陕西省医疗机构医疗保障

定点管理暂行办法

（征求意见稿）

第一章  总  则

第一条 为加强和规范医疗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《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》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规，以及国家医疗保障局《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和相关政策规定，制定本办法。

第二条 医疗机构医疗保障定点管理应坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、总量控制、布局合理、动态平衡的原则，加强医疗保障精细化管理，促进医疗机构供给侧改革，为参保人提供适宜的医疗服务。

第三条 统筹地区医疗保障行政部门负责制定医疗机构定点管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）、定点医疗机构进行监督。

统筹地区经办机构负责确定定点医疗机构，并与定点医疗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、稽核等。

定点医疗机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医疗服务。严格执行实名就医和诊疗管理规定,执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，合理诊疗、合理收费。严格执行医保行政部门制定的医药价格政策,按照有关规定执行药品和医用耗材集中带量采购政策。

第四条 医疗保障行政部门和经办机构要加强统筹协调，落实行政监管和协议管理职责，做好行政处罚、行政处理与协议处理的衔接，结合医保大数据分析、监测、预警，不断提升医疗保障精细化管理水平。

第二章  定点医疗机构申请和确定

第五条 统筹地区医疗保障行政部门根据人口结构、经济发展水平、区域发展战略、医保基金状况、疾病谱差异、医药服务需求以及医疗资源现状等因素，科学合理确定本统筹地区基本医保定点医疗机构资源配置规划。

第六条 以下取得医疗机构执业许可证或诊所（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;

（七）优抚医院、光荣院内设医疗机构。

省内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，由统筹地区经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算，其总额预算纳入所依托的实体医疗机构统一管理。

定点医疗机构向临床检验中心、医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心等提供第三方服务的医疗机构购买医疗服务的，报属地经办机构备案后，符合医保支付范围的，由经办机构与定点医疗机构结算。

医疗机构的分设机构为独立法人，或具有独立医疗机构执业许可证或诊所（中医诊所）备案证的，应单独申请医保定点。

第七条 申请医保定点的医疗机构应当同时具备以下基本条件：

（一）依法注册登记取得医疗机构执业许可证或诊所（中医诊所）备案证，且正式运营至少3个月；

（二）有开展医疗服务必备的卫生技术人员及规定人数，其中至少有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，开展检查检验服务的，至少有1名固定的具有相应资质的医技人员；

（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）有开展医疗服务必备的固定场所，以及相应的服务设施和仪器设备；

（五）具有符合医保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，有规范的医疗服务流程，合理公开的收费标准；

（六）具有符合医保管理要求的医院信息系统技术和接口标准，并可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、医保医师等基础数据库，按规定使用国家统一的医保编码。有规范的药品耗材“进、销、存”信息化管理系统，并建有“进、销、存”台账；

（七）按规定使用药品耗材追溯码，实现“应采尽采、依码结算、依码支付”；

（八）按规定妥善储存并上传参保患者检验、影像等原始资料，优先支持承诺通过医保信息平台上传、调阅检查检验结果的医疗机构纳入医保定点。

（九）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。

第八条 依托实体定点医疗机构的互联网医院或定点医疗机构申请签订“互联网+”医疗服务医保补充协议，应当具备以下基本条件：

（一）经陕西省内卫生健康部门批准设置互联网医院或批准开展互联网诊疗活动；

（二）具备与国家统一医保信息业务编码对接的条件，以及药品、医用耗材、诊疗项目、医疗服务设施、疾病病种等基础信息数据库；

（三）具备与医保信息系统数据交换的条件，实现医保移动支付，能够为患者提供电子票据、电子发票或及时邮寄纸质票据；

（四）信息系统应当能区分常规线下医疗服务业务和“互联网+”医疗服务业务；

（五）依托医保电子凭证进行实名认证，确保就诊参保人真实身份；

（六）能够核验患者为复诊患者，掌握必要的就诊信息；

（七）能够完整保留参保人诊疗过程中的电子病历、电子处方、购药记录等信息，实现诊疗、处方、配药等全程可追溯。

第九条 医疗机构自愿向统筹地区经办机构提出医保定点申请，应提供以下材料：

（一）定点医疗机构申请表；

（二）统一社会信用代码证或事业单位法人证书复印件等，以及法定代表人或主要负责人身份证复印件；

（三）医疗机构营业执照（营利性医疗机构提供）、执业许可证或诊所（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；

