

附件 1

南通市基本医疗保险定点医疗机构服务协议(试行)

甲方机构名称:

地址:

邮政编码:

联系电话:

乙方机构名称:

乙方医保编码:

地址:

邮政编码:

联系电话:

年 月

为保障基本医疗保险(以下简称“医保”)参保人的合法权益,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》、人力资源社会保障部《关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的指导意见》(人社部发〔2015〕98号)、省医疗保障局《关于进一步加强定点医药机构协议管理工作的通知》(苏医保发〔2019〕126号)等法律法规及政策,经甲乙双方协商,就基本医疗保险医疗服务有关事宜签订如下协议。

第一章 总 则

第一条 甲乙双方应当认真贯彻国家、省以及本统筹地区基本医疗保险、生育保险、医疗救助、卫生健康、市场监管、药品监督、药品及医用耗材招标采购、医药价格收费政策和深化医改等相关规定,保证参保人享受医保服务。

第二条 乙方提供医保支付范围内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、生育保险参保人以及医疗保障部门管理的其他保障人员。

第三条 甲方应按医疗保险诚信服务信用等级、考核管理等有关规定对乙方实行相应的分级管理,信用等级分级管理与医疗保险服务范围、费用预付、结算总量等挂钩。

乙方应当根据医疗执业许可、资质,按照医疗保险诚信服务信用等级等医保规定的服务范围和基金使用范围提供医保服务。

第四条 甲乙双方应当依照国家、省及本统筹地区有关的政

策法规，正确行使职权。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。

第五条 甲方应及时向乙方通报医保法规政策和管理制度、操作流程的变化情况，组织乙方开展与医保管理有关的培训，接受乙方咨询，按结算管理办法和协议约定向乙方支付应当由医保基金支付的医疗费用。

第六条 乙方应当建立或明确医保管理服务部门，明确机构领导分管医保工作，配优配强专（兼）职管理人员，严格履职尽责，做好医保管理工作，建立健全医疗（生育）保险考核、定期总结分析、费用控制、信息反馈等管理制度，定期自查自纠，为参保人提供合理必要的医疗服务。其中：

（一）有住院服务的定点医疗机构：应成立由医疗机构主要负责同志担任组长，分管同志担任副组长的医疗保险工作领导小组，领导小组成员由医疗保险办公室、医务科、信息科、财务科、临床科室等相关职能科室负责人组成。领导小组下设办公室，办公室设在医疗保险办公室。100张床位以上的医疗机构设立的医疗保险办公室须为一级科室，并根据自身实际，配优配足专职工作人员。

（二）门诊医疗机构：应由医疗机构主要负责人负责医疗保险工作，并配优配足专（兼）职管理人员具体负责医保事务。

第七条 乙方应坚持以病人为中心，以提高医疗服务质量与

水平为准则，为参保人员提供合理、必要的基本医疗服务，合规收费。采取积极有效措施，控制医疗费用不合理增长，减轻参保人员个人负担。

第八条 甲乙双方应加强医保医师管理：

（一）甲方建立并及时维护医保服务医师库，对纳入医保医师库的医务人员从事医务服务中所发生的符合规定的医疗费用，甲方按规定予以支付。

（二）乙方应按照《省人社厅省卫计委关于建立医师基本医疗保险服务管理制度的通知》（苏人社发〔2015〕369号）、《南通市医疗保险服务医师管理暂行办法》等规定，建立健全医师从事医疗保险服务的各项管理制度，对本单位医师的医疗保险服务行为按规定动态管理。乙方应加强本单位医师信息库的管理工作，新增、减少等变更医师信息的，应做好医保医师信息的变更备案工作，及时向甲方提供变更信息，并做好与医保信息系统医保医师库的对应维护工作。

第九条 甲乙双方应当为参保人提供相关的咨询服务。甲方应当采取多种方式向社会开展医疗保险宣传，乙方应当设置医疗（生育）保险政策宣传栏，实行医疗保险服务标准化管理，公布监督举报电话，并向参保人宣传医疗保险政策、就医结算流程、医疗服务内容及医疗服务项目、药品价格等。

第十条 （一）乙方应向甲方提供与医疗（生育）保险服务有关材料，即时传输参保人员就医、结算及其他相关信息，保证

材料和信息的真实、准确、完整、及时。

（二）乙方应做好本单位医师和其他从业人员医保政策规定的培训，制定具体的培训计划并落实到位。医师和其他从业人员应参加医疗（生育）保险政策培训并考核合格。

（三）实行公立医院医药价格改革的定点医疗机构，应认真按照公立医院医药价格改革政策规定执行。

（四）协议履行期间，乙方受到行政主管部门处理时应及时告知甲方，乙方的名称、执业地址、法定代表人、医疗机构类别、诊疗项目、床位数、住院科室、主要医疗设备设施、银行结算账户、医疗保险管理服务部门负责人等发生变化时，应及时向甲方提供相关材料，按规定申请变更或重新申请签订服务协议。

第十一条 甲方或受甲方委托的具备资质的机构可对乙方的医疗服务行为及医疗费用进行实时监控，开展监督检查，并将监控和监督检查情况及时反馈给乙方。乙方应确保提供的资料和传输的医疗费用数据真实、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責任由乙方承担。

甲方或受甲方委托的具备资质的机构在调查或检查工作中，可以采取抽样调查取证的方法；在证据可能灭失或者以后难以取得的情况下，可先行登记、封存，重要证据材料不予交还乙方；甲方对乙方提供的资料有保密的义务。

