**安康市医疗保障定点医疗机构**

**服务协议书**

（2021年版）

甲方：

法定代表人或委托代理人：

统一社会信用代码：

地址：

邮政编码：

联系电话：

乙方：

法定代表人或委托代理人：

统一社会信用代码：

地址：

邮政编码：

联系电话：

安康市医疗保障局监制

为保障参保人员享受优质医疗服务的合法权益，推进医疗保障体系建设，维护医保基金安全，促进医保制度可持续发展，根据《中华人民共和国社会保险法》、国家医保局《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》及中省市医疗保障相关制度和规定，经甲乙双方协商，就医疗保障定点机构有关服务事宜签订如下协议。

## 第一章 总 则

**第一条** 甲乙双方应当认真贯彻中、省、市有关医疗保障（基本医疗保险、医疗救助、医药服务价格及医用耗材定价和使用等，以下简称医保）政策规定，保障广大参保人员享受优质的医疗服务。

**第二条** 乙方提供医疗服务的对象包括：本行政区域内参加城镇职工医疗保险（生育保险）、城乡居民医疗保险和医疗救助、异地参保在本行政区域内就医人员，以下统称为参保人员。

**第三条** 乙方为参保人员提供医疗服务的范围包括：门诊刷卡、门诊统筹（含门诊两病）、门诊慢特病、门诊特殊治疗、住院、生育、大病保险、医疗救助、大病救助、公务员医疗补助等，乙方所提供的医疗服务应符合卫生健康行政部门核准的诊疗科目、执业范围和执业地点等规定。

**第四条** 甲乙双方应当依照中省市有关的政策法规，正确行使权力。双方有权监督对方执行相关政策法规和履行职责的情况，举报或投诉对方工作人员的违法违规行为，向对方提出合理化建议。甲乙双方应当明确参保人员的投诉渠道并向社会公布，对参保人员维护合法权益、医疗服务质量等方面的投诉应当及时核实情况予以处理。

**第五条** 甲方应当履行的义务：

（一）及时向乙方通报医保政策、管理制度、支付政策、操作流程等，以及医疗保障咨询、查询服务。

（二）加强医保基金预算管理，完善付费方式及结算办法，及时向乙方审核拨付应由医保基金支付的医疗费用。

（三）加强医疗保障基金支出管理，监管乙方的医疗服务行为，通过智能审核、实时监控、现场检查等方式及时审核参保人员在乙方发生的所有医疗费用。

（四）组织、督促乙方开展与医保政策、服务有关的宣传培训。

**第六条**乙方应当履行的义务：

（一）建立健全医保管理服务部门，由一名院级领导分管医保工作，配备专(兼)职管理人员，熟知并履行管理职责，配合甲方共同开展基本医疗保险管理服务工作。

（二）坚持以病人为中心，努力提高医疗质量，改善就医环境，降低医疗服务成本，为参保人员提供合理、必要的医疗服务，做到规范诊治、合理收费。采取积极有效措施控制医疗费用不合理增长，减轻参保人员个人就医负担。

（三）乙方应在本机构显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识。设置医保政策宣传和医保报销公示专栏，并定期更新政策宣传和报销公示内容；向参保患者面对面、一对一的宣传医保政策、就医结算流程及医疗服务项目和医药收费价格等。设置举报投诉箱，公布医保监督举报电话。

（四）乙方镇、办卫生院须负责本辖区内村级卫生室（含医疗点）医务人员医保医疗服务的监督管理、业务指导、政策宣传培训、年度考核、日常督导检查，协助甲方与村级卫生室（含医疗点）鉴定医保定点服务协议，并监督协议的执行。

（五）乙方应及时向甲方传输报送医疗保障基金结算清单等信息，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。加强药品、耗材的进销存管理，购进药品及医用材料，要保存真实完整的购进记录，通用名称、生产厂商（中药材标明产地）、剂型、规格、批号、生产日期、有效期、批准文号、供货单位、数量、单价、购进日期，账目清楚完整。如实提供数据、财务和成本数据等其他相关信息，并对真实性负责。因提供不实资料、传输虚假数据产生的经济和法律责任由乙方承担。

（六）协议履行期间，乙方名称、执业地址、所有制形式、法人代表、医疗机构类别、诊疗科目、银行结算账户、医保管理部门负责人等发生变化时，应及时向甲方提供相关材料申请办理变更手续。