（四）服务场所房产证或租赁合同复印件；

（五）从事医疗服务人员信息表，包括姓名、执业资格等内容；

（六）相适应的临床科室清单、大型医疗设备清单、诊疗项目清单；

（七）与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

（八）与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

（九）纳入定点后使用医保基金的预测性分析报告；

（十）申请材料真实性承诺书；

（十一）医疗保障行政部门要求提供的其他材料。

第十条 医疗机构自愿提出定点申请，经办机构应即时受理。申请材料不齐的，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，医疗机构应在 5个工作日内补充，逾期视为放弃申请。

统筹地区经办机构对医疗机构提交的申报材料进行核查。经审核不符合纳入条件的，纳入流程终止，不进入考察评估流程。对提供虚假材料的医疗机构，一经核实3年内不再受理其申请。

第十一条 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、养生保健、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；

（六）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；

（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）信息化建设未达到医保部门要求的；

（十）法律法规规定的其他不予受理的情形。

第十二条 统筹地区经办机构向社会公布定点医疗机构申请指引，主要包括申请条件、所需材料、受理时间、受理地点、受理时限、办理流程等基本内容，积极利用互联网开展医疗保障定点申请受理等工作。

第十三条 开展基本医保定点医药机构资源配置规划的统筹地区，应结合本地区规划内容与原则，合理确定新增定点医疗机构数量和分布。  
 第十四条 统筹地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，对医疗机构类型、医疗机构资质、专业技术人员资质及注册地信息、场地设施、执业范围、科室设置、人员配备、管理能力、与服务功能相适应的基础设施和仪器设备、信息系统建设、特色服务、管理制度、所在区域原有定点医疗机构布局情况等开展评估。应建立定点评估专家库，从中抽取评估小组成员，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组成。评估委托第三方机构开展的，组成人员还需包含医保经办机构工作人员。

经办机构可按照相对集中的原则，对申请材料完整的医疗机构定期进行集中评估办理。自受理申请材料之日起，评估时间一般不超过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诊所（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；

（六）核查是否具有规范的药品耗材“进、销、存”信息化管理系统及“进、销、存”台账；

（七）核查是否可应用药品耗材追溯码；

（八）核查医疗机构或医疗机构的法定代表人、实际负责人是否被列入信用评价信息“黑名单”。

评估结果分为合格和不合格。统筹地区经办机构应将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。评估结果实行省内互认。对于评估合格的医疗机构，应当向社会公示，公示期为7天，公示期间接到相关投诉举报的，经办机构需调查核实，情况属实且不符合定点条件的，不得签订医保协议。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。（国家经办规程）

评估细则由省级医疗保障行政部门另行制定。

第十五条 统筹地区经办机构与评估合格的医疗机构，就双方的权利、义务和责任，以及医疗机构的服务人群、服务内容、支付方式、支付范围、费用结算、价格管理、信息平台建设、违约责任、争议处理等内容协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。原则上由市级统筹地区经办机构与医疗机构签订医保协议，可委托各县区医疗保障经办机构与其辖区内医疗机构签订医保协议，并向同级医疗保障行政部门备案。签订医保协议的双方应当严格执行协议约定。医保协议期限一般为1年。

第十六条 经办机构应向社会公布签订服务协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址等，供参保人选择。

第三章  定点医疗机构运行管理

第十七条 定点医疗机构具有依法依规为参保人提供医疗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。

第十八条 定点医疗机构应当严格执行医保协议，合理诊疗、合理用药、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和医用耗材，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。

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。

第十九条 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，鼓励有条件的医疗机构使用实名认证、人脸识别、生物特征识别等监管设备。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，不得利用参保人员享受医疗保障待遇的机会转卖药品，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，不得将纳入医疗保障基金支付的费用转嫁患者自费。

定点医疗机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围；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。

第二十条 依托实体定点医疗机构的互联网医院应凭医保电子凭证进行实名认证，核验参保人员为复诊患者，保证互联网诊疗平台参保人员注册和就诊信息的真实性和准确性，不得虚构接诊医生、虚构就诊人员身份、虚假诊治、虚开药品、伪造票据，其接诊医生须为本机构在国家医保信息业务编码标准数据库进行信息维护并取得医保医师编码的医生。