乙方对甲方的日常管理、调查和检查工作应予积极支持配合。对甲方在监督检查中需查看、调阅、复制的参保人员病历及

有关资料（包括参保人员社会保障卡、处方、就诊登记及其他医疗文书，药品购销存及购进验收记录资料，票据与票据相对应的清单、明细，相关台账资料等）应及时提供；调查、检查过程中，当事人或者有关人员应当如实回答询问、协助调查或检查，不得阻挠或拒绝，不得销毁或者转移证据。乙方应保证提供资料的真实、完整和及时。

乙方享有陈述权和申辩权，对检查情况如持有异议可当场在检查记录上加注解释或事后书面说明，不在规定期限内主张权利的，视作无异议。采用不合作、不配合方式阻挠、拒绝正常管理、调查、监督检查或拒不提供相应资料或销毁、转移证据的，将按相关规定处理，并可暂缓支付或不予支付相关医疗（生育）保险费用；对甲方书面通知后仍拒不履行应尽义务，则视作乙方单方自动解除本服务协议。

第十二条 甲方对乙方实行年度审核和日常审核备案制度。乙方申请变更事项必须符合相关规定要求，因违规被调查、暂停处理期间不得申请变更。协议期间，乙方变更机构名称、法定代表人、执业地址等内容的，应在行政管理部门核准变更之日起7个工作日内，持变更后的医疗机构执业许可证、事业单位法人证书或民办非企业登记证书或营业执照等相关证照及复印件（加盖公章）至甲方办理变更备案手续。备案后，及时办理协议变更手续。

乙方变更经营地址的，自向甲方提出变更之日起，乙方暂停

医疗保险服务。乙方迁址后，通过甲方验收、符合相关规定要求的，方可开通医疗保险服务；不符合规定要求、验收不合格的，停止医疗保险服务；限期整改后，验收仍不合格的，解除服务协议、取消医疗保险服务资质。

乙方被吊销执业许可证等相应证照的，自吊销之日起自动解除本协议，如未按要求提前书面通知甲方造成基金损失的，甲方将依据相关规定追回基金损失。

第二章 诊疗服务

第十三条 乙方应严格遵循医保和卫生健康行政部门有关规定，保障参保人基本医疗需求，合理检查、合理治疗、合理用药、合规收费，不断提高医疗质量。

第十四条 乙方应采取有效措施控制医疗费用的不合理增长，医疗费用增长幅度应与我市经济发展水平、参保人数的增加幅度、基金收入增幅等相适应。乙方应切实减轻参保人员的个人负担，有效控制参保人员的住院个人负担率。

乙方（取得《母婴保健技术服务许可证》的生育保险定点医疗机构适用）应按生育保险有关规定，稳步降低剖宫产率。

第十五条 参保人就医时，乙方应当在医师接诊、抽血、检查、治疗等环节对其身份与社会保障卡进行核验，发现证件无效、人证不符的，不得进行医疗保险费用结算。如非甲方授权，乙方不得以任何理由收集、滞留参保人员社会保障卡（或其他就医凭证）。有骗保嫌疑的，应当及时报告甲方，甲方电话：

0513-59001300。已实现参保人员通过南通医保 App 挂号就诊的南通医保移动（支付）服务对接医疗机构，应在医生工作站推送挂号人照片，医生应按要求进行人、照核对。

乙方开展微信等移动支付方式及开展互联网诊疗服务的进行医疗保险挂号、结算等服务时，须充分评估和防范给医疗保险基金带来的支付风险，采取有效措施，防范医保基金支付风险，确保人证相符诊治，将医疗保险各项管理规定落到实处。因乙方原因造成医保基金损失或影响参保人员医疗保险待遇的，由乙方承担相应责任。

乙方所属医师须按《中华人民共和国执业医师法》要求，对参保人员实施医疗、预防、保健措施，签署有关医学证明文件必须亲自诊查、调查，并按照规定及时填写医学文书。对诊断明确、治疗方案确定而因年龄大、行动不便等委托他人代为配药的参保人员，在符合卫健主管部门规定的前提下，乙方应建立代配药登记制度，履行代配药手续，对参保患者的主要诊断、治疗方案登记并要求代配人出示身份证件，同时，对代配人的身份证信息、配药时间、联系方式进行登记核实，按规定在参保人员医保病历上记录本次代配药就医信息，并要求代配人在票据和登记本上签字或盖章等。乙方根据甲方统一部署逐步实行代配药登记电子化。

基层医疗机构（一级及一级以下定点医疗机构，包括一级医院、社区卫生服务中心、社区卫生服务站、门诊部、诊所，下同）

对年龄大、行动不便等委托他人代配药的参保人员，在做好代配药登记的前提下，应当按规定上门巡诊，确保人证相符诊治，并做好相关记录。

乙方具备生育保险定点服务资质，开展生育保险医疗服务的，须对参保人员涉及享受生育保险待遇的相关项目和材料认真进行审核登记，按规定做好生育保险服务工作。

乙方对所有参保人员（不分市区、县区）符合医疗（生育）保险规定的医疗费用（包括意外伤害、生育及计划生育）均应刷卡直接结算。

第十六条 乙方应为参保人员就医建立病历，并按规定妥善保管备查。病历记录应真实、准确、完整、清晰、及时，化验检查须有结果分析。办理入院手续时或入院后，须及时将参保病人的身份证复印件附在住院病历中，并在病历中保存。对外伤病人（含自费病人）应详细记录受伤原因、地点、时间、过程等，在自费转医保时应当认真审核备案。不得涂改、编造、伪造病历及相关检查治疗等资料。涉及 120 急救的，须将院前急救病历留存备查，至少保存 2 年。对符合刷卡规定的外伤费用，乙方应按规定刷卡结算。