（七）积极参加由医疗保障行政部门和医保经办机构组织的宣传、培训和会议。

**第七条** 乙方严格执行省市医疗服务项目药品医用耗材价格标准，不得套用、分解收费或擅自提高收费标准。

**第八条** 乙方应当按照医保行政部门和甲方要求，执行医保总额预算、按项目、按病种、按疾病诊断相关分组、按床日、按人头等多种支付方式。不得以医保支付政策为由拒收患者。

**第九条** 乙方要严格执行参保建档立卡贫困人口城乡居民基本医保普惠、大病保险倾斜及医疗救助政策。切实做好“一站式服务、一窗口办理、一单式结算”。积极主动配合甲方开展“义诊”，按时完成医保扶贫和乡村振兴相关工作任务。

**第十条** 乙方应向参保患者提供异地就医直接结算和一站式服务，积极配合甲方做好异地就医医疗费用核查、结算工作。

**第十一条** 甲方通过医疗保险信息、监控系统等方式对乙方的医疗服务行为及医疗费用进行实时监控，定期或不定期开展监督检查，并将监控和监督检查情况及时反馈给乙方。乙方应当对甲方在监督检查中查阅参保人员病历及有关资料、询问当事人等予以配合。对乙方提供的资料，甲方应当予以保密。乙方应确保向甲方提供的资料和传输的数据真实、准确、完整。因提供不实资料、传输虚假数据产生的经济和法律责任由乙方承担。

**第十二条** 甲方可基于监督检查结果，对乙方的违约行为进行处理。根据乙方违约情节和性质的轻重，依据有关规定和本协议约定，采取约谈、限期整改、暂停拨付、拒付费用、扣罚资金、中止协议、解除协议、中止或终止部分人员和科室的医保结算等相应方式处理。同时，对已支付的违规医保费用予以追回。

## 第二章 就医服务

**第十三条** 乙方应按照临床诊疗规范和医疗质量管理的要求，认真落实合理检查、合理治疗、合理用药及合理收费等“四合理”制度。

**第十四条** 乙方应全面落实实名制就医，参保人员就医时（包括挂号、记账收费、出入院和转诊转院等），乙方应当对其身份与医保卡进行核验，发现证件无效、人证不符的，不得进行医疗保险费用结算。住院期间要再次核对参保人员身份，若发现人证不符时，拒绝医保结算，杜绝冒名顶替住院。乙方在收治其他统筹地区转诊转院病人时，应当查验其转诊转院手续，手续不全的应当及时告知参保病人或家属，并停止异地就医直接结算。有骗保嫌疑的，应当及时报告甲方。

如非甲方授权，乙方不得以任何理由收集、滞留参保人员医保卡（或其他就医凭证）。

**第十五条** 乙方向住院参保人员收取的预交款不得超过个人自付费用。

**第十六条** 乙方收治意外伤害参保人员住院时，首诊医生应认真询问受伤原因、经过、时间、地点、有无第三方责任，并如实详细书写医疗文书，做好外伤调查。对于明确不属于医保支付范围的，乙方应告知参保人员，停止医保结算。对于需进一步确认的，乙方先按自费病人处理，待甲方核实后方可纳入医保支付。

**第十七条** 乙方应当严格执行出、入院和重症监护病房收治标准，不得推诿和拒绝符合住院条件的参保人员住院治疗；不得将不符合入院标准的参保人员收入住院治疗；不得要求未达到出院标准的参保人员提前出院；为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，应当自通知其出院之日起，停止医疗保险费用结算。

**第十八条** 乙方应当为参保人员就医建立病历，并妥善保存备查。诊疗记录应当真实、准确、完整、清晰，化验检查须有结果分析。乙方应当做到住院医嘱、病程记录、检查结果、治疗记录和票据、费用清单等相吻合。

**第十九条** 乙方应当保证参保人员知情同意权。做好价格公示，收费公开透明，主动向参保人员提供门诊、住院费用结算单和住院每日费用清单。除急诊、抢救等特殊情形外，参保员人发生的在医疗保障基金支付范围以外的医药服务，应当事先征得参保人员或者其近亲属、监护人同意，并签字确认。

