议医疗机构：

1．次年的总额预算控制额指标可下调1~5个百分点；

2．可适当惩罚性调整次年的总额考核结算指标；

3．次年的基金预付标准可下调1~10个百分点；

4．给予警示约谈、限期整改，可暂停医保网络结算（或暂停医保基金支付）3—6个月。

1. 年度考核为不合格的协议医疗机构：

医保经办机构可向医保行政部门提出解除服务协议的建议。

第十条 协议医疗机构应积极配合考核办法的实施，主动提供相关资料，不得藏匿、转移和提供虚假材料，不得以任何借口干扰、阻挠考核工作的开展。对藏匿、转移、提供虚假材料，干扰、阻挠考核工作的协议医疗机构，医保经办机构可向医保行政部门提出解除服务协议的建议。

第十一条 考核结果将纳入重庆市医疗保障诚信体系。经办机构应将考核结果经医疗保障局同意后，向同级卫生健康委员会、市场监督管理局、及辖区内协议医疗机构通报，并且根据实际情况可以在指定媒体上公布。

1. 医保经办机构可根据本辖区实际情况对考核内容、考核指标、考核标准作适当调整，组织做好考核工作。

附件1

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 重庆市医疗保障协议医疗机构考核指标权重 | | | |
| 一级指标 | 二级指标 | 三级指标 | 权重 |
| 协议履行（63%） | 基础管理 (20%) | 变更备案 | 2% |
| 标识标牌 | 2% |
| 宣传咨询 | 2% |
| 财务管理 | 2% |
| 医保医师管理 | 3% |
| 定期自查 | 3% |
| 异地就医 | 2% |
| 费用清单 | 2% |
| 知情同意 | 2% |
| 信息网络系统管理(7%) | 系统安全 | 3% |
| 数据上传 | 2% |
| 编码标准 | 2% |
| 药品耗材集中采购工作(10%) | 药品耗材集中采购 | 10% |
| 医疗管理(26%) | 监督审核 | 13% |
| 骗取医保基金 | 10% |
| 特殊疾病诊疗 | 3% |
| 基金绩效（25%） | 总额预算管理(20%) | 执行总额预算 | 20% |
| 住院医疗服务量（5%） | 住院率增幅 | 5% |
| 自律管理（6%） | 管理体制（4%） | 部门建设 | 2% |
| 教育培训 | 2% |
| 制度建设（2%） | 制度建设 | 2% |
| 满意度评价（6%） | 患者评价（6%） | 患者满意度 | 3% |
| 患者投诉 | 3% |
| **一级指标： 合计 4项** | **二级指标 合计：9项** | **三级指标 合计：23项** | **权重合计：100%** |
| 奖励（10%） | 奖励（10%） | 医保重点工作落实 | 5% |
| 特殊疾病定点诊断 | 2% |
| 智能审核 | 3% |