乙方应建立医疗损害司法鉴定、医疗事故技术鉴定和交通事故、意外伤害等（简称医疗、交通事故等）医疗费用的医保管理制度，按规定做好医疗、交通事故、意外伤害等医疗信息记录、医疗行为监控、医疗费用审核；对参保人员发生医疗事故涉及医

疗保险费用结算的，应在鉴定结束后 15 日内，将有关资料按规定要求报送至甲方；对参保人员发生交通事故、意外伤害的，应在每月 20 日前将名单汇总后报甲方备案。根据鉴定结果应由乙方或第三人承担责任部分的医疗费用，甲方不予支付。

乙方应做好诊疗登记工作。基层医疗机构应建立并落实门诊就诊登记制度，对口腔、康复、推拿、理疗等治疗项目须登记治疗记录，登记记录内容包括患者姓名、治疗项目名称、治疗时间、治疗医师或技师等，记录至少保存 2 年。

乙方的处方需有处方医师签字并加盖带有本医疗机构医师代码的处方章（实行电子处方的须按相关规定执行），经药师审核验方签字后发药。处方合格率（含外配处方） $\geq 95\%$ 。门诊处方单独装订，一般保存 2 年备核（且不得少于处方管理办法的规定年限），住院病历至少保存 30 年。按规定保存就诊登记资料（包括治疗、检查、化验等），生育保险登记审核资料按《社会保险业务档案管理规定（试行）》规定保存 10 年。

乙方应当做到病历（包括住院医嘱、病程记录、检查结果、治疗单记录）、处方、药品、医疗服务项目、票据、费用清单、收费等对应一致并与实际相符，不得事先将检查和治疗项目在住院费用中结算、出院后到门诊完成。

第十七条 乙方应当保证参保人员知情同意权，向参保人员提供门诊、住院费用结算清单和住院日费用清单，并承担解释责任；建立并执行自费项目参保人员知情确认制度，乙方提供医疗

（生育）保险范围内需个人自付费用的项目（如乙类药品、乙类医疗服务项目、特殊医用材料等）或医疗（生育）保险支付范围外的自费项目（如范围外的药品、医疗服务项目、特殊医用材料、特需服务、服务设施等）等服务，使用前应向参保人员（家属）告知，并经参保人员（家属）同意后方可使用。

乙方应当建立医保目录外项目使用分析评价制度，严格控制自费项目的使用比例，应将参保人员住院期间政策范围之外自费医疗费用控制在住院总费用的 8% 以内，切实减轻参保人员个人负担。乙方应采取有效措施，控制参保人员的住院自费率，合理使用住院自费补充保险基金。

乙方应当严格控制建档立卡低收入人口的自费项目的使用及个人负担，应将建档立卡低收入人口住院期间发生的政策范围之外的自费医疗费用控制在住院总费用的 8% 以内；对经基本医保、大病保险、其他补充保险、医疗救助等结报后，个人自付费用应控制在政策范围内住院总费用的 10% 以内；超过比例部分由乙方在费用结算后对患者进行补偿。

第十八条 乙方（定点医院、社区卫生服务中心）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住院治疗，及时为符合入出院条件的参保人员办理入出院手续，不得将不符合入院标准的参保人员收入住院或空挂床住院。抽查时，住院病区加床率不超过 10%，病区住院病人不在床率不超过 10%。

二、三级医院应按照分级诊疗制度的要求，执行双向转诊规定。将非急性期的完全护理依赖、大部分护理依赖、长期卧床且需要接受医疗护理、医疗康复的慢性伤病患者和疾病晚期姑息治疗以及其他需要长期护理服务及享受照护保险待遇的患者，转至定点护理院或照护病区。

乙方应规范医疗（生育）保险服务，不得将费用管理或总量指标分解到参保患者个人；不得以费用等为由要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院，延误治疗、造成不良后果的，乙方应承担损害赔偿责任。

乙方不得分解住院，即不得将不符合出院条件的参保人员先办理出院再收治入院。

乙方因分解住院，将符合医疗（生育）保险规定的医疗费用不使用社会保障卡结算而向参保人员收取自费费用的，甲方对分解住院的费用按涉及总费用的 50%予以追回。

乙方职工、居民医疗保险 15 天以内二次住院率（即 15 天以内住院总人次-住院总人数/住院总人次*100%）应不超过上年平均水平。

为符合出院条件的参保人及时办理出院手续，参保人拒绝出院的，应当自通知其出院之日起，停止医疗保险费用结算，并向医保中心出具相关书面材料备查。

第十九条（定点护理院、定点医疗机构照护病区适用） 乙方应主要收治完全护理依赖、大部分护理依赖、长期卧床且需要

接受医疗护理、医疗康复的慢性伤病患者和疾病晚期姑息治疗以及其他需要长期护理服务的患者，为参保人员提供相应的医疗护理、康复治疗、临终关怀服务。乙方应于每季初 10 日前，如实将上季度住院参保患者中卧床病人名单报甲方备核。乙方收治住院参保患者的卧床率不得低于 60%，临终关怀率不得低于 10%。