**第二十条** 乙方应当充分利用参保人员在其他医疗机构所做的辅助检查结果，住院期间市内医院所做的彩色多普勒、CT、RMI检查结果要进行互认，避免不必要的重复检查，增加参保人员负担。

**第二十一条** 乙方不得以参保患者住院费用超定额、次均住院费用超标和医保基金总额控制超限额等为由分解住院或拒收患者，不得要求住院患者到门诊缴费或到药店购药；不得将住院期间的医药检查费用分解到门诊缴费，不得将可门诊治疗的肾透析等疾病挂床治疗。

**第二十二条** 乙方应做好参保人员门诊慢特病相关的医疗服务工作，对已经鉴定纳入门诊慢特病管理的参保患者门诊所发生的合规费用要直通车实时结算；并及时收集报送辖区内患有门诊慢特病患者的申报鉴定资料；积极配合甲方做好门诊慢特病评审鉴定工作。

**第二十三条** 乙方要按照医疗救助政策规定，认真落实好医疗救助对象的门诊和住院就诊及结算工作，严禁以义诊、免费体检、药品促销优惠等活动收治特困供养人员住院。

**第二十四条** 乙方要严格落实分级诊疗制度，做到应收尽收、严格控制转诊转院率，坚决杜绝以患者住院费用超定额、次均住院费用超标和医保基金总额控制超限额为由，推诿拒收或违规转诊病人。确因医疗技术和设备条件限制，参保人员需转外治疗的，乙方应按甲方相关规定规范办理转诊、转院手续。参保人员在住院期间需院内转科治疗的，乙方不得中途办理出院结算手续。

## 第三章 药品和诊疗项目

**第二十五条**乙方要严格执行《陕西省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2021年）》,按照药品目录使用限制范围要求使用药品，超范围使用或使用目录外药品所发生的费用甲方不予支付（抢救患者抢救用药除外）。及时调整药品供应结构，确保国家集中带量采购药品和医保目录内药品的供应。

乙方要认真执行中省市《基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施和医用耗材目录》。

**第二十六条** 乙方应当采取措施鼓励医师优先使用集中带量招采药品。按照先甲类后乙类、先口服制剂后注射制剂、先常释剂型后缓（控）释剂型等原则选择药品。药品目录中每一最小分类下的同类药品原则上不叠加使用。选择药品应首选相同品种剂型中价格低廉治疗效果较好的药品。要因病情需要使用目录外药品的，必须执行审核签字制度，且征得患者或其家属同意，并签署知情同意书。

**第二十七条**  乙方应建立特殊药品内部审批制度，加强对特殊药品、恶性肿瘤靶向治疗药物及恶性肿瘤治疗辅助药物使用的管理。对超范围、超剂量违规用药费用，甲方不予支付。按照《安康市医疗保险特殊药品管理制度》的要求，认真书写《特殊药品使用申请表》和网上备案，并保存相关备案和使用记录。

**第二十八条** 乙方经药品主管部门批准生产和使用的院内制剂，可按规定向医保部门申请核定价格并纳入医保支付范围，未予核定价格的不予支付。

**第二十九条** 乙方经相关职能主管部门批准的新收费项目，应当按规定向甲方申请，并提交批准文件和有关材料，未经同意的甲方不予支付。

**第三十条**乙方门诊处方不得超过7日用量，急诊处方不得超过3日用量，特殊药品不得超过1个月。对部分患有长期慢性病、老年病的参保特殊患者，在保证用药安全的前提下，可适当延长处方用药量，但最长不得超过3个月的用药量，并在处方上注明原因。参保住院患者治愈出院非病情需要不予带药，病情好转出院需要继续治疗的，根据病情需要开具治疗必须用药（限口服药）。慢性疾病出院带药按慢特病相关规定执行。

**第三十一条** 乙方应严格执行药品、医用耗材集中采购和使用相关政策规定，畅通中选产品进院渠道，优先使用中选产品，严格按采购合同完成约定采购量。乙方使用所有药品和医用耗材均应在省级招采平台网上采购，严格执行零差价销售（中药饮片除外）**。**

**第三十二条** 乙方应当加强药占比、诊疗项目占比、卫生材料占比等指标管理，严格掌握各种药品、检查和治疗项目使用的适应症和禁忌症。不得将特殊检查项目（如彩超、CT、MRI等）等列为常规检查，不得将临床“套餐式”检验作为常规检查。

## 第四章 医疗费用结算

**第三十三条** 乙方应按照医保相关规定为参保人员即时结算医疗费用。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，乙方应当开具专用票据。其余费用由甲方按本协议向乙方支付。无特殊情况，乙方不得要求参保人员全额现金结算医疗费用。乙方必须按国家医保政策开展异地就医直接结算服务，无正当理由不得拒绝异地参保人员即时结算费用。

