

商医保发〔2021〕5号

商洛市医疗保障局 关于印发医药机构医疗保障 定点管理办法的通知

各县（区）医疗保障局、商洛高新区（商丹园区）社区管理局，市直属机构，各定点医疗机构：

为进一步规范我市医药机构医疗保障定点管理，不断提升医疗保障服务水平，根据国家医疗保障局第2号令、第3号令规定，对我市基本医疗保险定点医药机构服务协议管理办法进行了修改完善，形成了《商洛市医药机构医疗保障定点管理办法》，现印发给你们，请遵照执行。

2021年新申请定点的医药机构，应按本办法的准入条件，收取相关材料、组织评估、协商谈判、签订协议，严格把关、确保质量。对本办法下发前已经定点的医药机构，在签订2021年度医保协议前，应按本办法规定进行复核评估，评估合格、达到准入条件和材料要求的，及时签订协议；对于评估不合格的应告知其理由，提出整改建议，整改3个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，终止定点。

附件：

1. 商洛市医药机构医疗保障定点管理办法
2. 商洛市医药机构医疗保障定点备案表

商洛市医疗保障局

2021年2月7日

抄送:省医保局医药服务管理处、法规与监督处,市司法局、市卫健委、市市场监督管理局、市纪委监委驻市卫健委纪监组,市局各科室、局长、副局长,档(二)

商洛市医疗保障局

2021年2月7日印发

附件 1.

商洛市医药机构医疗保障定点管理办法

第一章 总 则

第一条 为加强和规范医药机构医疗保障定点管理,提高医疗保障基金使用效率,更好地保障广大参保人员权益,根据国

家医疗保障局《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》(第2号令)、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》(第3号令),制定本办法。

第二条 本办法中的医疗机构,是指依法定程序设立、经登记取得《医疗机构执业许可证》、从事疾病诊断治疗活动的卫生机构的总称。

零售药店是符合《中华人民共和国药品管理法》规定,领取药品经营许可证的药品零售企业。

医药机构是指医疗机构和零售药店的总称。

定点医药机构是指自愿与市、县区医疗保障经办机构(以下简称“经办机构”)签订医保协议,为参保人员提供医药服务的医疗机构和实体零售药店。包括定点医疗机构和定点零售药店。

市、县区经办机构是具有法定授权、实施医疗保障管理服务的职能机构,是医疗保障经办的主体。

第三条 市经办机构统一负责全市定点医药机构医保协议的文本制定、监督管理、年度考核等工作;市、县区经办机构分别负责确定市级、县区级定点医药机构,并分别与定点医药机构签订医疗保障服务协议(以下简称“医保协议”),提供经办服务,开展医保协议管理、考核等;县区级定点医药机构医保协议文本应加盖市经办机构印章。

定点医药机构应当遵守医疗保障、医药法律、法规、规章及有关政策,按照规定向参保人员提供医药服务。

第四条 医药机构提出定点申请，市县区经办机构应即时受理。对申请材料内容不全的，经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医疗机构补充。

第二章 医疗机构定点

第五条 以下取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的医疗机构，以及经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构可申请医保定点：

(一)综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、康复医院；

(二)专科疾病防治院(所、站)、妇幼保健院；

(三)社区卫生服务中心(站)、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所(站)、村卫生室(所)；

(四)独立设置的急救中心；

(五)安宁疗护中心、血液透析中心、护理院；

(六)养老机构内设的医疗机构。

互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议，其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，由市县区经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

第六条 申请医保定点的医疗机构应当同时具备以下基本条件：

(一)正式运营至少3个月；

(二)至少有1名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医(专长)医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师;

(三)主要负责人负责医保工作,配备专(兼)职医保管理人员;100张床位以上的医疗机构应设内部医保管理部门,安排专职工作人员;

(四)具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等;

(五)具有符合医保协议管理要求的医院信息系统技术和接口标准,实现与医保信息系统有效对接,按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息,为参保人员提供直接联网结算。设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库,按规定使用国家统一的医保编码;

(六)符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

第七条 医疗机构向市县区经办机构提出医保定点申请,至少提供以下材料:

(一)定点医疗机构申请表;

(二)医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照复印件;

(三)与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本;

(四)与医保有关的医疗机构信息系统相关材料;

(五)纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告;

(六) 省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

第八条 市县区经办机构应组织评估小组或委托第三方机构，以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。评估内容包括：

