

索引号:	11220000MB19566296/2025-02537	分类:	医保经办管理;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2025 年 12 月 31 日
标题:	关于印发《吉林省医疗保障定点医药机构考核暂行办法》的通知		
发文字号:	吉医保发〔2025〕9 号	发布日期:	2025 年 12 月 31 日

# 关于印发《吉林省医疗保障定点医药机构考核暂行办法》的通知

吉医保发〔2025〕9 号

各市（州）医疗保障局，长白山管委会医疗保障局，梅河口市医疗保障局：

《吉林省医疗保障定点医药机构考核暂行办法》已经局第 15 次局长办公会审议通过，现印发给你们，请遵照执行。

吉林省医疗保障局

2025 年 12 月 31 日

（此件主动公开）

## 吉林省医疗保障定点医药机构考核暂行办法

### 第一章 总 则

第一条 为进一步加强和规范吉林省医疗保障定点医疗机构和定点零售药店（以下统称定点医药机构）管理，规范定点医药机构服务行为，提高医疗保障基金使用效率，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》、《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）、国家医疗保障局办公室关于印发《医药机构医疗保障协议管理经办规程（试行）》（医保办发〔2024〕33 号）等有关规定，结合我省实际，制定本办法。

第二条 各级医保经办机构对本统筹区内定点医药机构开展的医疗保障服务管理情况考核工作（以下简称考核工作），适用本办法。

第三条 考核工作遵循坚持公开、公平、公正，以正向引导、科学规划、动态调整为原则，应当充分发挥信息化、智能化大数据支撑作用，坚持激励与约束并重，促进定点医药机构加强管理，不断提升服务质效。

第四条 考核工作按属地化原则，医疗保障行政部门负责统筹区内定点医药机构考核的指导和监督，经办机构负责统筹区内定点医药机构考核的组织和实施。

## 第二章 考核管理

第五条 考核分为日常考核和年度考核。日常考核以数据分析监测、日常管理及检查情况为依据开展考核工作；年度考核以通过查看定点医药机构医保管理工作实地落实情况为主要依据，可通过线上调取数据、线下实地考察等方式，通过抽取专家组成考核小组开展考核工作。

第六条 考核标准范本由省级医保经办机构制定，各级医保经办机构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以及规范使用医保基金等为考核内容，可依据省级范本细化完善年度考核标准，并根据当年度医疗保障政策调整以及重点工作任务等实际情况建立考核标准动态调整机制。考核标准应当于每年 3 月 31 日前向定点医药机构公布。

考核标准按照定点医疗机构、定点零售药店分类设置，定点医疗机构考核标准应明确适用性（开通住院服务机构、未开通住院服务机构），对相同类别的定点医药机构，按照统一标准进行考核。考核标准需具备可查看的明确依据（包括但不限于数据、工作记录、处罚通知书等），具备可实际操作性。

第七条 考核标准设置扣分项和加分项，未按规定完成的项目扣除一定分值，完成加分项规定的项目加上一定分值，加分项侧重深度参与医保改革、阶段性重点任务推进等工作的配合及完成情况。鼓励定点医药机构将医保部门考核项目列入内部管理及评优评先内容。

第八条 考核得分为扣分项和加分项各项得分总和，扣分项总分 100 分，加分项原则上不超过 10 分。

第九条 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考核工作，并将考核结果告知被考核定点医药机构。

第十条 按照各定点医药机构考核得分情况分为“优”、“良”、“合格”、“基本合格”、“不合格”5 个等次，等次划分如下：

1. “优”等次为考核综合得分在 90 分（含）以上的；
2. “良”等次为考核综合得分在 80 分（含）以上的；
3. “合格”等次为综合得分在 70 分（含）以上的；
4. “基本合格”等次为综合得分在 60 分（含）以上的；
5. “不合格”等次为综合得分在 60 分以下的。

第十一条 具有下列情形的定点医疗机构，按照该定点医疗机构自身考核得分的 70%与其下属机构（人员）考核得分平均数的 30%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，下属机构（人员）不单独确定考核等次。