**第三十四条** 乙方应当在每月5号之前将上月参保人员的结算信息和相关医疗费用结算申报资料报甲方，并按医保规定留存相关资料备查。甲方在受理后的30个工作日内向乙方拨付应付金额。

**第三十五条** 甲方可通过医保结算系统初审（100%）、智能审核、人工复审、随机抽审、组织专家评审和飞检等方式对乙方申报的医疗费用进行审核。甲方发现乙方申报费用有不符合医保支付规定的，应当及时告知乙方并说明理由。乙方应当在10个工作日之内向甲方做出说明。逾期不说明的，甲方可拒付有关费用。

甲方在系统全面初审后可采取随机抽查的方式对乙方申报的医疗费用进行复审，复审比例不低于总量的5％。对审检中查实的违规费用，甲方可按抽查比例放大后予以拒付。

**第三十六条**疫情防控期间，新冠肺炎患者医疗费用按照医保行政部门和甲方的相关规定进行结算。

**第三十七条** 乙方要严格执行住院按病种定额付费模式。三级定点医疗机构的住院按病种付费疾病结算率原则不得低于参保住院患者总结算人次的10%，同一病种执行率原则不低于30%；二级定点医疗机构的住院按病种付费疾病结算率原则不得低于参保住院患者总结算人次的15%,同一病种执行率原则不低于60%。

**第三十八条** 乙方向甲方定期申报的医疗费用，经甲方复审认定后按规定及时支付。每年最后一个月应付金额暂扣为质量保证金，根据甲方对乙方的考核结果清算返还。

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，乙方不得作为医保欠费处理。

**第三十九条** 参保人员与乙方发生医疗纠纷并涉及医疗费用结算的，乙方应当及时报告甲方。经鉴定确认为医疗事故的，甲方不予支付。

## 第五章 医疗服务监管

**第四十条** 甲乙双方按照国家、省、市相关规定，共同管控医疗保险基金，确保基金安全平稳运行，严格控制医疗费用的不合理增长。甲方对在乙方治疗的参保人员享受的医疗服务实行全方位监管，其他统筹地区委托甲方对乙方实行监督检查或稽核调查的，乙方应予以配合。

甲方可定期、不定期对乙方执行医保政策和履行医保服务协议情况进行监督检查，乙方应当予以配合，并准确完整提供医疗服务有关的材料和数据。乙方为异地参保人员提供直接结算医疗服务的，甲方应实施监督检查，乙方的违约行为按本协议相关条款处理。

**第四十一条** 甲方建立医疗费用月（季、年）度分析制度，对乙方医务人员提供医疗服务的医疗费用指标进行分析。乙方每季度要对本院医保运行服务情况、“四合理”执行情况及医疗费用的管控情况进行自查，并向甲方报送自查整改情况报告及年度工作总结。

**第四十二条** 按照医保监管制度要求，其他统筹地区对乙方（含科室、医务人员）作出暂停结算、暂停协议、解除协议、不购买乙方科室和医务人员医疗服务的处理时，甲方可同步执行。

**第四十三条** 乙方应规范医疗服务行为，提高医疗服务质量，保证参保人员利益，不得住院费用超定额、次均住院费用超标和医保基金总额控制超限额等为由推诿拒收病人；也不得小病大治、无病住院，挂床住院等，坚决杜绝将超过指标控制的医疗费用转嫁给参保患者自费；不得以“开单提成”与医务人员个人利益挂钩等不当激励方式，严防过度医疗。乙方为异地参保人员提供医疗服务的费用相关指标应当与本地保持基本一致。

**第四十四条** 乙方有下列行为之一的，认定为挂床住院违规行为。

1. 住院期间未进行实质性治疗，将可在门诊完成的检查、检验或可门诊口服药物治疗的患者收住院；
2. 同一床位同时有2名或2名以上患者住院的；
3. 患者入院24小时后，未书写入院记录、首次病程记录、长期医嘱或临时医嘱等病历资料的；
4. 患者在住院治疗期间，仍正常上班、工作的；
5. 患者治疗结束已经出院，不进行出院结算，仍在收取相关费用的；
6. 其他可以认定为挂床行为的。