重庆市医疗保障协议医疗机构考核指标

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 考核指标 | 指标释义 | 计分方法  （每项百分制，计分方法中扣分数值各区县可调整） |
| 1 | 变更备案 | 协议医疗机构经有关部门批准发生名称、地址、法定代表人、单位类别、诊疗科目、服务对象、机构等级等情况变更的，应携带有关批准文件或证件，及时向医保部门备案办理信息变更手续。新增大型设备时，也应及时向医保部门报备。 | 医疗机构名称、地址、法定代表人等情况变更后的20个工作日内，未及时向医保部门申请变更，发现一次扣20分，扣完为止。新增大型设备后的20个工作日内，未及时向医保部门报备的，发现一次扣20分，扣完为止。 |
| 2 | 标识标牌 | 协议医疗机构应在显要位置悬挂统一制式的定点医疗机构标识牌，设置“医保服务投诉箱”，公布医保部门的投诉举报电话。涉及医疗救助、异地就医服务的医疗机构，还应在其显要位置悬挂医疗救助、异地就医结算标识牌。 | 未在本机构显要位置悬挂医保标识标牌和医保投诉举报电话的，发现一次扣50分；未按要求在服务窗口显示医疗救助、异地就医联网结算标识的，发现一次扣50分。扣完为止。 |
| 3 | 宣传咨询 | 设立专门的医保窗口和参保人员就医咨询服务台，设置“医保政策宣传栏”，将医保主要政策规定和主要医疗服务项目、药品名称及价格、医保医师服务行为“十不准”向参保人员公布，为参保人提供政策咨询、查询服务。 | 无医保窗口、参保人员就医咨询服务台或医保政策宣传栏，发现一次扣30分；未公布主要医疗服务项目收费标准、药品名称及价格、医保医师服务行为“十不准”的，发现一次扣20分。扣完为止。 |
| 4 | 财务管理 | 应按社会保险业务档案管理规定按月分类存档归卷参保人员就医结算的相关资料。同时按规定建立医疗用品的进、销、存台帐，并保留原始凭证和相关检验检测报告以备查验。 | 不能提供真实、完整的进销存台账的，发现一次扣20分；提供的进销存台账与医院管理系统数据及上传医保系统的数据不一致、无法证实诊疗的真实性的，发现一次一项扣20分，扣完为止。 |
| 5 | 医保医师管理 | 及时新增、注销医保医师变更情况；按要求开展医保医师管理。 | 未能完整、准确、及时备案医师变更情况的，发现一次扣50分；不配合医保部门对医保医师的管理，扣50分。扣完为止。 |
| 6 | 定期自查 | 每半年进行一次自查，包括：基金运行分析，对三大目录专人维护、定期梳理、抽查；对审核中发现问题进行梳理、核实，提供书面整改情况说明；定期组织对相关科室的病历、收费等进行抽查。自查完成后需向经办机构提供自查报告。 | 每半年进行一次自查，未提交自查报告的，缺失一次扣50分，扣完为止。 |
| 7 | 异地就医 | 执行重庆市异地就医管理规范，按规定为异地就医参保人员提供医疗保险结算服务。 | 因未按规定为参保人员提供异地就医结算服务被投诉，经核实确认后，每人次扣20分，扣完为止。 |
| 8 | 费用清单 | 协议医疗机构应实行参保人员住院医疗费一日清单和门诊医疗费清单制度，一日清单（包括门诊医疗费清单）中的药品、诊疗项目、服务设施均应标明医疗保险属性（甲类、乙类、自费）。参保人员出院结算时，医疗机构应出具由财政或税务等部门监制的正规医疗服务结算收据（发票）。 | 因未提供医疗费用费用清单、或未履行告知义务被投诉，经核实确认后，每人次扣20分。扣完为止。 |
| 9 | 知情同意 | 协议医疗机构使用医疗保险不予支付费用的药品、诊疗项目和服务设施，或使用高值耗材项目，须事先向参保人员或其家属说明理由及价格，并征得参保人员或其家属同意，在《参保人员身份核定与自费及高值耗材项目确认表》上签字确认（急诊、抢救等特殊情况除外）。 | 抽查病历发现未按规定签订《参保人员身份核定与自费及高值耗材项目确认表》，每人次扣20分。扣完为止。 |
| 10 | 系统安全 | 按要求实现与医保信息系统有效对接。专人专管，安装防火墙、入侵检测等设备；对接入金保网络的电脑做到及时安装系统补丁、杀毒软件，及时更新杀毒软件病毒库，定期杀毒；按规定进行数据备份，单独存放。 | 未按照要求实现与医保信息系统有效对接，扣20分；未设置专人维护的，扣20分；缺少日常安全维护记录的，扣20分；对接入金保网络的电脑未做到及时安装系统补丁、杀毒软件的，扣20分；备份数据不全、未单独存放的，扣20分。扣完为止。 |
| 11 | 数据上传 | 医保相关信息按照标准完整、准确、及时传输至医保信息系统。 | 未按信息编码规则上传数据的，发现一次扣20分；上传信息数据不完整、人为缺项的，发现一次扣20分；上传信息数据不准确，发现一次扣20分；上传信息数据不及时的，发现一次扣20分。扣完为止。 |
| 12 | 编码标准 | 按照《国家医疗保障局关于印发医疗保障定点医疗机构等信息业务编码规则和方法的通知》（医保发〔2019〕55号）、《重庆市基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》等相关政策管理要求，做好编码对照。 | 未按照规则对照编码的，发现一项扣10分，扣完为止。 |