(一) 核查医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证；

(二) 核查医师、护士、药学及医技等专业技术人员执业信息和医师第一注册地信息；

(三) 核查与服务功能相适应的诊断、治疗、手术、住院、药品贮存及发放、检查检验放射等基础设施和仪器设备；

(四) 核查与医保政策对应的内部管理制度和财务制度，卫生健康部门医疗机构评审的结果；

(五) 核查与医保有关的医疗机构信息系统是否具备开展直接联网结算的条件。

评估结果分为合格和不合格。对于评估合格的，应将其纳入拟签订协议医疗机构名单，并向社会公示。对于评估不合格的，应告知其理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改3个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

第九条 市县区经办机构与评估合格的医疗机构协商谈判，

达成一致的，双方自愿签订医保协议。医保协议应明确双方权利、义务和责任。签订医保协议的双方应当严格执行协议约定。协议期限一般为 1 年。

市县区经办机构应将评估结果、定点及签订医保协议情况，及时报同级医疗保障行政部门和市经办机构备案；市经办机构负责汇总全市情况，向市医疗保障行政部门备案。

市县区经办机构应向社会公布签订医保协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

第十条 医疗机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围的；

（二）基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策的；

（三）未依法履行行政处罚责任的；

（四）以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未
满 3 年的；

（五）因违法违规被解除医保协议未满 3 年或已满 3 年但未
完全履行行政处罚法律责任的；

（六）因严重违反医保协议约定而被解除协议未满 1 年或已
满 1 年但未完全履行违约责任的；

（七）法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法
违规导致原定点医疗机构被解除医保协议，未满 5 年的；

(八) 法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人名单的;

(九) 法律法规规定的其他不予受理的情形。

第三章 零售药店定点

第十一条 取得药品经营许可证，并同时符合以下条件的零售药店均可申请医疗保障定点：

(一) 在注册地址正式经营至少 3 个月；

(二) 至少有 1 名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师须签订 1 年以上劳动合同且在合同期内；

(三) 至少有 2 名熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专(兼)职医保管理人员负责管理医保费用，并签订 1 年以上劳动合同且在合同期内；

(四) 按药品经营质量管理规范要求，开展药品分类分区管理，并对所售药品设立明确的医保用药标识；

(五) 具有符合医保协议管理要求的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度；

(六) 具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，为参保人员提供直接联网结算，建立医保药品等基础数据库，按规定使用国家统一医保

编码;

(七)符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

第十二条 零售药店向市县区经办机构提出医疗保障定点申请,至少提供以下材料:

(一)定点零售药店申请表;

(二)药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件;

(三)执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件;

(四)医保专(兼)职管理人员的劳动合同复印件;

(五)与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本;

(六)与医保有关的信息系统相关材料;

(七)纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告;

(八)省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

第十三条 经办机构应组织评估小组或委托符合规定的第三方机构,以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。自受理申请材料之日起,评估时间不超过3个月,零售药店补充材料时间不计入评估期限。评估内容包括:

(一)核查药品经营许可证、营业执照和法定代表人、企业负责人或实际控制人身份证;

(二) 核查执业药师资格证书或药学技术人员资格证书及劳动合同;

(三) 核查医保专(兼)职管理人员的劳动合同;

(四) 核查与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度;

(五) 核查与医保有关的信息系统是否具备开展直接联网结算的条件;

(六) 核查医保药品标识。

评估结果包括合格和不合格。对于评估合格的,纳入拟签订医保协议的零售药店名单向社会公示。对于评估不合格的应告知其理由,提出整改建议。自结果告知送达之日起,整改3个月后可再次组织评估,评估仍不合格的,1年内不得再次申请。

第十四条 市县区经办机构与评估合格的零售药店协商谈判,达成一致的,双方自愿签订医保协议。医保协议应明确双方的权利、义务和责任。签订医保协议的双方应当严格执行医保协议约定。医保协议期限一般为1年。

市县区经办机构应将评估结果、定点及签订医保协议情况,及时报同级医疗保障行政部门和市经办机构备案;市经办机构负责汇总全市情况,向市医疗保障行政部门备案。

市县区经办机构应向社会公布签订医保协议的定点零售药店信息,包括名称、地址等,供参保人员选择。

第十五条 零售药店有下列情形之一的,不予受理定点申请:

(一) 未依法履行行政处罚责任的;