**第四十五条**  乙方应当加强对以下重点指标的管控。

(一)三级医疗机构药品目录（含国家集中带量采购和国家谈判药品及特殊药品）内药品配备率（三级医院≥80%，二级医院≥90%，一级医院≥100%），使用率（三级医院≥70%，二级医院≥80%，一级医院≥100%）。

（二）住院患者药品费用占住院总费用的比例（三级医院≤30 %、二级医院≤34%、一级医院≤60%）。

（三）住院患者使用自费药品费用占住院药品总费用比例（三级医院≤8%，二级医院≤5%，一级医院不得使用自费药品。紧急抢救等情况除外）。

（四）年度次均住院医疗费用增长率不得超过5%。

（五）转诊转院率（三级医院≤8%；二级医院≤5%）。

（六）大型设备检查阳性率（三级医院≥70%，二级医院≥75%）。

**第四十六条** 甲方建立参保人员满意度评价制度，对乙方提供医保服务的态度、技术水平和医疗费用等进行综合评价。参保人员满意度可由甲方委托第三方进行。

**第四十七条** 甲方根据医保政策和本协议的约定对乙方进行定期或不定期考核，考核结果与本年度保证金返还和协议续签等挂钩。甲方对乙方提供的异地就医直接结算服务与本地就医服务一并进行年度考核。

**第四十八条** 甲方可对乙方的医疗服务违约行为、医疗费用的对比分析情况、医保考核结果等向相关部门、参保单位、参保人员和公众媒体等进行通报。

## 第六章 信息系统管理

**第四十九条** 根据工作职责，合理设置医保信息系统管理权限，并将专职管理医保信息系统人员名单报甲方备案，并持续做好医疗保障信息业务编码执行工作。甲方应当根据需要组织乙方专职管理人员进行业务培训。

**第五十条** 乙方应当按本市医保信息系统的技术和接口标准，配备医保联网相关的设施设备，经甲方验收合格后实现与医保信息系统有效对接。未经甲方批准，乙方不得擅自将不具备医保结算资格的分支机构或其他机构的医疗费用纳入申报结算

**第五十一条**  甲方建立医保智能监控系统，乙方信息系统应无缝对接，配合甲方将医保智能监控（或审核）规则嵌入医院信息系统。设定智能监控（或审核）规则时，甲方应征求乙方的意见，规则确定后要告知乙方。

**第五十二条** 乙方确保向甲方传输的参保人员就医、结算及其他相关信息真实准确，不得人为篡改作假。参保人员发生的医疗服务和费用数据应实时传输至甲方信息系统，最迟应在医疗服务行为发生后 72 小时内上传。未按时传输的乙方应当说明原因，否则甲方可拒付相关费用。

**第五十三条** 甲乙双方应当严格遵守国家、省、市信息系统安全管理的相关规定，制定信息安全管理制度并有效执行。双方应协调做好医保信息系统的安全工作，保障网络畅通、系统稳定运行，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、准确性和安全性。双方不得随意泄露参保人员参保就医信息。

**第五十四条** 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就医的，须及时通知对方并启动应急预案。因信息系统故障暂时不能结算的，乙方应做好解释工作，待故障排除后再行结算。如故障导致长时间无法结算的，乙方可实行手工结算，甲方应当予以支持。