第二十条 乙方应当建立健全转诊转院制度，及时为符合条件的参保人员办理转诊转院手续，转诊转院手续齐全。对因医疗技术和设备条件限制等，参保患者需转市外符合规定的定点医疗机构诊治的，乙方（具有转市外定点医疗机构就诊备案申请资格的适用）应认真做好转院申请的审核把关及备案工作。对符合转诊转院条件，未及时转诊转院造成参保人员损害的应承担相应的责任。对不符合转诊转院条件的，乙方应做好解释工作。

第二十一条 乙方（具有医疗保险门诊特殊病、居民“两病”确诊资质的医疗机构）应严格按照医疗保险政策规定和特殊病准入标准做好职工医保、居民医保规定门诊特殊病的疾病诊断、准入及门诊待遇申请的审核等工作。建立健全相关管理制度，不得将不符合规定的病种纳入门诊支付范围。

乙方（具有提供门诊慢性病、特殊病、居民“两病”服务资质的医疗机构）应建立健全相关管理制度，在提供相应门诊慢性病、特殊病、居民“两病”服务时，认真执行门诊慢性病、特殊病、居民“两病”有关政策规定，不得将不符合规定的费用、病种纳入门诊支付范围。

乙方（具有特药诊疗资质的医疗机构）应认真执行医保特药管理规定和要求，建立相应的特药管理制度，对特药责任医师开具的特药处方提供全程服务（包括用药指导、注射和观察及回访等），保证对需注射使用的特药提供相应的医疗技术服务。做好特药政策宣教，严格按照医保基金支付适应症及医学标准审核特药申请，规范、完整填写申请表，做好特药的评估审核工作，把好特药准入关，按要求做好特药服务管理系统对接建设和应用。对责任医师加强考核、管理，确保合理用药，合理治疗。严格按照规定的医保基金支付限定适应症使用特药，不得扩大或调整。乙方应按甲方要求规范上传特药数量，口服剂型药品数量应以盒为单位上传。乙方开具特药处方后不提供相应的医疗技术服务或因乙方的责任造成基金损失的，由乙方负责，对不规范医疗、人证不符、虚假诊治等违规使用的特药费用，甲方不予支付。乙方应按规定提供特药药品，不得以费用总控、“药占比”、医院内部流程等为由，影响特药供应。不得要求参保患者院外购买特药注射剂，不得要求住院患者持处方到院外购药。

乙方（延伸业务审核备案资质的医疗机构）应建立医保延伸业务管理制度，配备专人、设置专窗，按规定做好准入审核、信息录入、政策宣传、资料归档等医保服务工作，满足参保人员办理延伸备案业务的需求。乙方应要求医保医师及相关工作人员严格按照医疗保险政策规定和相关标准做好各项医疗待遇的审核备案工作。

第二十二条 病员就医时乙方须询问并确认其是否为参保人员。参保人员就医因故未能及时用社会保障卡刷卡记账的，乙方应告知并提醒参保人员及时用社会保障卡记账。应使用社会保障卡结算而未用的，乙方须负责及时协调并刷卡记账。

乙方应加强对参保人员自费入院转医保住院结算的审核，入、出院日期必须准确录入、上传并与病历一致，不得将参保人员不符合医疗（生育）保险待遇享受条件期间的费用用医疗（生育）保险基金结付。

乙方对急诊室留观随后收治住院的参保病员，须将其留观期间发生符合规定的相关费用一并记入住院费用结算，应一并记入而未记入的，乙方须负责及时妥善处理。

乙方须将参保人员发生的医疗费用（含范围外费用）及时录入医疗保险信息系统并通过社会保障卡结算。乙方要加强外购药品和外出检查行为管理，建立相应工作机制，对临床治疗中确需使用，但不在省采购平台内的药品和乙方不能开展的检查进行严格管理。乙方要建立完善外购药品和外出检查行为审核工作机制，应将参保患者在住院期间所发生的外购药品、外出检查等医疗费用一并记入住院费用，不得要求参保患者到甲方解决，如未计入住院费用造成参保人员不能享受有关待遇的，乙方须承担相应责任并负责补偿相应损失。乙方经治医生要严格履行书面告知义务，在开具外购药品、外出检查处方前，要明确告知外购药品或外出检查原因。对确需住院患者外购药品或外出检查的，经患

者或患者家属签字确认，由经治医生申报，科室主任同意后，报乙方医保管理部门审核。经治医生要提醒患者到定点医药机构购买和检查，并索要和留存有效购销凭证。

第二十三条 乙方（社区卫生服务中心）承担医疗保险经办业务延伸工作，具体负责医保经办业务延伸服务的各项日常工作；须设立医疗保险经办业务专用窗口，配备专人和设备，按照医疗保险政策规定办理甲方指定的各项延伸经办服务。同时，做好医疗保险及参保人员个人信息的保密工作；配置专用计算机设备，保证医疗保险信息系统的安全。乙方及乙方工作人员发生违反医疗保险政策规定的行为，应及时纠正，并按相关政策规定处理。

乙方（社区卫生服务中心）应对辖区内的定点社区卫生服务站进行有效的一体化管理，积极主动地做好辖区内定点社区卫生服务站的医疗保险服务的管理工作，制定管理措施，并落实到位。具体负责对辖区内社区卫生服务站的组织、协调、考核、培训及业务指导等日常管理工作，定期对辖区内定点社区卫生服务站的医疗保险服务情况进行检查，并做好检查记录，发现社区卫生服务站存在不规范或违规服务行为的，应及时制止、督促纠正，并及时将辖区内定点社区卫生服务站的违规情况向甲方反馈。

乙方（社区卫生服务中心）应主动接受并积极配合所属社区卫生服务中心的指导与管理，对社区卫生服务中心日常检查管理中发现的问题，应认真整改；乙方不配合或不接受所属社区卫生

