天津市医疗保障定点医疗机构医疗服务协议主协议

2024协议年度（征求意见稿）

为加强和规范医疗保障定点医疗机构管理，提高医保基金使用效率，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗机构管理条例》《天津市基本医疗保险条例》《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》《天津市医疗机构医疗保障定点管理办法》等法律法规及相关政策，切实维护医、患、保三方权益，甲乙双方在自愿、协商一致的基础上，就医疗保障医疗服务有关事宜签订如下协议。

第一章 总 则

第一条 天津市医疗保障基金管理中心作为本协议（包含主协议及各附加协议、补充协议，下同）的甲方，与市直属医疗机构签订本协议，并委托设在各区的分支机构（各分中心）完成日常经办管理工作；其他医疗机构按照属地管理原则，由甲方委托各区分支机构（各分中心）签订本协议。天津市医疗保障基金管理中心及各分中心依职责做好医保经办服务等相关工作。

本协议约定中涉及乙方费用审核等相关内容和药品（医用耗材）采购管理等相关内容，由有关单位做好相关工作。

本协议所指的医疗保障包括但不限于基本医疗保险、门诊统筹、职工大额医疗费救助、大病保险、医疗救助、生育保险等。

第二条 甲乙双方应当严格执行国家、本市有关法律法规及各项配套政策规定，按本协议约定承担各自责任，履行各自义务，保证参保人员更好地享受基本医疗保障服务。

第三条 乙方提供医疗服务的对象包括城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助的参保人员及其他医疗保障参保人员，具体以医疗保障相关政策规定和本协议约定为准。

第四条 乙方所提供的医疗服务应当符合卫生健康部门许可的诊疗科目和执业范围，符合药品、医用耗材、卫生技术等准入要求，并按规定配备与开展诊疗项目相适应的卫生技术人员和服务设施设备。

第五条 甲乙双方应当依照国家、我市有关法律法规及相关政策要求，正确行使权利。双方有权监督对方执行有关法律法规及相关政策和履约的情况，举报或投诉对方工作人员的违法违纪违规行为，向对方提出合理化建议。

第六条 乙方应当建立健全医保管理服务部门，有健全的医疗保障管理制度，配备专（兼）职医疗保障管理人员。乙方为二级及以上或相当规模的，应设立医疗保障办公室和专职工作人员，其他医疗机构应明确1名院领导负责医保工作。乙方应严格履职尽责，做好医保服务管理工作，保证参保人员享受公平、合理的医疗保障服务。

第七条 甲乙双方应加强对医保医师（含药师、技师、护士等，下同）等医务人员管理。乙方应按照国家医保部门的要求，在国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台（网址: code.nhsa.gov.cn）及时维护医保医师信息。对纳入医保医师信息库的医务人员所发生的医疗服务费用，由医保经办机构按相关规定进行审核，甲方按照相应支付方式规定予以支付。甲方委托乙方与医保医师签订医保医师附加协议，乙方应将医保医师附加协议签订情况向甲方备案，备案情况记载在本协议备忘录中。

第八条 甲方应及时向乙方通报医保政策法规和管理制度、操作流程的变化情况，指导乙方开展与医保管理相关的培训、完善医保相关内部制度、加强基础数据管理，接受乙方咨询，并对乙方提出的反馈意见及时研究答复。

第九条 甲乙双方应当采取多种形式开展医疗保障法律法规及相关政策宣传，公布咨询电话，为参保人员提供相关的咨询服务。甲乙双方应当在本机构的显要位置公布监督投诉电话，接受参保人员监督。

第十条 协议履行期间，乙方地址、银行账户和等级等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起30个工作日内向甲方提出变更申请并提供证明材料，待甲方按规定审核通过后，乙方及时登录国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台进行信息维护。

乙方包括但不限于定点医疗机构的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、诊疗科目、机构规模、机构性质和类别等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起30个工作日内登录国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台进行信息维护，并向甲方书面报告；其他一般信息变更应及时按要求进行维护或向甲方申报。

甲方按照国家和我市相关规定，做好有关工作。

乙方的注册登记发生注销、撤销的，原则上不再受理变更申请。

乙方被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的，解除医保服务协议。

第十一条 乙方应严格执行政府相关部门制定的医院财务制度、医院会计制度及收入分配制度，规范财务管理。不得将医疗收费票据等专用票据转让其他单位或其他人员使用。乙方票据或相关财务凭证丢失、损毁的，应于48小时内向甲方备案。

第十二条 乙方应当按照甲方规定的要求和时限，对本单位区域点数法类别标识进行确认。乙方未按要求确认区域点数法类别标识的，中止乙方医保服务或暂缓签订下一年度医保服务协议，中止及暂缓期间发生的费用不予结算；乙方在6个月内进行确认的，自确认后次月1日起恢复医保服务。

