天津市医保定点医药机构协议

考核办法（试行）

（征求意见稿）

第一条 为规范本市医疗保障定点医药机构医保服务行为，督促定点医药机构严格履行医保协议，为参保人员提供优质高效的医保服务，根据《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）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第 3 号）、《天津市医疗机构医疗保障定点管理办法》（津医保规字〔2021〕7号）和《天津市零售药店医疗保障定点管理办法》（津医保规字〔2021〕8号）等文件规定，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市医保经办机构对定点医药机构履行医保协议的情况进行协议考核。

第三条 市医保行政部门负责对医保经办机构开展协议考核进行指导和监督；各区医保局负责对辖区医保经办机构开展协议考核具体工作进行监督，并协调区属各单位予以支持协助；医保经办机构制发协议年度协议考核方案及细则，并负责具体实施工作。

第四条 协议考核遵循标准公开、过程公平、结果公正、直接利害关系人回避的原则。

第五条 医保经办机构组织或其委托符合规定的第三方机构，对定点医药机构开展协议考核。考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。协议考核原则上按协议年度开展；医保政策明确规定需按月开展考核的工作事项从其规定。

第六条 年度协议考核方案应当明确考核对象、内容、方式、时限、成绩告知及申诉等内容，并向定点医药机构进行告知。

第七条 协议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。

第八条 协议考核细则应当明确考核指标及权重、评分标准等内容，并向定点医药机构进行告知。

第九条 协议考核细则按照医保协议约定，设定并动态调整协议年度协议考核指标项目。各项具体考核指标的成绩，由业务主管单位或部门依职责提供。

第十条 协议考核分为联网医疗费考核和实地考核等部分，具体以医保协议约定为准。

第十一条 协议考核成绩为百分制，满分100分，医保经办机构按照考核指标及权重、评分标准等对定点医药机构履行医保协议情况进行打分，并按照医保协议约定兑现质量保证金。医保协议对协议考核成绩及兑现质量保证金另有约定的，以医保协议约定为准。

第十二条 协议考核采取联网医疗费考核、数据分析、日常检查、专项检查、相关部门提供材料或结果等多种方式相结合的形式开展，结果均纳入协议考核。

第十三条 定点医药机构连续2个协议年度协议考核成绩低于60分的，不再签订下一年度医保协议。

第十四条 年度协议考核工作完成后，医保经办机构及时将协议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，按照考核方案规定执行。

医保经办机构可将定点医药机构协议考核成绩在一定范围内公示、公告或通报。

第十五条 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，待结案后依据其提供的调查结论，对照年度协议考核方案计算协议考核成绩并兑现质量保证金。

第十六条 定点医药机构应积极配合协议考核工作，主动提供有关资料。定点医药机构未按规定的时限和要求提供协议考核所需资料，或发生隐匿、转移、伪造相关资料等情况的，由医保经办机构按照考核方案规定和医保协议约定进行处理。

第十七条 本办法自印发之日起执行，有效期2年。