服务中心管理的，甲方查实后，乙方需支付甲方 2000 元违约金，告知后不纠正、不整改的，第二次发生类似情形的，违约金加倍，并按医疗保险政策规定和服务协议处理。

第二十四条 乙方（社区卫生服务机构）应积极支持家庭医生签约，做好社区签约的政策宣传，须主动、认真做好与参保人员的普通门诊统筹签约工作。根据甲方部署，实行乙方及所属家庭医生（经备案登记的医保医师）在与参保人员签约后，方可提供普通门诊统筹服务，原已签约但未与家庭医生签约的逐步过渡。

充分尊重参保人员的选择权，对要求签约的参保人员应先行告知相关医疗保险政策规定，对符合规定的须负责与参保人员书面签订《南通市区基本医疗保险定点社区医疗服务合约》（以下简称《服务合约》），签订后须及时在医疗保险信息系统中进行签约确认，并切实履行服务合约。

乙方应加强签约工作的服务与管理，认真填写、录入服务合约（包括住址、联系电话）及解约申请等签约资料，并长期保存备核。原则上由参保人本人至定点单位签约。对年龄大、行动不便的特殊人群应由定点单位工作人员上门核实确保人证相符进行签约，并做好相关记录。不得拒绝、推诿参保人员的正当签约及解约要求。

乙方被暂停医疗保险服务、解除服务协议的，应在执业场所内明显位置公告停止医疗保险服务原因、期限等情况。在暂停医

疗保险服务、解除服务协议期间，参保人员要求解约的，应及时指导参保人员填写解约申请，办理相应解约手续，并在医疗保险信息系统中进行解约确认。

第二十五条 乙方（社区卫生服务机构）在提供医疗保险服务时实行政府指导价，医保支付标准不高于医保部门规定的非营利性一级医院价格标准；超过价格标准的费用，甲方不予支付。

实施一般诊疗费收费的社区卫生服务机构应严格执行相关政策规定，治疗、用药等按疗程收取一般诊疗费。

第二十六条 乙方应按照国家财务会计管理规定建立健全规范的财务制度，规范财务管理。向参保人员出具规范有效的医疗收费票据，开具项目真实、准确。被甲方拒付的医疗费用，乙方应当及时作相应财务处理。乙方按部署及时配合做好电子票据工作。

第二十七条 乙方应当提供整洁、规范、优良的诊疗环境。不得以定点医疗机构的名义违规进行广告宣传或违反医疗（生育）保险政策的宣传；不得以现金、礼券及生活用品等进行医疗消费的促销活动。

第二十八条 开展相关健康体检服务的定点医疗机构应完善并规范体检流程，认真做好参检人员的体检工作。体检后应及时出具体检报告，应将参保人员的体检结论录入或上传医保（或指定）信息系统，并按规定时间将体检结论及综合报告书面报参检人员及甲方。

第三章 医保目录

第二十九条 乙方应当严格执行《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》(以下简称《药品目录》)、基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准,以及本统筹地区的支付标准。

乙方应认真掌握药物使用原则与适应症,合理用药,疗效相近或相同的同类药品首选使用范围内药品及质优价廉的药品,为参保人提供合理、必要的基本医疗服务。不得超使用范围、规定、权限使用限制类、特药类药品或不合理用药。超出目录及支付标准的费用,甲方不予支付。

第三十条 乙方应当根据开展医疗(生育)保险服务的需要,调整药品供应结构,确保《药品目录》内药品的供应,满足临床诊治需要,不得以总控指标、药占比、次均费用等理由拒不采购、不使用《药品目录》内药品;不得要求住院患者到门诊或院外购买《药品目录》内药品。

各定点医疗机构要加强国家谈判药的采购和使用管理,对于本医疗机构诊疗范围及临床所需的国家谈判药品,要确保应采尽采,真正保障参保患者门诊和住院正常用药需求。

第三十一条 乙方应对购进的药品及医用材料保存真实完整的购进和使用记录,按规定建立进销存台账。药品购销存实行电算化管理且管理系统正常运行,每次进货票据、清单须对应一致并及时入账,做到账目清楚,账物相符。药品购销存管理应包

括药品的通用名称、期初期末库存、购货量、医保销售量、非医保销售量、生产厂商（中药材标明产地）、剂型、规格、单位、价格、批号、生产日期、有效期、批准文号、供货单位、购进日期等。甲方可以根据医保管理的需要调查了解上述信息。

定点社区卫生服务站、门诊部、诊所，应在每月 10 日前将药品购销存通过电子邮件报甲方备案，甲方电子邮箱为 ntybyp@163.com，逐步实现药品进销存数据实时上传，乙方应配合做好药品进销存相关信息系统对接。

第三十二条 乙方要严格掌握目录内部分药品的限定支付范围并留存用药依据便于甲方核查。超出药品说明书适应症、超出《药品目录》限定支付范围、缺乏相关依据的费用，甲方不予支付。

第三十三条 乙方应当采取措施鼓励医保医师提供医保服务时优先选用《药品目录》内甲类药品；优先选用国家基本药物；优先选用通过一致性评价的品种；优先选用集中采购中选药品；鼓励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；鼓励首先选择相同品种剂型中价格低廉的药品；药品目录中每一最小分类下的同类药品原则上不宜叠加使用。

第三十四条 乙方使用本单位生产并列入基本医疗（生育）保险用药目录范围的治疗性医院制剂，其费用由甲方按照规定给予支付；未列入医疗（生育）保险支付范围的，甲方不予支付相