第二章 诊疗服务

第十三条 乙方应严格遵循医疗保障部门和卫生健康部门有关规定，依法合规为参保人员提供基本医疗服务，合理检查、合理治疗、合理用药、合规收费，不断提高医保基金使用绩效，严格控制参保人员个人负担比例，不得无故将医保三目范围内项目按自费申报，严格控制医药费用不合理增长。

第十四条 乙方应当执行国家、我市医疗服务价格政策，遵守有关法律法规，按明码标价要求公示医药价格与收费标准。未经批准的项目不得收费，不得套用、提高收费标准或分解收费。

第十五条 乙方应当按照卫生健康部门相关要求为参保人员就医建立病历，并妥善保存备查。门诊与住院病历的诊疗记录应当真实、完整、清晰，化验检查须有结果分析。住院医嘱、病程记录、检查结果、诊断、治疗单记录和票据、费用清单等相吻合。

第十六条 乙方应按实名就医相关规定核验参保人员的医疗保障有效凭证，做到人证相符。参保人员因行动不便等特殊原因不能到乙方购药的，乙方应当核验委托人的医疗保障有效凭证和受托人的有效身份证明，按规定记录并留存相关信息。乙方不得以任何理由收集、留存参保人员医疗保障有效凭证。

第十七条 凡涉及处方流转的，乙方为参保人员开具处方后，实时上传至医保信息系统，并由提供处方调剂服务的定点医疗机构或定点零售药店药师或执业药师按规定进行审查。参保人员凭乙方开具的处方在定点零售药店购药发生的《基本医疗保险药品目录》内药品费用，按规定纳入医疗保障基金支付范围，起付标准、支付比例和最高支付限额，按照相关规定执行。

第十八条 乙方应严格执行出、入院和重症监护病房收治标准，按规定及时为符合入院标准的参保人员办理住院手续，不得推诿和拒绝符合入院标准的参保人员住院治疗，或无故为符合享受住院医保服务的参保人员办理自费住院；不得为不符合入院标准的参保人员办理住院；不得要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院；参保人员在住院期间需院内转科治疗的，乙方不得无故办理出院结算手续；不得分解住院，加重患者个人负担；对符合出院条件的参保人员及时办理出院手续，参保人员拒绝出院的，乙方应自通知其出院之日起，停止医疗保障费用结算，必要时可向甲方进行通报。

第十九条 参保人员享有知情同意权。乙方应及时向参保人员告知其医疗保障待遇享受情况，包括但不限于住院资格确认书开具、撤销情况等；应及时向参保人员提供门诊清单、住院费用结算清单和住院日费用清单、有效票据等；乙方发生向参保人员提供自费医疗服务、撤销住院资格确认书等影响参保人员享受医保待遇的情形时，应当事先征得本人或其监护人、近亲属同意，住院期间，还须参保人员或其监护人、近亲属签字确认。乙方应为参保人员提供查询服务或渠道，并配合甲方做好解释工作。

第二十条 住院患者因乙方条件限制需要到其他定点医疗机构进行检查治疗时，乙方应事先告知参保人员，出院前可由乙方录入本院医保系统按住院标准结算。乙方应当充分利用参保人员在其他定点医疗机构所做的检查化验结果，避免因不必要的重复检查而增加参保人员负担。

第二十一条 乙方应当建立健全转诊转院制度，确因医疗技术和设备条件限制，参保人员需转往外院或异地医疗机构治疗的，乙方应按相关规定及时办理。

第二十二条 乙方可与相关部门认定的临床检验中心、医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心、其他医保定点医疗机构等第三方服务提供机构签订协议，委托第三方服务提供机构开展相关化验检查等，委托项目收费标准不得超过行政部门公布的价格标准。乙方将协议向甲方备案后，甲方与乙方按规定结算相关费用。

第二十三条 乙方提供的医疗服务涉及意外伤害的，应结合意外伤害经办工作需要，建立意外伤害就诊经办流程和相关制度，进一步规范和优化服务，配备必要人员和设备，配合医保经办机构做好系统开发和改造等工作，实现意外伤害信息实时上传和医疗费用联网结算。

第二十四条 乙方收治意外伤害参保人员时，应当如实上传《天津市基本医疗保障意外伤害首诊报告卡》，并根据临床症状结合患者主诉，对不涉及第三方的意外伤害，予以办理联网直接结算；对涉及第三方责任的意外伤害，实行全额垫付，垫付医疗费用明细上传医保系统。