## 第七章 违约责任

**第五十五条** 甲方有下列情形的，乙方可要求甲方纠正，或提请医疗保障部门调查处理、督促甲方整改：

（一）医疗保险政策、管理制度、操作规程变化，不及时告知乙方的；

（二）未按本协议规定进行医疗费用结算的；

（三）工作人员违反《社会保险工作人员纪律规定》的；

（四）其他违反基本医疗保险法律、法规的行为。

**第五十六条** 乙方有下列违约情形但未造成医保基金损失的，甲方可对乙方作出约谈、限期整改、通报批评等处理：

（一）未按照本协议要求落实管理措施的；

（二）未按时在医保信息系统办理入院登记手续的；

（三）未在规定时间内为出院参保患者办理出院结算手续、违反规定扣押、滞留参保人员就医证件的；

（四）未按甲方要求及时、准确、完整提供医保信息资料或未按要求上传医保结算数据，上传数据不全的；

（五）特殊诊疗项目和特殊药品、医用耗材的使用未履行知情同意签字，不向患者提供费用明细清单、出院病情证明书等资料的；

（六）未及时处理参保人员投诉和社会监督反馈问题的；

（七）乙方单位名称、执业范围、诊疗科目、法人等发生变更，未在规定时限内向甲方报备的；

（八）以医保定点名义从事商业广告和促销活动，诱导参保人员就医的；

（九）未落实实名制就医的；

（十）对医保工作配合不积极、不主动，不支持，未能完成医保工作任务的；

（十一）其他未造成医保基金损失的违规违约行为。

**第五十七条** 乙方有下列违约情形之一的，甲方可要求乙方限期整改，视其情节轻重予以暂停拨付、拒付违规费用、中止协议、中止或终止部分人员和科室的医保结算等处理，对已支付的违规费用予以追回，并按违规金额的2至5倍支付违约金，情节严重的将上报同级医保行政部门，依法处理。

（一）超出《医疗机构执业许可证》准许范围或执业地址开展医疗服务；将科室或房屋承包、出租给个人或其他机构，并以乙方名义开展医疗服务；为无医疗保险结算资格的医疗机构提供结算的；

（二）未有效核验参保人员医保就医凭证，造成被他人冒名顶替就医的；

（三）发生重复、分解收费，过度、超限制范围等违规诊疗行为的；

（四）付费总额控制限额、次均住院费用、转诊转院率、患者自付比例、非合规费用、药品、医用耗材占比等超过限额控制指标的；

（五）违反用药管理规定，不严格执行医保药品目录，超限定使用范围及适应症用药，无指征超疗程或超剂量用药等，药品收费违反有关规定的；或以经济利益为目的不使用价格低廉疗效明显的药品耗材，故意使用价格昂贵的药品耗材；

（六）参保人员出院带药超过处方限额规定的，非病情需要，过度使用高值医用耗材的；

（七）未建立药品、医用耗材进销存台账，或台账与实物不符；医保药品库、诊疗项目及医疗服务设施库对照管理混乱，未保留药品医用耗材购进、销售原始票据及处方；违反药品、医用耗材销售价格规定加价标准销售的；

（八）将医疗保险支付范围外的药品、诊疗项目、医用材料、医疗服务设施或生活用品、保健滋补品等费用串换为医疗保险政策范围内费用，申请医疗保险结算，套取基金支付的；

（九）超标准、超范围、重复收费、串换收费项目收费、自立项目收费、分解项目收费；或为增加收费频次为目的进行不必要的检查和治疗及会诊；

（十）未经甲方核准擅自使用新增诊疗项目，并纳入医保基金支付的；

（十一）不严格把握入、出院标准，住院后以检查为目的，未采取有效治疗，将不符合住院标准的参保人员收治住院，或将未达到出院标准的参保住院患者办理出院结算的；

（十二）挂床住院、分解住院，将不符合入院指征的参保人员收治入院，以及将不符合家庭病床标准病人纳入家庭病床结算；

（十三）将可在门诊治疗的患者转住院、诱导参保人员住院、小病大治，或集中收治特困供养人员住院、贫困人口住院及无病住院；

（十四）故意延长住院时间，或虚增住院天数和虚计医药费用；

（十五）将参保患者在住院期间的检查费、药品费、治疗费、材料费分解到门诊缴费；或将参保住院患者目录外药品、医用耗材、自费诊疗项目到门诊缴费，并纳入门诊统筹、门诊慢特病报销、或使用医疗救助资金支付的，

（十六）违反《临床诊疗技术规范》《抗菌药物临床应用指导原则》和《处方管理办法》等，滥用抗菌药物、过度使用辅助治疗药物，非病情需要大剂量超长使用中草药，过度提供辅助治疗（检查）项目等；

（十七）医务人员在诊疗过程中，参保患者非病情需要进行大型设备检查，重复检查，套餐式、捆绑式检查等，对符合互认条件的相关检查项目及检查结果而不予认可的；

（十八）乙方提供的票据、费用清单、处方、医嘱、检查结果及病程记录等不吻合，或与实际使用情况不一致的；参保人员住院期间有诊疗费用（含药品、检查、医用材料等）无医嘱的；有医嘱有费用无相应检查报告或病历记录的，或记录与实际病情不符等虚增医疗费用的；

（十九）未按《病历书写基本规范》《处方管理办法》等规定书写医疗文书的；

（二十）以伪造医疗文书、财务票据或凭证，虚构医疗服务、虚开医疗费用票据、虚记费用、串换药品或诊疗项目的，涂改、编造虚假病历资料和相关检查报告单等方式，故意骗取医保基金的；