关费用。

第三十五条 乙方在参保人员出院时,可提供与所患疾病治疗有关的药品(一般限口服药),并按处方管理办法等有关规定执行,不得违反相关规定或开具与本次住院所患疾病无关的药品。

第三十六条 乙方应严格执行国家药品价格政策和基本药物制度的规定。实施或参照公立医院医药价格改革的医疗机构以及实施基本药物零差率的定点医疗机构,其药物应按实际进价零差率销售。未按规定销售的,应退回医保基金。

第三十七条 已实施和参照实施药品价格改革的定点医疗机构,医疗服务项目的收费标准按照公立医院医药价格改革规定执行;按照通价费〔2018〕198号调整医疗服务价格的基层医疗卫生机构,医疗服务项目的收费标准按照通价费〔2018〕198号规定执行。未实施医药价格改革和未按照通价费〔2018〕198号调整医疗服务价格的定点医疗机构,医疗服务项目的医保支付标准不高于同类非营利性医疗机构政府指导价。

乙方为公立医疗机构的,使用的药品应全部从省平台上阳光采购、公开交易。公立医疗机构网下采购药品需医保基金支付部分,经核定视情况从年度医保预算总额中扣除,疫情防控、急抢救等紧急情况除外。鼓励医保定点社会办医疗机构自愿进入省平台采购,提升平台服务交易主体功能。

乙方应按照医疗保险、医疗服务项目的收费规定合理收费,

超目录或超标准、范围的费用不得纳入医疗（生育）保险支付。不得超诊疗范围收费，未经卫生、医保部门批准的项目不得收费。

对经甲乙双方协商谈判确定医保支付标准的项目，按协商确定的医保支付标准执行。

乙方不得擅自提高收费标准，不得超标准、套用项目、自立项目或分解重复等违规收费。

乙方要按要求及时维护医疗服务项目价格数据库。

第三十八条 乙方医用耗材集中采购工作应严格按照《关于推进医用耗材阳光采购的实施意见（试行）》（苏医保发〔2019〕55号）、《江苏省医用耗材阳光采购实施细则（试行）》（苏医保发〔2020〕22号）、《关于取消公立医疗机构医用耗材加成的通知》（苏医保发〔2019〕114号）等文件要求执行。公立医疗机构应严格执行取消医用耗材加成政策。公立医疗机构采购不在省阳光采购目录范围内的医用耗材，医保基金不予支付，网下采购医用耗材需医保基金支付部分，经核定视情从年度医保预算总额中扣除。鼓励非公立医疗机构参加阳光采购。

第三十九条 乙方应建立特殊药品、医用材料（含植入类医疗器械）和诊疗项目管控制度，按医保政策规定，严格掌握其适用范围，并保存相关使用记录。

第四十条 乙方应当遵循医疗卫生管理规定，严格掌握各项化验、检查的适应症，合理检查。

乙方应当加强大型医疗设备检查（如CT、MRI等，下同）、

特殊医疗服务项目的使用管理，在进行疾病诊疗时，应根据患者症状和体征严格掌握检查指征并选用不同的检查方法，能用一般检查达到诊断鉴别诊断目的，首选一般方法，原则上不再做其它检查，不得将大型医疗设备检查项目列为常规检查。乙方应不断提高大型医疗设备检查项目主要诊断阳性率。为方便收费操作的常规收费项目组合需经甲方同意并确认，乙方不得擅自组合项目、不得将临床“套餐式”检验作为常规检验。

第四十一条 乙方需为参保人员提供符合基本医疗服务标准范围的住院床位。向参保人员提供超基本医疗保险报支标准的住院床位应予以告知，如未告知或未经参保人员（家属）同意，不得向参保人员收取超标准费用。

第四章 医疗费用结算

第四十二条 甲乙双方应严格执行统筹地区医保费用结算的有关规定，甲方根据本统筹区医保基金收支预算情况，对乙方本年度医保付费实行总额控制下的多元复合式医保支付。

乙方应采取积极措施，强化内部管理，不断提高医疗与服务质量，有效遏制医疗费用不合理增长。甲方对医疗费用增幅过高或超结算总量较多或连续二个月以上超出当期总量管理指标等费用增长异常的定点单位可采取书面预警提示、约谈相关单位负责人、暂缓支付结算款、暂停医保服务等措施。

乙方应健全控费工作机制，严格执行医疗保险医疗费用总量指标，采取积极有效措施，将费用发生额控制在年初下达的总量

指标内。加强与甲方的沟通协调，定期加强医疗费用分析，定期通报医疗费用发生情况和总量指标执行情况。确因医疗条件等发生重大变化导致总量指标执行有困难的，应按相关规定向甲方报送总量指标执行分析报告，实行总量指标变更事前预申报。

乙方为按病种收付费结算（以下简称单病种结算）定点医疗机构的，应按照我市单病种结算的政策规定，积极开展并推进相应工作，做好医疗保障服务，逐步增加单病种结算的病例，确保完成医疗保险单病种年度目标任务。乙方为单病种结算定点医疗机构的，应严格按治疗原则和临床路径、医疗技术规范开展医疗服务，不得推诿重症病人和减少服务，不得再收取或变相收取其他医疗费用，进入按病种收付费临床路径后，要严格控制退出率，确保退出率不超过 10%。对因病情复杂等超结算价格标准较多的、且对医院该病种的结算产生较大影响的病例，经专家评估后确需调整的，可适当调整结算定额。