第二十五条 参保人员因工伤、职业病住院治疗期间，同时因治疗疾病发生符合规定的医疗费用，乙方应将医疗费用予以界定区分，并按有关规定申报费用。

第二十六条 乙方应加强包括高血压、糖尿病在内的门诊慢病患者健康管理，规范诊疗流程和标准，保障药品供应和合理使用，为门诊慢病患者提供优质服务。

第二十七条 乙方承担门诊特定疾病鉴定职责的，应严格按照门诊特定疾病鉴定标准进行鉴定，不得出具虚假鉴定证明。

第二十八条 乙方为社区卫生服务中心的，其下属各社区站应按有关规定由乙方进行药品统一采购，诊疗、结算数据实时上传，保证联网申报结算信息真实有效。纳入定点管理的村医务室（卫生室）参照社区卫生服务站管理模式并按我市相关规定执行。

第二十九条 乙方应积极配合甲方为参保人员提供基本医疗保险、门（急）诊大额医疗费、职工大额医疗费救助、大病保险、医疗救助等“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”，并接受甲方的统一监管，由甲方统一支付。

第三十条 参保人员在乙方就医结算时，只需交纳按规定应当由参保人员个人承担的费用，乙方应按规定为参保人员及时结算医疗费用，并开具医疗收费专用票据，票据使用应符合票据管理相关规定。

第三十一条 乙方应通过“延迟刷卡”方式，为未能及时办理刷卡结算的参保人员补传申报费用数据。

第三十二条 甲方按照区域点数法总额预算有关规定，将病种（病组）、床日、项目等各种付费单元以点数形式体现相对比价关系，以各定点医疗机构所提供服务的总点数作为分配权重，将统筹区域内医保基金和参保人员向全市定点医疗机构购买服务的年度总额预算，按照分类管理原则分配至乙方。

凡涉及定点医疗机构间或定点医疗机构向定点零售药店处方流转的，费用结算机构所申报的付费点数，纳入开具处方定点医疗机构的付费点数核算范围。

第三十三条 乙方为参保人员提供诊疗用药服务后，应由个人负担的医药费用，按照我市现行价格收费政策和医保支付范围、医保支付标准、医保待遇标准计算，不受医保经办机构与定点医药机构间支付方式改革的影响。

乙方按月向甲方申请医保基金支付过程中，按《天津市医疗保障区域点数法总额预算和按病种分值付费管理办法（试行）的通知》（津医保局发〔2021〕75号）等相关规定申报付费点数。

甲方以乙方月度、年度结算额度为基础，按《天津市医疗保障区域点数法总额预算和按病种分值付费管理办法（试行）的通知》相关规定核定其月度、年度医保基金（不含职工基本医保个人账户资金）结算额度，并支付相关费用。

如甲方与乙方所属同类别定点医疗机构集体协商形成多数意见，同意按照“量价挂钩”原则建立门诊医疗服务付费点数和门诊药品付费点数调节机制的，双方协商确定的调节系数等以医疗保障部门发布的结果为准。

第三十四条 参保人员与乙方发生医疗纠纷并涉及医疗费用结算的，在医疗纠纷处理未完结之前，相关医疗费用可暂不予支付。经鉴定确认乙方有责任的，乙方应在收到相关部门医疗纠纷调解书、认定书、鉴定书等材料后30日内向甲方报备，乙方责任范围内医疗费用甲方不予支付；已经支付的，乙方应主动将责任范围内部分退回。

第三十五条 如遇重大疫情或其他突发事件，甲方可按国家和我市有关规定向乙方预拨医保资金。

第三十六条 甲乙双方建立基金收付对账机制，定期核对账目。对于医保经办机构不予支付的费用、被扣除的质量保证金及医保拒付款等，乙方不得作为医保欠费处理。

第三十七条 根据法律法规及相关规定，已向乙方拨付的医疗费用、相关资金及费用，甲方有权予以收回，乙方应严格落实收回时限和收回方式。未按要求的时限或方式退回的，甲方有权中止与乙方的协议，并通过法律途径进行追回。

第三章 费用审核

第三十八条 乙方应严格按照现行有效的基本医疗保险（生育保险）药品目录、诊疗项目目录暨服务设施标准，以及我市医保支付标准，为参保人员提供合理、必要的基本医疗服务，优先及合理使用目录范围内的药品、诊疗项目、医用耗材等。

第三十九条 乙方医保医师应当按照卫生健康部门规定，为参保人员提供合理用药，药品目录中最小分类下的同类药品叠加使用的，需提供充足依据。乙方纳入医保报销的用药应在遵循药品说明书的基础上，遵守目录内药品限定支付范围的相关规定。乙方应当执行出院带药的有关规定，出院带药的品种与出院诊断相符。