(二)以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未
满 3 年的；

(三)因违法违规被解除医保协议未满 3 年或已满 3 年但未
完全履行行政处罚法律责任的；

(四)因严重违反医保协议约定而被解除医保协议未满 1 年
或已满 1 年但未完全履行违约责任的；

(五)法定代表人、企业负责人或实际控制人曾因严重违法
违规导致原定点零售药店被解除医保协议，未满 5 年的；

(六)法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信人
名单的；

(七)法律法规规定的其他不予受理的情形。

第四章 运行管理

第十六条 定点医药机构具有依法依规为参保人员提供医
药服务后获得医保结算费用，对经办机构履约情况进行监督，
对完善医保政策提出意见建议等权利。

第十七条 定点医疗机构应当严格执行医保协议，合理诊
疗、合理收费，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目
等目录，优先配备使用医保目录药品，控制患者自费比例，提
高医疗保障基金使用效率。定点医疗机构不得为非定点医疗机
构提供医保结算。定点零售药店应当为参保人员提供药品咨询、
用药安全、医保药品销售、医保费用结算等服务。

经办机构不予支付的费用、定点医疗机构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，定点医疗机构不得作为医保欠费处理。

第十八条 定点医疗机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、挂床住院，不得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，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

第十九条 定点零售药店提供药品服务时应核对参保人员有效身份凭证，做到人证相符。特殊情况下为他人代购药品的应出示本人和被代购人身份证。为参保人员提供医保药品费用直接结算单据和相关资料，参保人员或购药人应在购药清单上签字确认。凭外配处方购药的，应核验处方使用人与参保人员身份是否一致。

第二十条 定点医药机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合《基本医疗保险用药管理暂行办法》（国家医疗保障局第1号令）、省医疗保障局《关于进一步规范异地就医直接结算工作的通知》（陕医保发〔2020〕57号）、市医疗保障局《关于规范基本医疗保险诊疗项目管理的通知》（商医保发发〔2021〕2

号)等文件规定的支付范围;除急诊、抢救等特殊情形外,提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的,应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

第二十一条 定点医疗机构应当制定相应的内部管理措施,严格掌握出入院指征。按照协议执行医保总额预算指标,执行按项目、按病种、按疾病诊断相关分组、按床日、按人头等支付方式。不得以医保支付政策为由拒收患者。

第二十二条 定点医药机构按有关规定执行集中采购、医药价格和医保支付政策,优先使用集中采购中选的药品和耗材。医保支付的药品、耗材应当按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购,并真实记录“进、销、存”等情况。

第二十三条 定点零售药店应当凭处方销售医保目录内处方药,药师应当对方进行审核、签字后调剂配发药品;外配处方必须由定点医疗机构医师开具,有医师签章;并将参保人员医保目录内药品外配处方、购药清单等保存2年,以备医疗保障部门核查;定点零售药店可凭定点医疗机构开具的电子外配处方销售药品。

第二十四条 定点医药机构应当参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训。

定点医药机构应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训,定期检查本单位医疗保障基金使用情况,及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

定点医药机构在显著位置悬挂市医疗保障部门监制的统一样式定点医药机构标识。

第二十五条 定点医疗机构应按要求及时向经办机构报送医疗保障基金结算清单、药品、耗材的采购价格和数量等信息，包括疾病诊断及手术操作，药品、医用耗材、医疗服务项目费用结算明细，医师、护士等信息，并对其真实性负责。

定点零售药店应按要求及时如实向经办机构上传参保人员购买药品的品种、规格、价格及费用信息，定期向经办机构上报医保目录内药品的“进、销、存”数据，并对其真实性负责。

定点医药机构应向医疗保障部门报告医疗保障基金使用监督管理及协议管理所需信息，向社会公开医药费用、费用结构等信息。

第二十六条 定点医药机构应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

定点医药机构应当优化医保结算流程，为参保人员提供便捷的医疗服务，按规定进行医保费用直接结算，提供费用结算单据和相关资料。为符合规定的参保人员提供转诊转院服务。参保人员根据有关规定可以在定点医疗机构购药或凭处方到定点零售药店购药。

第二十七条 定点医药机构应当做好与医保有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。

定点医疗机构重新安装信息系统时，应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

第五章 经办服务

第二十八条 定点医药机构实行市、县区两级分级定点、属地管理，市级备案，谁定点、谁监管。经办机构对属地定点医药机构为本地和异地参保人员提供的医疗服务承担管理服务职责。

市经办机构要制定经办规程，并负责全市定点医药机构医保协议范本的拟定细化、市级及市级以上医药机构定点的申请受理，监督、管理县区定点医药机构协议签订、备案、考核、管理、基金结算工作；指导各县区加强和完善医保协议管理。医保协议内容应与法律、法规、规章和医疗保障政策调整变化相一致。

县区经办机构负责县区级及以下医疗机构、县区境内所有零售药店定点的申请受理、协议签订、组织落实、费用审核、基金支付、监督管理、评估考核等各环节的工作。

经办机构有权掌握定点医药机构运行管理及药品医用材料进销存情况，从定点医药机构获得医保费用稽查审核、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。

