天津市医疗保障定点零售药店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零售药店管理，提高医保基金使用效率，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国药品管理法》《天津市基本医疗保险条例》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《天津市零售药店医疗保障定点管理办法》等法律法规及相关政策，切实维护参保人员权益，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，下同）的甲方，按照属地管理原则，委托各区分支机构（各分中心）与乙方签订本协议，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。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、医疗救助等。

第二条 甲乙双方应当严格执行国家、本市有关法律法规和各项配套政策规定，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的参保人员及其他医疗保障人员，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药品监管行政部门的有关规定。乙方为参保人员提供《基本医疗保险药品目录》范围内药品销售服务，发生的费用由医疗保险统筹基金支付的，应当凭医生处方或住院医嘱。

第五条 协议履行期间，乙方地址和银行账户等重大信息变更时，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（网址: code.nhsa.gov.cn）进行信息维护。

乙方包括但不限于定点零售药店的名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人和药品经营范围等重大信息变更时，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，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、注销药品经营许可证或营业执照的，解除医保服务协议。

第六条 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。

第七条 乙方应当建立健全医保内控管理，有健全的医疗保障内控管理制度，配备专（兼）职医疗保障管理人员。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。

第八条 甲乙双方应加强对医保药师、收费等人员管理。乙方应配合甲方建立并及时维护医保药师信息库，甲方委托乙方与医保药师签订医保药师附加协议，乙方应将医保药师附加协议签订情况向甲方备案，备案情况可记载在本协议备忘录中。

第九条 乙方应严格执行政府相关部门制定的财务制度、会计制度及收入分配制度，规范财务管理。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。

第十一条 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。

第二章 零售服务

第十二条 乙方应严格遵循卫生健康部门、药品监管部门和医疗保障部门有关规定，为参保人员提供合理用药、合规收费。

第十三条 乙方应当执行国家、我市医疗服务价格政策，遵守执行价格有关法律法规和规范，按明码标价要求公示药品价格。

第十四条 乙方应按药品经营质量管理规范要求，开展药品分类分区管理，并对所售药品在指定区域设立明显的医保用药标识。

第十五条 定点医疗机构为参保人员开具处方后，实时上传至医保信息系统，并由乙方执业药师按规定进行审查。参保人员凭定点医疗机构开具的处方在乙方购买《基本医疗保险药品目录》内的药品费用，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，按照外购处方的定点医疗机构的相关规定执行。

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 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、大额医疗费救助、大病保险、医疗救助等“一站式服务、一单制结算”。

第十八条 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。参保人员享有知情同意权，乙方应按规定为参保人员及时结算药品费用，并开具票据及提供购药清单。

第十九条 乙方凭定点医疗机构外购处方提供药品调剂服务所申报的付费点数，纳入开具处方定点医疗机构的付费点数核算范围，按照《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）》（津医保局发〔2021〕75号）相关规定，参与月度、年度各细分购买总额的分配。

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）》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。

第二十条 甲乙双方建立基金收付对账机制，定期核对账目。对于甲方不予支付的费用、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。

第二十一条 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。未按约定时限或方式退回的，甲方有权中止乙方协议，并通过法律途径进行追回。

第二十二条 乙方如实行连锁经营，应随货将药品进货明细、发票复印件一并送至门店，甲方如需对乙方上级连锁总部（区域总部）涉及乙方的财务账目进行核对，乙方上级连锁总部（区域总部）应予配合。

第三章 费用审核

第二十三条 乙方应严格按照现行有效的基本医疗保险（生育保险）药品目录以及我市医保支付标准，为参保人员提供合理、必要的购药服务。乙方纳入医保报销的用药应在遵循药品说明书的基础上，严格掌握目录内药品限定支付范围。

第二十四条 乙方应当按甲方规定的程序与时限，将结算数据报甲方，并按医保规定留存相关资料备查。

第二十五条 对纳入医保药师信息库的执业药师所发生的售药费用，由医保经办部门按照《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。

第二十六条 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 药品采购管理

第二十七条 乙方应当严格按照有关规定购进、使用、管理药品，根据自身规模，在自身能力范围内确保医保目录内药品的供应。实现药品“进、销、存、调”全程信息化实库存管理并能按要求传输相关数据，留存进销凭证。药品购进记录应当包含产品名称、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。

第二十八条 乙方应按有关规定，对纳入采购范围的药品和医用耗材在天津市医药采购应用平台上采购，做到应采尽采。

第二十九条 乙方如自愿参加国家或我市药品集中带量采购，应严格执行集中带量采购相关政策，按照集中带量采购规定签订并履行购销协议。

第三十条 甲方对集中带量采购的药品，根据三方（零售药店、中选生产企业和配送企业）签订的购销协议和零售药店委托结算书，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。

第三十一条 乙方应结合自身能力，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。

第五章 服务监管

第三十二条 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。

第三十三条 乙方应加强药师和其他人员的内部管理，保证服务质量和参保人员权益。

第三十四条 乙方应建立医疗费用内控制度，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。

第三十五条 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。

第三十六条 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监督检查，并将监督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。乙方应配合甲方及受甲方委托的第三方机构开展的监督检查，确保向甲方提供的资料和传输的医疗费用数据真实、准确、完整。