第四十条 乙方符合主管部门生产和使用要求的院内制剂，经市医保行政部门批准，在乙方及特定定点医疗机构使用可纳入医保支付范围。

第四十一条 乙方应严格掌握各种检查和治疗项目使用的适应症和禁忌症。不得将大型仪器检查项目、临床“套餐式”检查等作为常规检查。

第四十二条 乙方应当加强医保目录外项目、重点监控药品和高值医用耗材的使用管理，同等条件下优先配备和使用医保目录内项目，切实减轻参保人员个人负担。

第四十三条 乙方在与参保人员结算医疗费用后，应按规定的程序上传结算数据，确保客观、真实、完整、准确，并留存相关资料备查。

医保经办部门按照《天津市医疗保障费用审核管理办法（试行）》及配套经办文件等相关规定对乙方医疗费用进行审核，对确认违规申报的违规费用不予支付。

第四十四条 医保经办机构在费用审核中发现的乙方存在违规申报的费用有权予以追回。

第四章 药品和医用耗材采购管理

第四十五条 乙方应当严格按照有关规定购进、使用、管理药品和医用耗材。根据自身规模，在自身能力范围内确保医保目录内药品、医用耗材的供应。实现药品、医用耗材等“进、销、存、调”全程信息化管理并能按要求传输相关数据，留存进销凭证。药品、医用耗材的购进记录应当包含通用名称、剂型（型号）、规格、生产厂商（中药材标明产地）、有效期、批准文号、数量、价格、批号、生产日期等信息，确保其使用的可追溯性。

第四十六条 乙方应严格执行国家和我市医药集中带量采购政策，按照集中带量采购规定签订并履行购销协议，优先使用集中采购中选产品，确保合理使用。

第四十七条 乙方应结合诊疗能力保障国家谈判药品及时有效使用，细化采购、使用、结算等各项管理措施。

第四十八条 甲方对集中带量采购的药品和医用耗材，根据三方（医疗机构、中选生产企业和配送企业）签订的购销协议和医疗机构委托结算书，按照购销协议内网上采购金额，与医药经营企业直接结算货款。具体直接结算流程按照有关规定执行。

第五章 服务监管

第四十九条 甲乙双方按照国家和我市相关规定，共同维护医保基金合理使用，确保医药费用的支出符合有关部门的规定并与社会经济发展水平及医保基金安全相协调。甲方对乙方的医保服务行为进行监管。

第五十条 乙方应建立院内医疗费用内控制度，严格落实自我管理责任，就基金使用情况进行定期自查，自查中发现的问题应全量如实及时向甲方报告。

第五十一条 乙方应按有关部门要求建立药品追溯系统、生物识别、视频监控系统。医疗保障部门可应用大数据分析、远程视频等手段进行监管。

乙方正常提供医保服务期间，不得遮挡、关闭视频监控设备；视频监控系统无法正常使用的，乙方应于48小时内向甲方备案；乙方备案时需提供视频监控系统预计恢复时间，无法按期恢复正常的，乙方应再次于48小时内向甲方备案；原则上在5个工作日内，做好损坏设施设备的维修。

第五十二条 甲方及受甲方委托的第三方机构定期、不定期对乙方履行协议情况进行检查，并将检查情况及时反馈给乙方。检查人员不得泄露检查过程中获知的乙方商业秘密、工作秘密、内部消息和个人隐私等。乙方应配合医保经办机构及其委托的第三方机构开展检查，提供的资料和传输的医疗费用数据应当真实、准确、完整。

第六章 绩效考核

第五十三条 甲方按月向乙方拨付应由医保基金支付的医疗费用，留取一定比例（6%）的质量保证金。甲方统一组织对乙方协议履行情况进行考核，并将考核结果与质量保证金返还、协议续签、年度清算、诚信管理等挂钩。

第五十四条 绩效考核分为实地考核部分、联网医疗费考核部分、医药采购管理考核部分等内容。甲方及相关医疗保障部门在广泛征求意的基础上，在开展考核工作前制发考核方案和考核细则，设定考核指标及评分标准，对定点医药机构履行医保服务协议情况进行评价，具体以考核方案和考核细则规定为准。

绩效考核满分100分，实地考核部分占65%，联网医疗费考核部分占25%，医药采购管理考核部分占10%。如乙方属于按照相关政策规定可以不参加医药集中带量采购且实际未参与医药集中带量采购的医疗机构，则不参与医药采购管理考核，按照“（实地考核成绩+联网医疗费考核成绩）÷90×100”的公式计算最终考核成绩。

乙方绩效考核结果为90分（含）以上的，返还全部质量保证金；

90 分至85分（含）的，按“返还质量保证金数额=全部质量保证金-全部质量保证金\*（100-考核得分）\*0.1%”的公式计算应返还的质量保证金，即考核得分每扣减1分，质量保证金扣减0.1%；

85 分至80分（含）的，按“返还质量保证金数额=全部质量保证金-全部质量保证金\*（100-考核得分）\*0.2%”的公式计算应返还的质量保证金，即考核得分每扣减1分，质量保证金扣减0.2%；

80 分至75分（含）的，按“返还质量保证金数额=全部质量保证金-全部质量保证金\*（100-考核得分）\*0.5%”的公式计算应返还的质量保证金，即考核得分每扣减1分，质量保证金扣减0.5%；