1. 定点医疗机构具有下属社区健康服务中心、社区医疗服务站（所、室）的，社区健康服务中心、社区医疗服务站（所、室）作为该定点医疗机构的下属机构；

2. 定点医疗机构为紧密型县域医共体牵头医院代表全体成员单位与医保经办机构签订医保服务协议，医共体全体成员单位作为该定点医疗机构的下属机构；

3. 定点零售药店（连锁）作为法人组织代表自身以及各下属定点零售药店与医疗保障经办机构签订医疗保障服务协议的，各下属定点零售药店作为该定点零售药店的下属机构；

4. 家庭医生所在定点医疗机构与医保经办机构签订基本医疗保险家庭医生签约服务协议的，各家庭医生作为该定点医疗机构的下属人员。

定点机构负责下属机构（人员）的考核工作，并将考核结果报送所属医保经办机构作为年度考核指标，医保经办机构负责对报送的考核结果进行审核，确保考核结果的真实准确。

### 第三章 考核结果应用

第十二条 考核结果与定点医药机构年终清算、质量保证金扣除、监管频次、协议续签、定点退出等挂钩。并按照考核评定等次确定结果应用情况。

（一）考核结果评定为“优”等次的：

1. 年度清算时全额退还质量保证金；
2. 无其他违约情形的，可以直接续签医疗保障服务协议；
3. 通过医疗保障部门官方网站等渠道向社会宣传“优”等次定点医药机构。

（二）考核结果评定为“良”等次的：

1. 年度清算时按照较 90 分每低 1 分扣除质量保证金 2%（保留两位小数点）确定退还比例，退还质量保证金；
2. 无其他违约情形的，可以直接续签医疗保障服务协议；
3. 通过医疗保障部门官方网站等渠道向社会宣传“良”等次定点医药机构。

（三）考核结果评定为“合格”等次的：

1. 年度清算时按照较 90 分每低 1 分扣除质量保证金 2.5%（保留两位小数点）确定退还比例，退还质量保证金；

2. 无其他违约情形的，可以直接续签医疗保障服务协议。

（四）考核结果评定为“基本合格”等次的：

1. 年度清算时按照较 90 分每低 1 分扣除质量保证金 3%（保留两位小数点）确定退还比例，退还质量保证金；

2. 连续两年考核结果为该等次的，可以续签医疗保障服务协议，但需暂停服务 1 个月进行整改，并视整改情况恢复服务，若整改不合格则应终止协议。

（五）考核结果评定为“不合格”等次的：

1. 年度清算时扣除全部质量保证金；

2. 不予续签医疗保障服务协议。

年度内出现重大负面舆情，造成严重后果并被国家医保局通报批评的，考核等级降两档；出现负面舆情，造成严重后果并被省医保部门通报批评的，考核等级降一档。检查中发现存在协议规定的需解除服务协议情形的，考核一票否决。

## 第四章 附则

第十三条 考核年度内因新增纳入等原因履行医保服务协议不满 6 个月的定点医药机构，纳入下一年度考核，当年度质量保证金于参加考核年度按照考核情况一并返还。已满 6 个月未满 1 年的，参加当年度考核。

第十四条 定点医药机构因违法违规问题被解除服务协议的，扣除全部质量保证金，不再纳入当年度考核。如涉及其他违规违约费用，不予拨付或予以追回。

第十五条 定点医药机构因自身原因申请终止服务协议的，经办机构应在终止协议前核查定点医药机构协议履行期间有无违规违约问题。有违规违约问题的，追回全部违规违约费用，按照考核等次“合格”最低比例返还保证金；因违规违约问题需解除协议的按照解除协议有关规定执行；无违规违约问题的，返还全部质量保证金。

第十六条 考核结果纳入医疗保障信用体系。各级医保经办机构要将年度考核结果报告同级医疗保障行政部门。

第十七条 各级医保经办机构在考核中发现定点医药机构存在涉嫌骗取医疗保障基金支出的违法违规线索时，要及时将有关线索移送医疗保障行政部门。

第十八条 各统筹地区结合工作实际，可对考核内容及评分作出调整。

第十九条 本办法由吉林省医疗保障局负责解释。

第二十条 本办法自印发之日起执行。