| 13 | 药品耗材集中采购 | 严格执行国家和我市药品、耗材采购政策和相关规定。统一通过重庆药品交易平台采购中选产品，不得对中选产品再次议价。及时完成和使用约定采购任务量，及时结清货款，从产品交货验收合格到付款的时间不超过30个工作日。 | 违反集中采购要求，进行线下采购，发现一次扣40分；未按集中采购规定采购和使用中标药品和医用耗材，发现一次扣30分；从产品交货验收合格到付款的时间超过30个工作日的，发现一次扣30分；扣完为止。针对特殊材料，视具体情况扣分。 |
| 14 | 监督审核 | 贯彻因病施治原则，做到合理检查、合理治疗、合理用药；严格执行医保政策、物价政策合理使用基金。 | 根据日常审核、日常巡查、专项检查、飞行检查、司法机关调查等，因违反医疗保险相关规定或协议约定，全年累计拒付费用/当期总额控制支出预算额（以总额支出预算额口径为准）\*100%，5%（含）以下不扣，5%-10%（含）扣30分，10%-20%（含）扣50分，20%以上扣100分。 |
| 15 | 骗取医保基金 | 挂床、冒名、虚构医疗行为的，违规性质恶劣，造成医保基金损失。 | 发现一次扣30分，扣完为止。 |
| 16 | 特殊疾病诊疗 | 加强对医保特病患者的服务和管理，建立完善相应的管理办法，加强对参保人员身份审核、对检查和用药情况核实。 | 未建立特殊疾病管理办法，扣30分；未按规定对参保人员身份进行审核、对检查和用药情况进行核实，发现一次扣10分；扣完为止。 |
| 17 | 执行总额预算 | 年度总额控制预算执行情况。 | 当期总额控制支出发生额/当期总额控制支出预算额\*100%（均为总额控制年终清算口径）。 年度总额预算目标的80%-100%为标杆，不扣分。  当执行总额目标小于80%或大于100%时，每偏离1%扣5分。 |
| 18 | 住院率增幅 | 衡量协议医疗机构为参保人员提供的住院医疗服务量，防止医疗机构门诊住院化。 | 本期住院率-上期住院率  其中，住院率=住院出院人次/门急诊人次×100％ 在对比范围内，按实际值从小到大排列，本辖区内同级医院的中位数为标杆值，不扣分。  其他数值时，每偏离0.1%扣5分。 |
| 19 | 部门建设 | 建立健全医保管理服务部门，确定一名机构负责人负责医保和救助管理工作，配备专（兼）职工作人员，并有效行使管理职能。 | 无医保管理部门，扣40分；无分管机构负责人，扣30分；无管理人员，扣30分。 |
| 20 | 教育培训 | 有组织、有计划开展医保政策和管理要求培训。 | 未建立医保管理培训制度，扣30分；无培训学习记录，扣30分；错误解答、宣传医保政策，造成不良影响，扣40分；扣完为止。 |
| 21 | 制度建设 | 建立和完善与医保政策、救助政策和协议管理相适应的内部医保管理制度，并认真执行。 | 建立与医保政策、救助政策和协议管理配套的管理办法及规章制度，管理办法及规章制度不健全的，扣20分;定期（每季度不低于一次）召开医保工作会议并有记录，缺失一次扣20分;建立违反医保规定的内部处理制度及相应处理记录，责任落实到科到人，无处理记录扣20分；扣完为止。 |
| 22 | 患者满意度 | 通过网络、表格等方式调查参保人员的满意度。 | 对患者进行抽样调查，一级医院抽样人数不低于就诊人数的15%，二级医院抽样人数不低于就诊人数的10%，三级医院抽样人数不低于就诊人数的5%。  满意度大于等于60%，不扣分。满意度低于60%时，每低1%扣5分。 |
| 23 | 患者投诉 | 参保人员对协议医疗机构医保政策执行情况的投诉 | 每发现一次有效投诉，经核实确认后，每次扣10分，扣完为止。 |
| 24 | 医保重点工作落实 | 对医保改革任务、重点工作落实情况。 | 积极配合医保管理部门做好当年开展的医保改革任务、落实重点工作任务，每完成一项工作任务，增加50分。积极参与医保管理创新性工作，提出的意见建议被医保部门采纳的，每项增加20分。基础分为0分，满分为100分。 |
| 25 | 特殊疾病定点诊断 | 需严格执行特殊疾病有关规定，按照要求完善制度、成立诊断小组，实事求是开展特殊疾病病种诊断服务；特殊疾病诊断的准确率应达到100％。 | 建立医疗保险特殊疾病诊断制度的，增加30分；成立诊断小组的，增加20分；特殊疾病诊断准确率达到100%的，增加50分。基础分为0分，满分为100分。有弄虚作假行为的，一经查实，该项不得分。 |
| 26 | 智能审核 | 安装智能审核系统，做到事前提醒、事中拦截等。 | 已安装使用智能控费系统的，增加40分；智能费控系统能做到事前提醒不合规诊疗行为的，增加30分；智能费控系统能做到事中拦截不合规诊疗行为的，增加30分。基础分为0分，满分为100分。 |

备注：得分= 100 - （扣分项1\*权重1+扣分项2\*权重2+扣分项3\*权重3+……）+（奖励项1\*权重1+奖励项2\*权重2+奖励项3\*权重3+……），满分为100。