75 分至70分（含）的，按“返还质量保证金数额=全部质量保证金-全部质量保证金\*（100-考核得分）\*1%”的公式计算应返还的质量保证金，即考核得分每扣减1分，质量保证金扣减1%；

70 分至65分（含）的，按“返还质量保证金数额=全部质量保证金-全部质量保证金\*（100-考核得分）\*1.5%”的公式计算应返还的质量保证金，即考核得分每扣减1分，质量保证金扣减1.5%；

65 分至60分（含）的，按“返还质量保证金数额=全部质量保证金-全部质量保证金\*（100-考核得分）\*2%”的公式计算应返还的质量保证金，即考核得分每扣减1分，质量保证金扣减2%；

60 分以下的，扣除全部质量保证金。

第五十五条 甲方可将乙方的绩效考核结果、医疗服务违约行为、住院自费率等进行通报。

第七章 信息系统

第五十六条 甲方应当根据需要组织乙方专职管理人员进行业务培训。乙方应当指定部门及专人负责医保信息管理，明确工作职责，合理设置管理权限。

第五十七条 甲方按照国家和我市要求建立药品、医疗服务项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种、医疗机构基本情况、医保医师等基础数据库，按规定执行国家统一编码。乙方在向甲方进行项目申报时，应当按规定使用统一的国家标准编码，对数据准确性负责，并做好院内数据治理，严格落实国家标准，实现带码入库、带码使用、带码结算；乙方应在信息系统基础库、进销存和医师工作站三个场景，实现国家标准编码的实际应用；按规定完善医保结算清单接口改造。

第五十八条 甲乙双方应满足对方的信息安全管理要求，保证信息系统的安全性和可靠性。甲方应保障医疗保障信息系统中参保人员信息、政策参数等基础信息的准确性。乙方应建立医疗机构管理信息系统，保证信息系统符合甲方的技术和接口标准，并按甲方要求实现与医保信息系统的有效对接。

第五十九条 乙方应优化医保结算流程，为参保人员提供便捷的医疗服务。支持参保人员通过社会保障卡、医保电子凭证等方式完成身份核验和就医结算，推广至检查报告领取、药品领取等全流程应用场景，提高医保电子凭证结算率。

第六十条 乙方应推动电子处方、电子票据和移动支付上线应用，按要求入驻国家医保局和本市医保局官方APP。

第六十一条 乙方应按照国家和我市有关规定配合甲方改造信息系统，按要求落实跨省异地就医直接结算工作。

第六十二条 乙方不得为非定点医疗机构或处于中止医保协议期间的医疗机构提供医保费用结算。

第六十三条 甲方更新医保数据库应及时通知乙方，乙方应当及时更新维护本地系统。乙方的基本情况、医保医师等新增、变更信息等应按规定及时向甲方申报。

第六十四条 甲乙双方应当保障医保医疗费联网结算系统畅通和稳定运行，共同建立门（急）诊、门诊特定疾病、住院医疗费实时上传信息系统，确保数据传输高效、参保人员结算方便快捷，保证参保人员基本信息和结算信息的完整性、真实性和安全性。甲乙双方不得随意泄露参保人员参保及就医信息。

第六十五条 甲乙双方应当制定应急预案，任何一方的信息系统出现故障并影响到参保人员正常享受医疗保障待遇的，须及时通知对方并启动应急预案，保障参保人员正常就医结算。

第八章 违约责任

第六十六条 甲方有下列情形的，乙方可要求甲方纠正或提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改。

1. 未及时告知乙方医保政策和管理制度、操作流程变化情况的；

2. 未按本协议规定进行医疗费用结算的；

3. 工作人员违反工作纪律规定的；

4. 违反基本医疗保障法律法规的其他情形。

第六十七条 甲方发现乙方有未按照本协议要求落实管理措施或违反协议约定情形的，可按协议约定单独或者联合采取以下处理方式。

1. 约谈医疗机构法定代表人、主要负责人或实际控制人以及相关责任人，责令限期整改。乙方违反本协议约定、被约谈并责令整改的，整改期限不超过3个月。整改期满经验收达到协议要求的，继续履行协议；整改期满经验收未达到协议要求的，视情形中止相关责任人员、科室、服务类别的医保服务或乙方的医保协议（含主协议或附加协议），在中止期间，乙方整改完成后，可随时提出验收申请，每次间隔不小于1个月。中止期超过180天仍未达到协议要求或未提出继续履行医保协议申请的，原则上解除医保协议。

2. 暂停或不予拨付费用。医疗保障部门或其他相关单位检查发现乙方存在违法违规或违反协议约定情形，对医疗保障基金安全造成风险、或已造成医保基金损失的，可以暂停拨付结算费用。暂停期原则上不超过3个月，视医疗保障部门或其他相关单位检查情况可适当延长。对暂停拨付的费用，经查实造成医保基金损失的，不予拨付；不能查实造成医保基金损失的，按照规定结算。