（二十一）乙方住院费用超定额、次均住院费用超标或医保基金总额控制超限额等为由，推诿拒收符合住院条件的参保患者住院或违规转诊转院的；非乙方医疗条件和医疗技术限制，推诿拒收或违规转诊患者的；

（二十二）擅自提高药品、医用耗材和诊疗项目价格，医保定点医疗机构不严格执行同等级公办医疗机构医疗服务项目价格和药品销售价格政策的；

（二十三）乙方在收治外伤参保患者时，不详细询问和记载受伤原因、经过、时间、地点及有无第三方责任，不认真调查核实受伤原因，遇特殊情况不及时报备甲方，串通患者，将不属于医保基金支付患者的医疗费用纳入医保基金支付范围；

（二十四）拒绝为符合刷卡条件的参保人员刷卡就医，或拒收、推诿病人，减少服务或降低服务标准将未达到出院标准的参保人员办理出院的；

（二十五）要求参保人员在住院期间到门诊或另设自付账号交费；

（二十六）收费印章与基本医疗保险定点医疗机构名称不相符的；

（二十七）信息系统未达到甲方要求，未按照甲方提供的接口规范进行程序开发和改造的，或未按要求上传医保数据的；

（二十八）未经甲方允许，随意修改服务器和网络配置或擅自修改HIS收费系统中关于医疗保险和生育保险相关数据的；

（二十九）未按照病种结算适用范围及认定标准进行上报，造成结算标准偏高的情况；

（三十）以医保定点名义从事商业广告和促销活动，诱导医疗消费的；

（三十一）不配合甲方监督、管理，不及时按甲方要求提供医疗服务相关资料；

（三十二）乙方的名称、医疗服务范围等发生变更，或者因故变更法人，未在变更后15日内向甲方履行变更备案手续的；

（三十三）其他造成医疗保险基金损失的行为或违反本协议约定的行为。

**第五十八条** 乙方有以下情形之一的，甲方立即解除医保协议，协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算，并向社会公布解除医保协议的医疗机构名单在甲方向乙方送达书面的协议解除通知书后，本协议立即解除；

　　（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）经医疗保障部门和其他有关部门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）乙方停业或歇业后未按规定向甲方报告的;

（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）乙方提出中止医保协议超过180日仍未提出继续履行医保协议申请的；

　　（十三）乙方主动提出解除医保协议且甲方同意的;

（十四）法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

**第五十九条** 乙方违反医保基金监管相关法律法规，涉嫌欺诈骗保的的，甲方将提请行政部门依法处理。涉嫌违法犯罪的，移送司法机关，依法追究其刑事责任。

## 附则

**第六十条** 协议执行期间，如中省市出台新的政策规定，按新的规定执行。本协议未尽事宜有法律法规政策规定的，从其规定。

**第六十一条** 乙方经主管部门批准暂停服务的，应当在批准之日起30个工作日内，向甲方申请中止服务协议，经批准同意，可中止医保服务协议180天。超过180天未恢复正常服务的，双方自动解除医保服务协议；待乙方恢复正常服务后，按规定重新申请协议定点。

**第六十二条** 有下列情形之一的，本协议终止。

（一）双方协商一致的；

（二）乙方停业或歇业（特殊情况报备并经甲方核实的除外）；

（三）因不可抗力致使协议不能履行的；

（四）协议期满，非甲方原因未与甲方续签协议的；

（五）法律、法规及省、市医保政策规定的其他情形。

协议履行期间，双方需终止协议的，应提前30天通知对方（协议明确立即终止的除外）。终止、解除、缓签协议的，甲乙双方应共同做好善后工作，保证参保人员正常就医。

**第六十三条** 甲乙双方在协议履行过程中发生争议，可通过协商解决。双方协商未果的，可以要求医疗保障部门进行协调处理。对协调处理结果不服的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。

**第六十四条** 本协议如与法律法规政策规定相悖的，从其规定**。**本协议有效期自 年 月 日起至 年 月 日止。协议期满后，因甲方原因未签订新协议前，原协议继续生效。

**第六十五条** 本协议一式三份，甲乙双方签字盖章后生效，各执一份，同级医保行政部门留存一份。

甲方（签章）： 乙方：（签章）

法人代表：（签名） 法人代表：（签名）

年 月 日 年 月 日