第二十一条 定点医疗机构应当制定相应的内部管理措施，严格遵循诊疗规范，严格掌握出入院指征和重症监护病房收治标准。在区域总额预算下，执行按项目、按病组（病种）、按床日、按人头等支付方式。不得以医保支付政策为由要求患者院外购买或自备药品、医用耗材，以及拒收患者、强制患者出院或减少必要的医疗服务。

因自身配备等原因，住院期间定点医疗机构要求患者院外购买或自备药品、医用耗材的，原则上应计入按病组（病种）付费费用及医疗机构医保总额。

第二十二条 定点医疗机构按有关规定执行药品和医用耗材集中采购政策，药品(不含中药饮片)和高值医用耗材网采率应达到同期医保规划要求，优先采购和使用集中带量采购中选药品和医用耗材，在采购周期内完成协议采购量并符合规定比例。全流程、真实记录药品、医用耗材的“进、销、存”以及追溯码等信息。省级医药集中采购平台要应用药品耗材追溯码，实现“无码不采”“无码不付”。

定点医疗机构应优先采购、配备和使用国家医保谈判药品，确无法配备的，要按照“双通道”管理规定及时为参保人员提供处方外配服务。

第二十三条 定点医疗机构应当严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策，公示医药价格和收费标准。定点公立医疗机构提供的基本医疗服务统一执行政府指导价。社会办医疗机构申请纳入医保定点的，应承诺执行与公立医疗机构相同的医疗服务价格项目和价格水平，并按照公平合理、诚实信用、质价相符的原则确定所提供药品、医用耗材价格，原则上不高于所在统筹地区其他定点医疗机构价格水平。

定点医疗机构应执行统筹地区医保基金支付标准，超出支付标准部分，医保不予支付。

第二十四条 定点医疗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，并对内部工作人员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。

第二十五条 定点医疗机构应在显著位置悬挂全省统一样式的定点医疗机构标识，并公布举报投诉电话，不得私自制作、悬挂含有与医疗保障相关的其他文字、图案的标识及标语。

第二十六条 定点医疗机构应按要求及时向统筹地区经办机构报送医疗保障基金结算清单等信息（含异地就医），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、药师、护士等信息，并对其真实性、准确性负责。定点医疗机构应当按要求如实向统筹地区经办机构报送药品、医用耗材的采购价格和数量。

定点医疗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。

第二十七条 定点医疗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。

第二十八条 定点医疗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外配处方到定点零售药店购药。

第二十九条 定点医疗机构应当按照国家处方管理相关规定，认真做好处方的开具、调剂、保管工作，执行处方外配相关规定，具备条件的，为参保人员开具电子外配处方，并上传至医保电子处方中心。外配处方不得受本机构库存药品限制。

第三十条 定点医疗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。定点医疗机构在重新安装信息系统前须向经办机构报备，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、准确地向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

第四章  经办管理服务

第三十一条 定点医疗机构实行属地管理，经办机构对属地定点医疗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。经办机构有权掌握定点医疗机构运行管理情况，从定点医疗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。

第三十二条 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、协议变更和解除等经办流程,制定经办规程，为定点医疗机构和参保人员提供优质高效的经办服务。

第三十三条 经办机构应做好对辖区内定点医疗机构医保政策、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。对新纳入医保定点的医疗机构，设立6个月政策辅导期。

第三十四条 经办机构应当落实医保支付政策，加强医疗保障基金管理。遵循“以收定支、收支平衡，略有结余”的基本原则，合理确定医疗保障基金年度预算金额，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录及其支付标准。

第三十五条 经办机构应当建立完善的内部控制制度，明确对定点医疗机构申报费用的审核、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。

第三十六条 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疗费用。对定点医疗机构进行定期和不定期稽查审核。按协议约定进行费用拨付时应预留一定比例的年度医保服务质量保证金，质量保证金在清算时根据医疗机构履行协议情况、考核结果等退还。按协议约定及时足额向定点医疗机构拨付医保费用，积极稳妥推进即时结算，原则上从定点医疗机构申报截止次日到医保基金拨付不超过20个工作日。

第三十七条 有条件的统筹地区应建立医疗保障费用预付机制，经办机构按国家和省的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，可以按国家和省的规定预拨专项资金。

第三十八条 定点医疗机构违规申报费用，经审查核实的，经办机构不予支付。

第三十九条 经办机构应当依法依规支付参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用，为参保人员提供医保政策咨询。除急诊和抢救外，参保人员在非定点医疗机构就医发生的费用医疗保障基金不予支付。