3. 不予支付或追回已支付的医保费用。乙方申请支付的费用违反医疗保障法律法规等规定及协议约定的，不予支付；已经支付的，予以追回。经查实乙方违反本年度医保服务协议或以前年度医保服务协议约定，造成医保基金损失的，应当在查实后全额予以退回。可采取现金或转账支票交回、由甲方自乙方医保结算费用中扣除等方式。

涉及按病种定额付费（住院DRG付费、住院DIP付费等）、按人头总额付费（腹膜透析、丙型肝炎、糖尿病门特等）和（精神病等）按床日付费等医保支付方式，乙方发生违反医保服务协议约定情形的，以违约行为发生金额为基础，按照项目付费方式计算应追回的医保基金本金数额。

医保基金损失的具体数额，原则上与已支付金额一致，暨《天津市医疗保障区域点数法总额预算和按病种分值付费管理办法（试行）的通知》实施前，支付金额以医疗机构申报的金额为准；《天津市医疗保障区域点数法总额预算和按病种分值付费管理办法（试行）的通知》实施后，支付金额以医疗机构按点数法申报的金额为准；点值按检查通知书下发之日的当月点值计算，涉及跨协议年度的，各年度分别计算。

乙方违约行为复杂，无法直接认定应追回医保基金本金数额的，甲方可以按照项目付费方式计算应追回的医保基金本金数额。

乙方违约行为特别复杂的，按照以上方式仍然无法直接认定应追回医保基金本金数额的，甲方可以按照“违约行为发生金额×（当年度医保基金支付金额/当年度医保基金申请支付金额）”的公式计算应追回的医保基金本金数额。

医保行政部门等相关部门已认定医保基金损失具体数额的，以其认定结果为准。

4. 要求乙方按照协议约定支付违约金。乙方违反医保服务协议约定造成医保基金损失的，除按约定退回医保基金损失本金外，还需要按照协议条款约定的数额支付违约金，参照《中华人民共和国民法典》的相关规定，违约金数额为医保基金损失本金的10%-30%，具体违法违规行为已经由医保行政部门罚款的，不再收取违约金。违约金收入医保基金账户。

5. 中止乙方相关责任人员、科室、服务类别的医保服务。乙方医保服务人员、科室违反服务协议，或乙方违反协议中服务类别相关约定，可中止乙方相关责任人员、科室、服务类别的医保服务，中止期以本协议（含附加协议）具体条款约定为准，造成医保基金损失的，予以追回。

6. 中止医保协议。乙方违反协议约定，甲方与乙方暂停履行医保协议或相关附加协议，造成医保基金损失的，予以追回。中止期间发生的医药费用原则上不予结算。中止期满未超过医保协议有效期的，医保协议可继续履行；中止期满超过医保协议有效期的，经验收达到履行协议要求的，可签订下一年度医保协议。

乙方或责任部门等受到中止医保服务等处理，如确实存在大量住院患者不能在短期内出院、肾功能衰竭患者需要持续血液透析治疗且不适宜转其他定点医疗机构、大量签约糖尿病门特患者无法在短期内签约至其他医疗机构等特殊情况，由区卫健委或区医保局等部门做出情况说明后，可在中止医保服务协议期间，为存量患者继续提供医疗服务、享受相关医保待遇，确保人民群众健康权益。

7. 解除医保协议。乙方违反协议约定，甲方与乙方终止履行医保协议或相关附加协议，协议关系不再存续，造成医保基金损失的，予以追回。协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金原则上不再结算。

定点医药机构受到解除医保服务协议（或附加协议）处理，如确实存在大量住院患者不能在短期内出院、肾功能衰竭患者需要持续血液透析治疗且不适宜转其他定点医疗机构、大量签约糖尿病门特患者无法在短期内签约至其他医疗机构等特殊情况，由区卫健委或区医保局等部门做出情况说明后，可在解除协议后3个月内为存量患者继续提供医疗服务、享受相关医保待遇，并在此期间协助患者转诊至其他定点医药机构。

第六十八条 乙方有下列情形之一的，甲方可约谈乙方法定代表人、主要负责人或实际控制人以及相关责任人，责令限期整改；造成医保基金损失（或涉及医保基金支付金额，下同）较大或社会影响较大，在约谈的基础上暂停拨付医保费用，督促其限期整改。暂停拨付时间至违约行为调查处理结束、乙方整改合格。