第二十九条 经办机构应当完善定点申请、组织评估和协

议签订、协议履行、协议变更和解除等管理流程，制定经办规程，为定点医药机构和参保人员提供优质高效的经办服务。

第三十条 经办机构应做好对定点医药机构医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，提供医疗保障咨询、查询服务。

第三十一条 经办机构应当落实医保支付政策，加强医疗保障基金管理；应当建立完善的内部控制制度，建立对定点医药机构医保费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位责任及风险防控机制。完善重大医保费用支出集体决策制度。

第三十二条 经办机构应当加强医疗保障基金支出管理，通过智能审核、实时监控、现场检查等方式及时审核医保医药费用。对定点医药机构进行定期和不定期稽查审核。按协议约定及时足额向定点医药机构拨付医保费用，原则上应当在定点医药机构申报后 30 个工作日内拨付符合规定的医保费用。

第三十三条 经办机构可以按国家规定向定点医疗机构预付一部分医保资金，缓解其资金运行压力。在突发疫情等紧急情况时，可以按国家规定预拨专项资金。

定点医药机构违规申报费用，经审查核实的，经办机构不予支付。

第三十四条 经办机构应当依法依规支付参保人员在定点医药机构发生的医疗费用，为参保人员提供医保政策咨询。参保人员在非定点医疗机构就医(除急诊和抢救外)和在非定点零

售药店购药发生的费用医疗保障基金不予支付。参保人员应凭本人参保有效身份凭证在定点零售药店购药。不得出租(借)本人有效身份凭证给他人,不得套取医疗保障基金。

第三十五条 经办机构依据有关规定公开医保信息系统数据集和接口标准。定点医药机构自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商。经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

第三十六条 经办机构或其委托符合规定的第三方机构,对定点医疗机构开展绩效考核,建立动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。

第三十七条 对于定点医疗机构结算周期内未超过总额控制指标的医疗费用,经办机构应根据协议按时足额拨付。对定点医疗机构因参保人员就医数量大幅增加等形成的合理超支给予适当补偿。

第三十八条 经办机构发现定点医药机构存在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:

- (一)约谈法定代表人、主要负责人或实际控制人;
- (二)暂停结算或不予拨付费用;
- (三)不予支付或追回已支付的医保费用;
- (四)要求定点医药机构按照协议约定支付违约金;
- (五)中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务;

(六)中止或解除医保协议。

第三十九条 经办机构违反医保协议的，定点医药机构有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

第六章 变更处理

第四十条 定点医药机构的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级、类别和定点零售药店的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 个工作日内向经办机构提出变更申请。其他一般信息变更应及时书面告知。

第四十一条 续签应由定点医药机构于医保协议期满前 3 个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。经办机构与定点医疗机构就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据医保协议履行情况和绩效考核情况等决定是否续签。协商一致的，可续签医保协议；未达成一致的，医保协议到期后自动终止。

对于绩效考核结果好的定点医疗机构可以采取固定医保协议和年度医保协议相结合的方式，固定医保协议相对不变，年度医保协议每年根据具体情况调整，简化签约手续。

第四十二条 医保协议中止是指经办机构与定点医药机构暂停履行医保协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过医保协议有效期的，医保协议可继续履行；

超过医保协议有效期的，医保协议终止。

定点医药机构可提出中止医保协议申请，经经办机构同意，可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过180日，定点医药机构在医保协议中止超过180日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。定点医疗机构有下列情形之一的，经办机构应中止医保协议：

(一)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的；

(二)未按规定向经办机构及医疗保障行政部门提供有关数据或提供数据不真实的；

(三)根据医保协议约定应当中止医保协议的；

(四)法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

第四十三条 医保协议解除是指经办机构与定点医药机构之间的医保协议解除，协议关系不再存续，协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。

(一)定点医疗机构有以下情形之一的，经办机构应解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的医疗机构名单：

1. 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的；

2. 以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

3. 经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；

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

提供医保费用结算的；

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. 定点医疗机构停业或歇业后未按规定向经办机构报告的；

8. 医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中，发现定点医疗机构存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的；

9. 被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的；

10. 法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的；

11. 未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

12. 定点医疗机构主动提出解除医保协议且经办机构同意的；

13. 根据医保协议约定应当解除医保协议的；

14. 法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

(二) 定点零售药店有下列情形之一的，经办机构应解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的零售药店名单：