对符合规定应纳入而未纳入按病种收付费结算和违反按病种收付费规定的医疗费用，医疗保险基金不予支付。

第四十三条 乙方应当按照本统筹地区医疗服务项目和价格标准等规定进行收费，并按照医保规定为参保人即时结算医疗费用，开具符合国家规定的专用票据。无特殊情况，乙方不得要求参保人全额现金结算医疗费用，不得减免或变相减免医保范围内应由参保人个人承担的费用。乙方为开展异地就医联网结算服务定点医疗机构的，无正当理由不得拒绝异地参保人员即时刷卡

结算医疗费用。

甲方根据有关规定,对符合医疗费用预付规定条件的定点单位可实行医疗费用预付。甲乙双方应严格执行预付费管理规定、制度。

第四十四条 乙方应严格遵守医疗(生育)保险相关规定,不得将不属于医疗保险基金结付范围或应由参保人员个人负担的医疗费用列入医疗保险基金结付;也不得将不属于生育保险基金支付范围,纳入生育保险基金结付。

对属工伤保险(含职业病)、生育保险支付范围的,应当由第三人负担的,因打架、斗殴、吸毒等违法犯罪行为,或自杀、自伤、自残(精神病人在不能辨认或者不能控制自己行为时的自杀、自伤、自残除外)所发生的医疗费用,乙方不得纳入医疗保险基金支付范围。

甲方对乙方涉及违反医疗(生育)保险规定的情形,在检查或调查处理期间,可采取暂停或暂缓医疗(生育)保险费用结算或支付的措施,在调查处理结束后 30 天内再按规定支付应付的结算费用。

第四十五条 参保人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。在医疗纠纷处理未完结之前,相关医疗费用甲方暂不予支付。经鉴定确认乙方有责任的,乙方责任范围内医疗费用甲方不予支付。

第四十六条 乙方应在甲方规定时间内完成各类医疗、生育

保险费用结算报表医保交互系统的网上认证工作,在每月 5 号之前完成上月医疗、生育医疗费用明细表的认证,每月 20 号前完成上月医疗、生育医疗费用结算表的认证,未按规定执行的,甲方可采取约谈相关负责人、暂缓支付医疗费用等措施。

乙方应按医疗保险规定,做好医疗、生育保险医疗费用刷卡结算数据的日对账工作,确保数据真实准确;否则,乙方承担由此产生的后果。

乙方(定点康复医疗机构)在收治需进行康复治疗的参保人员时,应先核实该人员既往统筹基金支付情况。因核实不到位造成统筹基金重复支付的,甲方不予支付并按照有关规定处理。

第四十七条 甲方应及时向乙方拨付符合医疗(生育)保险规定和本协议规定的医疗费用。

甲方应当按规定对乙方发生的医疗费用进行审核或相应的稽核,如发现乙方有不符合医疗(生育)保险支付规定或违反医疗(生育)保险规定情形的,甲方应当告知乙方。乙方应当在收到告知后 5 个工作日之内向甲方做出书面说明。逾期不说明的,甲方可拒付有关费用。

甲方可采取随机抽查的方式对乙方发生的医疗费用进行审核,对抽查中查实的违规费用,甲方可按抽查比例放大后予以拒付。

第五章 医疗服务监管

第四十八条 甲方建立医保智能监控系统,对医疗保险服务

行为通过医疗保险智能监控系统开展事前、事中、事后管理。乙方应配合甲方做好医疗保险智能监控系统建设，将监控规则等嵌入医院信息系统，按要求将医院信息系统与医疗保险智能监控系统进行有效对接。乙方应确保参保人发生的医疗服务和费用数据应真实、准确、实时传输至甲方信息系统，未按要求传输的，甲方可拒付相关费用。

甲乙双方应当充分利用医保智能监控（含审核）系统监管医疗服务。甲方发现违约疑点时，应及时反馈至乙方，乙方应当及时处理，但不得影响参保人结算。

已建设实施院端智能监控系统的定点单位，应落实专人负责使用院端医疗保险智能监控系统，每季度向甲方反馈智能监控系统的使用情况，乙方使用中涉及增加或修改内容的需求，乙方需书面提交甲方备案，经甲方确认后按规定流程进行调整。若变动幅度较大，双方应协商解决。

甲方加强医疗保险服务管理智能化建设，建立南通市医疗保险定点单位交互系统（以下简称“医保交互系统”），乙方应按甲方要求使用医保交互系统，做好医保交互系统的网上申报、业务办理等工作。甲方对乙方通过乙方 CA 证书在医保交互系统的所有行为，均视为乙方真实意思表示。乙方须对通过乙方 CA 认证证书在医保交互系统的所有行为承担责任。

第四十九条 乙方应保证医疗服务质量，不得因指标管控推诿拒收病人或将超过指标控制的医疗费用转嫁给参保人。

第五十条 甲方对定点社区卫生服务机构医疗保险诚信服务管理实行联动管理。

乙方（社区卫生服务中心）应对辖区内定点社区卫生服务站的医疗保险诚信服务进行有效管理。应定期、不定期对辖区内定点社区卫生服务站的医保服务情况进行检查和业务指导，每季检查应不少于 1 次。甲方查实乙方辖区内社区卫生服务站存在违规行为且乙方未尽到管理职能的，或乙方发现辖区内社区卫生服务站有违规行为但隐瞒不报的，乙方支付 2000 元违约金；相互串通套取、骗取医疗保险基金的，按医疗保险政策规定及本服务协议有关条款处理。