1. 以医保支付政策等为由拒收参保患者的。

2. 未按要求向医保信息平台传送就诊人员相关信息。

3. 未按要求配置医保费用结算设备，不支持参保人使用医保电子凭证、社会保障卡等联网结算医疗费用的。

4. 未按规定向参保人员如实出具费用单据和相关资料，或者未履行知情同意手续的。

5. 未执行处方外配制度，拒绝为参保人员开具处方到定点零售药店购药。

6. 未开展药品、医用耗材进销存管理的，以及未留存相关凭证、票据。

7. 未如实报送药品、耗材的采购价格和数量。

8. 未向社会公开医药费用及费用结构等信息。

9. 将甲方不予支付的费用、乙方按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，作为医保欠费处理。

10. 未公布投诉举报渠道，或未及时处理举报投诉或社会监督反映问题。

11. 其他未按本协议约定落实管理措施，且未造成基金损失。

第六十九条 乙方有下列情形之一的，在约谈的基础上暂停拨付医保费用，督促其限期整改。暂停拨付时间至违约行为调查处理结束、并且乙方整改合格。

1. 未按规定及时向医保信息平台传送参保人员医保结算和审核所需信息、数据。

2. 未按规定使用国家统一的医保信息业务编码。

3. 未配合甲方做好国家信息业务编码标准数据库建设或维护工作。

4. 未按照甲方提供的接口标准进行程序开发和改造的。

5. 未做好医保信息平台安全隔离措施，未与互联网物理隔离的。

6. 将医保结算设备转借、赠与他人或改变使用场地。

7. 不遵守个人信息保护和数据安全有关制度，导致个人信息泄露。

8. 诱导参保人员在住院期间到门诊缴费、药店购药或另设账号交费。

9. 将应当由医保基金支付的医疗费用转嫁给参保人员自费结算。

10. 具备条件但拒不配合医保支付方式改革的。

11. 未按规定报送医疗保障基金结算清单。

12. 未按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购医保支付的药品、耗材。

13. 医保服务医师使用其他医保服务医师工作站上传医保费用。

14. 将医保目录内项目串换为或按照其他医保目录内项目申报，申报费用不超过实际发生情况的。

15. 其他对基金拨付造成影响，乙方应予以整改的情形。

第七十条 乙方有下列违约情形之一，造成医保基金损失不足1万元的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用；造成医保基金损失超过（含）1万元不足5万元的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，并中止乙方相关责任人员、科室、服务类别的医保服务、或相关附加协议，中止期限原则上为1个月；造成医保基金损失超过（含）5万元不足50万元的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，并中止乙方相关责任人员、科室、服务类别的医保服务、或相关附加协议，中止期限原则上为3个月；造成医保基金损失超过（含）50万元的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，并中止乙方相关责任人员、科室、服务类别的医保服务、或相关附加协议，中止期限原则上为6个月。乙方因违反本条受到协议处理，需支付医保基金损失本金10%的违约金。

1. 超出《医疗机构执业许可证》诊疗科目或执业地址开展医疗服务并纳入医保基金支付，或使用无执业资质人员开展医疗服务并将相关费用纳入医保基金支付。

2. 提供的医保结算数据与实际不一致。

3. 将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算。

4. 分解住院或挂床住院。

5. 违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务，造成医保基金不合理支出。

6. 重复收费、超标准收费或分解项目收费。

7. 将医保目录内项目串换为或按照其他医保目录内项目申报，申报费用超过实际发生情况的。

8. 未核验参保人员医疗保障凭证，造成冒名就医。

9. 未严格执行入出院和重症监护病房收治标准，造成医保基金不合理支出。

10. 超适应症、超疗程用药，或超医保目录限定使用范围并纳入医保结算范围。

11. 未按规定正确报送病种，造成结算标准偏高。

12. 未如实记录病人意外伤害原因或记录不明确，将应由第三方承担的医疗费用纳入医保基金支付。

13. 未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料，造成无法核实费用发生及结算真实情况。

14. 未签订附加协议、未通过服务类别备案、或不具备相应医保服务资质，开展相关医保服务并申报医保费用或通过处方流转方式由其他医药机构申报医保费用。

15. 其他造成医保基金损失的行为。

第七十一条 乙方发生下列违约情形之一的，造成医保基金损失不足1万元的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，并中止乙方相关责任人员、科室、服务类别的医保服务、中止乙方医保协议或相关附加协议，中止期限原则上为1个月；造成医保基金损失超过（含）1万元不足5万元的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，并中止乙方相关责任人员、科室、服务类别的医保服务、中止乙方医保协议或相关附加协议，中止期限原则上为3个月；造成医保基金损失超过（含）5万元的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，并中止乙方相关责任人员、科室、服务类别的医保服务、中止乙方医保协议或相关附加协议，中止期限原则上为6个月。乙方因违反本条受到协议处理，需支付医保基金损失本金20%的违约金。