第六章 绩效考核

第三十七条 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的考核，并将考核结果与当年度质量保证金返还、年度清算、协议续签等挂钩。

第三十八条 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。

第三十九条 甲方可将乙方的绩效考核结果、违约行为等进行通报。

第七章 信息系统

第四十条 甲方应当根据需要组织乙方专（兼）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。

第四十一条 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。乙方应建立药店管理信息系统，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。

第四十二条 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。

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。

第四十三条 乙方应按照国家和我市有关规定配合甲方改造信息系统，落实跨省异地就医直接结算服务相关要求。

第四十四条 乙方不得为非定点零售药店、中止医保协议期间的零售药店或其他机构提供医保费用结算。

第四十五条 甲方按照国家和我市要求建立医保药师、药品等基础数据库，按规定执行国家统一编码。乙方应当按规定使用国家统一的医保编码并对数据准确性负责，做好信息系统与甲方数据信息的对应。

第四十六条 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、医保药师等新增、变更信息应按规定及时向甲方申报。

第四十七条 甲乙双方应共同建立购药医疗费用实时上传信息系统，应当保障医保联网结算系统畅通和稳定运行，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购药信息。

第四十八条 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，保障参保人员正常购药结算。

第八章 违约责任

第四十九条 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。

第五十条 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，可按协议约定相应采取以下处理方式。

1. 约谈法定代表人、主要负责人或实际控制人以及相关责任人，责令限期整改。乙方存在未按照本协议要求落实管理措施或违反协议约定情形的，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医保服务或乙方医保协议。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日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. 暂停结算、不予支付或追回已支付的医保费用。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的，可以暂停结算，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。检查结束或暂停期满后，对查实造成医保基金不合理支出的费用，不予支付；对不能查实造成医保基金不合理支出的费用，按照规定结算。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、由甲方自乙方本年度、月度医保结算费用中扣除等方式。

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。

3. 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。

4. 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，中止期间发生的医保费用不予结算。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，签订下一年度医保协议。

5. 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，医保协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。

第五十一条 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绝为参保患者提供医保服务。

2. 未按要求向医保信息平台传送购药人员相关信息。

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。

5. 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。

6. 未如实报送药品、耗材的采购价格和数量。

7. 未向社会公开医药费用及费用结构等信息。

8. 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。

9. 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。

10. 其他未按本协议约定落实管理措施，且未造成基金损失。

第五十二条 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. 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。

9. 具备条件但拒不配合医保支付方式改革的。

10. 未按规定报送医疗保障基金结算清单。

11. 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。

12. 医保服务药师使用其他医保服务药师工作站上传医保费用。

13. 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。

14. 其他对基金拨付造成影响，乙方应予以整改的情形。

第五十三条 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的医保服务，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，中止乙方相关责任人员的医保服务、并中止乙方医保服务，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，中止乙方相关责任人员的医保服务、并中止乙方医保服务，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. 提供的医保结算数据与实际不一致。

2. 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。

3. 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。

4. 未核验参保人员医疗保障凭证，或未执行代购药品相关规定，造成冒名购药。

5. 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。

6. 未按照规定保管财务账目、会计凭证、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。

7. 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。

8. 不按药师执业范围进行药品销售。

9. 药品账实不符，且不能进行合理说明。

10. 未建立健全相关购、销、存台账或未实行药品实库管理。

11. 销售的药品与处方不一致。

12. 药师未按要求对处方进行审查。

13. 使用未签订互联网补充协议定点医疗机构通过互联网方式接诊患者并流转的处方申报医保结算。

14. 其他造成医保基金损失的行为。

第五十四条 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的医保服务，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，中止乙方相关责任人员的医保服务、并中止乙方医保协议，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，中止乙方相关责任人员的医保服务、并中止乙方医保协议，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. 为参保人员套取个人账户资金或空刷门诊起付线的。

10. 非医保服务药师等人员冒用医保服务药师工作站上传医保费用。

11. 随意修改服务器和网络配置，或擅自修改MIS收费系统中医疗保障相关数据。

12. 冒用、敛存他人医疗保障有效凭证骗取医疗保障基金。

 13. 法律法规和规章规定的应当中止协议的其他情形。

第五十五条 乙方发生下列违约情形之一，甲方应解除乙方医保协议，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，零售药店设置及配置不再符合本市定点零售药店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. 为非定点零售药店或处于中止医保协议期间的零售药店提供医保费用结算。

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、注销药品经营许可证或营业执照。

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。

第五十六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。

第五十七条 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。

第五十八条 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。

第五十九条 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

第六十条 协议执行期间，国家法律法规及相关政策有调整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。

第六十一条 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。

第六十二条 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。

第六十三条 双方中止协议、终止协议或解除协议的，甲乙双方应共同做好善后工作。乙方终止或解除协议后，不得再悬挂定点零售药店标识。

第六十四条 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，导致参保人员相关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。

第六十五条 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。

第六十六条 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。

第六十七条 主协议后附的附加协议，经符合条件的零售药店申请、按相关规定审核验收通过的，甲乙双方签订相关附加协议，按协议约定履行义务。

第六十八条 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。

第六十九条 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