

天津市医疗保障 2025 协议年度定点医疗机构医疗保障服务协议补充协议

（征求意见稿）

甲 方

名 称: _____

法定代表人: _____

地 址: _____

邮 政 编 码: _____

联 系 电 话: _____

乙 方

名 称: _____

执业许可证: _____

法定代表人: _____

地 址: _____

邮 政 编 码: _____

联 系 电 话: _____

按照《国家医疗保障局关于进一步加强医疗保障定点医疗机构管理的通知》（医保发〔2025〕14号）等文件要求，以及市医保局关于药品追溯码、药品和医用耗材网上采购等规定，经甲乙双方协商一致，2025 协议年度《天津市定点医疗机构医疗保障服务协议书》补充以下内容。

一、第十三条增加：“乙方为本市医疗救助定点医疗机构的，医疗救助费用直接刷卡联网结算，按照医保部门相关规定为医疗救助对象提供医保服务，服务质量不得低于为其他参保人员提供医保服务的质量，费用结算和双方权利义务等以本协议相关内容为准；乙方非本市医疗救助定点医疗机构的，医疗救助费用实行联网垫付报销。”

二、第二十七条增加第二款：“甲方在医药机构提出定点申请、续签医保协议等环节，应组织开展医保基金相关政策法规培训，重点将我市主要医保支付政策、集中采购政策以及年度医保总额预算、有关医保付费标准等，明确告知乙方并纳入医保协议管理，并结合既往实际运行情况，合理引导医疗机构预期。乙方在知情同意的情况下，自愿与医保经办机构签订医保协议并严格履约执行。”

第二十七条增加第三款：“甲乙双方共同落实‘预警亮牌机制’，乙方受到亮牌警告的，按照政策文件规定执行。”

三、第二十八条第一款修改为：“参保人员医疗费用中应当由医保基金支付的部分，由甲方与乙方按规定进行结算。乙方按月向甲方申请医保基金支付过程中，按天津市医疗保障相关政策规定申报付费点数。甲方以乙方月度、年度结算额度为基础，按天津市医疗保障相关政策规定核定其月度、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。甲方在定点医疗机构知情同意的

基础上，按照经集体协商确定的“量价挂钩”医保购买指标阈值及相应的医保购买机制，向乙方购买超出“量价挂钩”指标阈值的医药服务；乙方不同意的，甲方不再向其购买超出“量价挂钩”指标阈值的医药服务。甲方完善医保信息系统，对乙方在实际运行过程中超“量价挂钩”指标阈值提供服务的情形，及时进行提醒。”

四、第四十八条第一款修改为：“乙方应积极对接天津市医药采购应用平台，按照相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进行网上采购。甲方加强平台采购协议考核和日常管理。2026年起平台采购情况纳入协议中止、解除条款。”

五、第六十三条增加第二款：“考核成绩与协议续签挂钩，2025协议年度医保绩效考核全市成绩排名倒数10%（含）以内、且考核成绩低于80分（不含，以城镇职工考核成绩为准）的诊所、门诊部（机构总数以参与城镇职工考核的诊所、门诊部数量分别计算，不含因医保相关违法违规违纪受到公安、检察院、法院、纪检监察部门调查、医疗机构处于应急止损处理状态且仍在调查期间的暂缓计算成绩的），自考核成绩下发后终止2026年度医保服务协议（如上述全市成绩排名倒数10%的医疗机构分数相同且考核成绩低于80分，相关诊所、门诊部均终止2026年度医保服务协议）。因医保相关违法违规违纪受到公安、检察院、法院、纪检监察部门调查、处于应急止损处理状态且仍在调查期间的诊所、门诊部，相关情形消除后，再行计算成绩，考核成绩低于前述医保绩效考核全市成绩排名倒数10%（含）以内的医疗机构最高成绩的、且考核成绩低于80分的，不再签订2026年度医保服务协议。”

第六十三条增加第三款：“定点医疗机构（诊所、门诊部）对于考核成绩存在异议可在《天津市医保定点医药机构 2025 协议年度医疗保障协议考核方案》规定时间内提出申诉，由各单位依职责答复后定点医疗机构（诊所、门诊部）仍未在规定时间内确认考核成绩的，规定时间到期后，终止 2026 年度医保服务协议”。

六、关于药品追溯码，增加以下条款：

（一）第七十一条第（十二）款修改为：“未按要求采集、核验、上传药械追溯码信息的，包括但不限于能够提供相应进货票据，进货价明显异常，但未使用国家医保 APP 对购进药品进行抽查等情形。”

（二）第七十一条增加第（十四）款：“经查实乙方销售的药品为“回流药”，能够提供真实有效的随货同行单、发票等进货票据，进货价低于挂网价 30%及以下的，对乙方暂停结算，追回相关费用；每购进 1 次，暂停 1 个月；购进 3 次（含）以上的，解除医保服务协议。”

（三）第七十三条增加第（十三）款：“经查实乙方购入的药品无法提供随货同行单、发票等进货票据，不能做出合理解释（医疗机构解释说明必须提供相关证明材料）的，解除乙方医保服务协议，按照医保支付资格有关规定对相关人员一次性记 12 分（不再减免），终止医保支付资格。”

（四）第七十六条增加第二款：“检查发现乙方疑似存在未落实国家和本市关于药品追溯码要求、疑似存在销售‘回流药’、或者疑似存在涉及药品追溯码其他问题的，甲方可对乙方采取暂停医保结算或者暂停医保服务的措施。”

七、第七十二条第（十四）款修改为：“具备医师执业资格的非乙方医保服务医师，冒用乙方医保服务医师工作站上传医保结算费用的”。

八、第七十四条增加第二款：“经甲乙双方一致认可，建立疑难问题处理工作机制。在协议检查和协议处理过程中，对于涉及医疗卫生、市场监管等领域专业性强的疑难问题，甲方可商请卫生健康、药监、审计、财政、税务、公安等有关部门出具书面意见，或组织相关领域专家（原则上为三级医疗机构医保、物价、财务人员及副高级职称以上医、药、护、技人员）进行论证，以书面意见或论证结果为处理相关疑难问题的重要依据。”

九、第七十八条增加第二款：“定点医疗机构、责任科室或者责任人既往协议年度发生违约行为，应当中止医保服务、中止医保服务协议或者解除协议，但是在既往年度未被发现或者未受到协议处理的，在当前年度中止医保服务、中止医保服务协议或者解除当前年度医保服务协议。”

十、第七十六条增加第三款：“有关部门检查发现乙方医保服务医师涉嫌存在重大违法违规行为，甲方可采取暂停乙方医保服务医师医保服务的措施，实现医保基金应急止损。”

第七十六条增加第四款：“乙方医保服务医师存在人均费用、次均费用、日均费用、项目费用（包括但不限于中西成药、中药饮片、医用耗材、诊疗项目）、总发生费用等在同一时期内（时间跨度不少于1个月）明显超出正常水平，包括但不限于人均（次均、日均）费用超出同类别、同级别定点医疗机构医师费用平均水平100%的、协议年度内对同一参保患者开具门诊（门特）药品总费用超过5万元的

等；或者乙方医保服务医师不能因人因病施治，在同一时期内（时间跨度不少于1个月）存在费用雷同处方或按照说明书最大剂量开具的处方占总处方量30%以上等情形的，甲方暂停乙方相关医保服务医师医保服务1个月，乙方及其医师应及时整改；相关医师整改效果不明显或者仍然存在以上情形的，中止其医保服务3个月；再次整改后效果仍不明显的，中止其医保服务直至本协议年度终了，且下一协议年度不再签订医保服务医师附加协议。”