1. 根据日常检查和绩效考核，发现对医疗保障基金安全和参保人员权益可能造成重大风险。

2. 不配合费用审核、协议管理检查、绩效考核。

3. 以医保定点名义从事商业广告和促销活动、虚假宣传。

4. 将非医保目录内项目串换为或按照医保目录内项目申报的。

5. 为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利。

6. 诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据。

7. 通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金。

8. 未按规定向甲方及医疗保障行政部门提供有关数据或提供数据不真实。

9. 将科室承包、出租给个人或其他机构。

10. 为参保人员套取个人账户资金的。

11. 非医保服务医师等人员冒用医保服务医师工作站上传医保费用。

12. 法律法规和规章规定的应当中止协议的其他情形。

第七十二条 乙方发生下列违约情形之一，甲方应解除乙方医保协议或相应附加协议，并视情形可终止相关责任人员医保服务，不予支付违规费用、已经支付的予以追回，乙方还需支付医保基金损失本金30%的违约金。

1. 协议履行期间，乙方情况发生变化，医疗机构设置及配置不再符合本市定点医疗机构确立的基本条件和评估要求。

2. 医保协议有效期内累计2次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位。

3. 以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的。

4. 为非定点医疗机构或处于中止医保协议期间的医疗机构提供医保费用结算。

5. 拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核、监督检查等，情节恶劣的。

6. 被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的。

7. 医疗保障行政部门或审计、纪检、公安等部门发现乙方存在重大违法犯罪行为且造成医疗保障基金重大损失。

8. 被吊销、注销医疗机构执业许可证或诊所备案证。

9. 未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定。

10. 法律法规和规章规定的应当解除协议的其他情形。

第七十三条 为推进医保社会治理、鼓励乙方加强自律管理，在医疗保障部门介入核查前乙方自查发现的违约行为，甲方按有关规定对乙方减轻或从轻处理。

第七十四条 乙方违反协议约定，依法还应给予行政处罚的，甲方可提请医疗保障行政部门进行行政处罚。乙方被追究行政、刑事责任，不影响乙方按照本协议约定承担违约责任。

第七十五条 经有关部门查实，乙方法定代表人、主要负责人、实际控制人或其授意的其他人员等存在向医保部门工作人员赠送礼品、礼金等情形的，视情节轻重给予限期整改、暂缓支付、中止协议、解除协议的处理，并纳入协议考核。

第七十六条 经查实，乙方具有骗取医疗保障基金情形的，甲方可按照天津市医疗保障诚信管理相关规定执行。

第九章 附 则

第七十七条 协议执行期间，国家法律法规及相关政策调整后与本协议约定不一致的，甲乙双方可以对照新政策对本协议进行修改或补充，其效力与本协议等同；或甲乙双方按照调整后的政策执行，本协议文本中与新政策不一致的条款自动终止，本协议文本不再调整。

第七十八条 协议履行期内，乙方因停业或歇业等原因向甲方申请中止协议，应当在中止提供医保服务前提出，经甲方同意，可以中止协议但中止时间原则上不得超过180日，协议中止超过180日，乙方仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上本协议自动终止。

乙方超过180天未上传医保结算信息的，视同为协议中止超过180天，原则上本协议自动终止。

第七十九条 有下列情形之一的，本协议终止。

1. 乙方主动提出且甲方同意的；

2. 超过本协议有效期，甲乙双方就续签协议未达成一致的，或乙方未按甲方要求续签协议的，医保协议到期后自动终止。

3. 因不可抗力致使协议不能履行的；

4. 法律法规和规章规定的其他情形。

第八十条 双方中止协议、终止协议或解除协议的，甲乙双方应对在院、出院未结算等情形的参保人员共同做好善后工作。乙方终止或解除协议后，不得再悬挂定点医疗机构标识。

第八十一条 乙方在停止服务期间（含中止、解除、终止协议等），应在其营业场所显著位置进行公告，并向参保人员解释说明。乙方未公告或解释说明，导致参保人员医疗费用不能纳入医保基金支付范围的，相关责任和后果由乙方承担。

第八十二条 甲乙双方就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行协商解决或者请求同级医疗保障行政部门协调处理，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

第八十三条 甲、乙双方一致确认本协议中记载的双方通讯地址和联系方式为双方履行协议、解决协议争议时接收对方文件信函的地址和联系方式。

第八十四条 主协议后附的附加协议和补充协议，经符合条件的医疗机构申请、按相关规定审核验收通过的，甲乙双方签订相关附加协议或补充协议，按协议约定履行义务。

第八十五条 本协议有效期自2024年4月1日起至2025年3月31日止。协议履行期间乙方无违法违规违约行为，协议期满后，因甲方原因未及时签订新协议前，乙方仍愿继续承担医保服务的，本协议继续生效。

第八十六条 本协议一式两份，甲乙双方签字盖章后生效，甲乙双方各持一份。本协议最终解释权归甲方所有。

甲方（公章）： 乙方（公章）：

法定代表人或负责人（签章）： 法定代表人或负责人（签章）：

 年 月 日 年 月 日