定点医疗机构违规申报费用，经审查核实的，经办机构不予支付。

第四十条 经办机构向社会公开医保信息系统数据集和接口标准。定点医疗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。

第四十一条 经办机构应遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私，确保医疗保障基金安全。

第四十二条 年度清算时，定点医疗机构按病组（病种）总额预算基金出现结余或超支的，统筹地区经办机构应按照“结余留用、合理超支分担”机制对医疗机构结余或超支费用进行留用或分担。

第四十三条 经办机构应做好定点医疗机构的日常监督管理。建立健全日常监督检查制度；有计划的开展专项检查，做好检查考核记录；畅通举报投诉渠道，受理举报投诉，举报投诉情况一经查实，严格按照协议规定给予处理，并报同级医疗保障行政部门备案，符合欺诈骗保的，及时向医疗保障行政部门上报并配合提供相关证据材料。

第四十四条 经办机构或其委托的第三方机构，每年度对定点医疗机构开展绩效考核，建立激励约束和动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。绩效考核办法由国家医疗保障部门制定，省级医疗保障部门按照国家规定制定绩效考核细则，经办机构负责组织实施。

第四十五条 经办机构发现定点医疗机构存在违反医保协议约定情形的，可按协议约定采取以下处理方式：

（一）约谈医疗机构法定代表人、主要负责人或实际控制人；

（二）暂停或不予拨付费用；

（三）不予支付或追回已支付的医保费用；

（四）要求定点医疗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疗服务；

（六）中止或解除医保协议；

定点医疗机构违反相关法律法规，依法应当给予行政处罚的，经办机构应移交同级医疗保障行政部门处理。

第四十六条 经办机构违反医保协议的，定点医疗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。

医疗保障行政部门发现经办机构存在违反医保协议约定的，可视情节相应采取以下处理方式：约谈主要负责人、限期整改、通报批评，对相关责任人员依法依规给予处分。

医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规和规章的，依法依规进行处理。

第四十七条  经统筹地区医疗保障行政部门批准，统筹地区经办机构可委托第三方机构承担大病保险等经办业务，但不得委托承担定点医疗机构的申请和确定。

统筹地区经办机构发现第三方机构违反委托协议的，按照协议约定对相关责任人员和第三方经办机构进行处理；违反法律法规的，按照相关法律法规提请有关部门进行处理。

第五章  定点医疗机构的动态管理

第四十八条 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、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起30个工作日内向统筹地区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。

经办机构审核通过的，应及时告知定点医疗机构按规定在国家医保信息业务编码标准数据库同步变更信息。

定点医疗机构变更注册地址的(实际营业地址不变的除外)，应提前5个工作日告知医保经办机构，经办机构暂停医疗保障基金结算。完成变更后，定点医疗机构应在规定时限内向经办机构提出现场评估申请。经办机构结合本统筹地区定点资源配置规划，开展评估，经评估符合定点条件的，恢复医疗保障基金结算；不符合定点条件的，医保协议终止。

第四十九条 定点医疗机构股权变动、法定代表人变更、名称变更，但营业执照(事业单位法人证书、民办非企业单位登记证书等)、医疗机构执业许可证(中医诊所备案证)未重新申请的，医保协议继续有效，由变更后的经营主体继续履约并承继违约责任。变更后的经营主体不能提供变更前与医疗保障基金结算有关的数据、资料的，经办机构可拒付或追回相关费用。

定点医疗机构因股权变动、法定代表人变更等注销营业执照(事业单位法人证书、民办非企业单位登记证书等)、医疗机构执业许可证(中医诊所备案证)后重新申请的，与经办机构签订的医保协议终止，经营主体须重新申请医保定点。

第五十条 医保协议续签应由定点医疗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。统筹地区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，经办机构可以根据具体情况调整、简化医保协议签约手续。

第五十一条 医保协议中止是指经办机构与定点医疗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，中止协议期满后经办机构对其进行验收，验收合格的，医保协议继续履行；验收不合格的，解除医保协议。超过协议有效期的，中止协议期满后经办机构对其进行验收，验收合格的，可按规定续签医保协议；验收不合格的，解除医保协议。

定点医疗机构可主动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，定点医疗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。

定点医疗机构因违法违规违约等情形被中止医保协议的，原则上中止协议时间不超过1年。

第五十二条 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、审核、稽核和绩效考核，发现对医保基金安全和参保人权益可能造成重大风险的；