1. 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的；

2. 发生重大药品质量安全事件的；

3. 以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

4. 以伪造、变造医保药品“进、销、存”票据和账目、伪

造处方或参保人员费用清单等方式，骗取医疗保障基金的；

5. 将非医保药品或其他商品串换成医保药品，倒卖医保药品或套取医疗保障基金的；

6. 为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算的；

7. 将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的；

8. 拒绝、阻挠或不配合经办机构开展智能审核、绩效考核等，情节恶劣的；

9. 被发现重大信息发生变更但未办理变更的；

10. 医疗保障行政部门或有关执法机构在行政执法中，发现定点零售药店存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的；

11. 被吊销、注销药品经营许可证或营业执照的；

12. 未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

13. 法定代表人、企业负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的；

14. 因定点零售药店连锁经营企业总部法定代表人、企业负责人或实际控制人违法违规导致连锁零售药店其中一家分支零售药店被解除医保协议的，相同法定代表人、企业负责人或实际控制人的其他分支零售药店同时解除医保协议；

15. 定点零售药店主动提出解除医保协议且经经办机构同意的；

16. 根据医保协议约定应当解除协议的;

17. 法律法规和规章规定的其他应当解除的情形。

第四十四条 定点医药机构请求中止、解除医保协议或不再续签医保协议的，应提前 3 个月向经办机构提出申请。公立医疗机构不得主动提出中止或解除医保协议。

经办机构与定点医药机构中止或解除医保协议，该医药机构在其他市县的医保协议也同时中止或解除。

定点医疗机构的部分人员或科室有违反协议管理要求的，可对该人员或科室中止或终止医保结算。

医药机构与经办机构就医保协议签订、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。

第七章 监 督

第四十五条 经办机构要加强对定点医药机构履行协议情况的监督检查，对定点医药机构应采取日常检查、专项检查和年终检查的方式。日常检查原则上每家医疗机构每年至少进行 2 次实地检查，专项检查原则上每年不少于 1 次，针对可能存在问题重点医药机构加大突击检查频次和范围。

第四十六条 经办机构对查实违规的定点医药机构，要严格按照协议约定及相关规定，除追回违规骗取的医保基金外，还须向经办机构支付骗取基金 2-5 倍违约金的处罚；对查实具

有骗取医保基金等违规行为的医师，视情节严重程度给予停止1-5年医保处方结算资格的处理，并将违规行为进行媒体曝光、通报医疗保障、卫生健康行政部门；对具有骗取医保基金或倒卖药品等违规行为的参保人，可给予暂停医保直接结算等处理。

情节严重的定点医药机构、医师和参保人，要列入全市医保系统“黑名单”。

经办机构对定点医药机构作出中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务、中止和解除医保协议等处理时，要及时报告同级医疗保障行政部门和市经办机构。

第四十七条 医疗保障行政部门发现定点医药机构存在违约情形的，应当及时责令经办机构按照医保协议处理，经办机构应当及时按照医保协议处理。定点医药机构违反法律法规规定的，依法依规处理。

医疗保障行政部门依法查处违法违规行为时，认为经办机构移交相关违法线索事实不清的，可组织补充调查或要求经办机构补充材料。

第四十八条 医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协议订立、协议履行和解除等进行监督，对经办机构的内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等进行指导和监督。

医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点医药机构的协议履行情况、医疗

保障基金使用情况、医疗服务行为、购买涉及医疗保障基金使用的第三方服务等进行监督。

第四十九条 医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点医药机构进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

医疗保障基金监管管理部门、经办机构及其工作人员要严格按照法律法规和本办法履行监管职责，对于不履行、违法履行或怠于履行法定职责，导致医疗保障基金受到损失，或者造成其他不良影响的，将按省医疗保障局《关于建立医疗保障基金监管问责与激励机制的通知》（陕医保发〔2021〕4号）等相关规定进行问责。

第八章 附 则

第五十条 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、居民大病保险等医疗保障定点管理工作按照本办法执行。

第五十一条 此前相关规定与本办法不一致的，按本办法执行。本办法相关内容与上级医疗保障部门相关规定不一致或者相抵触的，按上级相关规定执行。

第五十二条 本办法由市医疗保障局负责解释，自发文之日起施行。

附件 2.

商洛市医药机构医疗保障定点备案表

备案县区(盖章):

年 月 日

序号	定点医药机构全称 (应与机构印章名称完全一致)	类别	级别	协议编号	协议有效时间	备注

经办人:

联系电话:

注:①类别指的是公立、民营、公民合作医药机构;②级别是指三级十等,每级分甲、乙、丙三等,如三级甲等、二级乙等。