（二）未按规定向医疗保障行政部门或经办机构提供有关数据或提供数据不真实的；

（三）医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中发现重大问题，需要中止协议的;

（四）根据协议约定和绩效考核结果决定应当中止协议的；

（五）法律法规和规章规定的其他应当中止的情形。

第五十三条 医保协议解除是指经办机构与定点医疗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。

医疗机构主动提出解除协议的，经办机构视既往协议履行情况、提出解除协议的原因，或有违法违规违约嫌疑、线索的，可对该机构1至2年内医保基金结算费用开展复核。其中定点医疗机构因涉嫌违法违规违约处于核查期间，主动提出解除医保协议的，医保经办机构先行中止医保协议，待事实核查清楚后，按规定受理解除医保协议申请，符合不予支付或追回已支付的医保费用、支付违约金、扣除质量保证金等相关情形的，做好资金清算后解除医保协议。

第五十四条 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：

（一）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;

（二）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

（三）存在无资质人员冒名行医、涉嫌虚构医药服务项目、伪造检查检验报告、编造病历、提供虚假处方、诱导协助他人冒名就医或虚假就医购药等可能造成重大风险的，应暂停医保基金结算，经查实有欺诈骗保行为的；

（四）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；

（五）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；

（六）被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的；

（七）定点医疗机构停业或歇业后未按规定向经办机构报告的；

（八）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；

（九）被吊销、注销医疗机构执业许可证、诊所备案证或中医诊所备案证的；

（十）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；

（十一）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

（十二）未按法律法规规定和医保协议要求保管、提供医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料的，应暂停医保基金结算，在规定时间内（原则上7天内）仍不能提供的；

（十三）隐匿或销毁医学文书、医学证明、会计凭证、删改相关信息系统及监控记录等电子信息、不提供检查相关材料、集体串供等拒不配合检查、情节恶劣的；

（十四）定点医疗机构主动提出解除医保协议且经办机构同意的;

（十五）根据医保协议约定应当解除医保协议的；

（十六）存在违法违规被媒体曝光引发重大舆情、造成恶劣影响的；

（十七）法律法规和规章规定的其他应当解除的情形。

第五十五条 定点医疗机构主动提出中止、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。

统筹地区经办机构与定点医疗机构中止或解除医保协议，该医疗机构在其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。

第五十六条 定点医疗机构的部分人员或科室有违反医保协议或医疗保障法律法规政策的，可对该人员或科室中止或终止医保结算。

第五十七条 医疗机构与统筹地区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。

第六章  定点医疗机构的监督

第五十八条 医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等进行监督，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疗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。

第五十九条 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疗机构进行社会监督，畅通举报投诉渠道,及时发现问题并进行处理。

第六十条 经办机构发现违约行为，应当及时按照协议处理。经办机构作出中止相关责任人员、科室（部门）涉及医疗保障基金使用的医药服务、与定点医疗机构中止或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上级医保经办机构，并暂停其医保刷卡结算业务。

医疗保障行政部门发现定点医疗机构存在违约情形的，应当及时要求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。违规行为涉及其他行政部门职责的移交相关部门处理，情节严重构成犯罪的移交司法机关处理。

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。

  第六十一条 统筹地区医疗保障行政部门应完善诚信体系建设，加强医保支付资格管理，对违反医保协议的定点医疗机构相关责任人员，根据行为性质和负有责任程度等，按照医保支付资格管理要求进行记分，视记分情况，暂停或终止相关责任人员医保支付资格和费用结算。

第七章  附  则

第六十二条 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、大病保险等医疗保障定点管理工作按照本办法执行。

第六十三条 本办法中的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。

定点医疗机构是指自愿与统筹地区经办机构签订医保协议,为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

医保协议是指由经办机构与医疗机构经协商谈判而签订的，用于规范医疗服务行为以及明确双方权利、义务及责任等内容的协议。

第六十四条 省级医疗保障行政部门制定并定期修订本省医保协议范本，省级经办机构制定本省经办规程并指导各统筹地区加强和完善医保协议管理。统筹地区医疗保障行政部门及经办机构在此基础上，可根据实际情况分别细化制定本地区的医保协议范本及经办规程。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，医疗保障行政部门调整医保协议内容时，应征求相关定点医疗机构意见。

第六十五条 本办法施行期间，国家法律法规和政策发生调整的，以国家规定为准。

第六十六条 本办法由陕西省医疗保障局负责解释，自2025年 月 日起施行。