第五十一条 甲方根据医保政策和本协议的约定及参保人员满意度调查等，对乙方为参保人员提供的医疗服务及费用情况进行定期或不定期考核，考核结果与本年度考核留存款返还、年终清算、次年医保总额分配和协议续签等挂钩。

第五十二条 甲方可对乙方医疗费用情况、医保考核结果、医疗服务违约行为等向相关部门、参保单位、参保人和公众媒体等进行通报。

第六章 信息系统

第五十三条 乙方应当按各级医保部门有关标准，配备设施设备，通过专线与医保信息系统联网；乙方的信息系统与其他外部网络联网时要采用有效的安全隔离措施；乙方应妥善保管和使用医保刷卡、移动支付有关设备，不得转借或赠与他人，不得改

变使用场地。

乙方应当指定部门及专人负责医疗保险信息管理，明确专职管理人员的工作职责，配备熟练的计算机操作人员，合理设置管理权限，并将专职管理人员名单报甲方或医保信息部门备案。

乙方应落实专人配合甲方及医保信息部门，做好医保政策、待遇调整等涉及信息系统的联调、测试工作。

乙方要加强内部病案、信息、财务等数据来源质量控制，保证医疗保障基金结算清单等数据真实、准确、可追溯，按甲方或医保信息部门规定报送数据。

第五十四条 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范围。

第五十五条 甲方应当指导乙方做好相关信息管理、变更和维护等工作。甲方配合医保信息部门按照要求建立医保基础数据库，结合医保相关规定，指导乙方做好相关信息管理、变更、备案和维护等工作。乙方应当具备完善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，为参保人提供直接联网结算。乙方应按规定使用国家统一的医保编码，维护好医保药品、诊疗项目、医用耗材、疾病病种、医保医师、医保药师等基础数据库。

第五十六条 医保信息部门和乙方应当严格遵守国家、省、市信息系统安全管理的相关规定，做好信息系统、相关设备和网络的维护工作，确保参保人结算方便快捷，不得泄露参保人参保

就医信息，切实做好信息数据安全保密工作。

乙方须确保以下医疗保险信息数据的保密及安全：

（1）参保人员就医购药的各种信息记录；

（2）定点医疗机构、定点零售药店服务信息；

（3）乙方从甲方获取的其它相关信息。以上信息包括乙方用于提供医保服务的服务器、终端计算机等设备上的数据及视频存储信息。

无论本协议是否变更、解除或终止，本条款持续有效。

第五十七条 乙方应当确保向医保信息系统传输的参保人员就医、结算及其它相关信息真实准确，不得人为篡改作假。按甲方和医保信息系统要求规范上传并与实际情况相符。

乙方实行电子病历管理的，应当建立医生（护理）工作站，保证医嘱（护理）工作记录的可追溯性。

第五十八条 医保信息部门和乙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，须及时通知对方且启动应急预案。在故障排除前，乙方可以实行现金（手工）结算，保障参保人员正常就医结算。

第五十九条（按规定应实施视频管理的一级医院、社区卫生服务中心、社区卫生服务站、门诊部、诊所等适用） 根据医疗保险管理有关规定，为加强医疗保险服务管理，共同维护医疗保险基金的安全，实行一级医院、社区卫生服务中心、社区卫生服务站、门诊部、诊所等部分定点医疗机构医疗保险服务远程视频

监控管理和试点人脸识别和代配人身份证信息上传工作。

甲方应认真落实视频监控管理的各项工作要求，与乙方及乙方的网络线路营运公司（中国电信股份有限公司南通分公司或江苏通广传媒数字电视有限公司或中国移动通信集团江苏有限公司南通分公司）共同做好视频设备的安装、联网、调试、维护等工作。

乙方应认真做好视频管理相关工作，配备的远程视频管理设备应不少于 2 套，在执业场所醒目位置设置本单位实行医疗保险服务视频管理提示；配置符合安全、稳定、持续供电要求的专用电源，保证视频设备的持续供电；保管好相应设备，保证视频设备及系统的正常安全运行。如发现故障，乙方应及时通知甲方和乙方的网络线路营运公司做好修复、维护工作。

乙方应规范医疗（生育）保险服务，将医疗（生育）保险挂号、结算等服务过程纳入视频管理，服务过程的画面、声音清晰可辨。刷卡结算需支付现金的，现金支付或通过微信等移动支付应与刷卡结算同步进行，且移动支付应保存相关记录以备核查。

乙方如需变更刷卡结算处及视频系统设备线路、位置的，应提前 7 个工作日向甲方书面申请变更。甲方审核通过后，方可变更。

第六十条 甲方应当根据国家要求和医疗（生育）保险费用的支付范围及管理需要，建立医疗（生育）保险项目代码管理制度，包括药品（含自制制剂）、诊疗项目、医用材料、疾病诊断

(病种)、手术、科室、医师、待遇类别等项目代码。乙方应按甲方要求,建立并维护与之对应一致的数据库和项目代码,无项目代码的项目费用甲方不予支付。

乙方应按医疗(生育)保险规定做好药品、诊疗项目、病种(疾病分类编码与 ICD-10 相一致)、医师信息、待遇类别等数据库的维护及与医保系统对接、数据上传工作,维护、对应及上传数据须准确无误。乙方为 HIS 接口的医疗机构,因乙方信息系统原因,造成参保人员不能享受医保(生育)待遇或待遇享受有误的,须负责及时协调并妥善处理。

乙方须准确录入参保人员就诊信息及费用明细。门诊数据实时上传(含门诊诊断),上传的门诊诊断、处方医师与处方的符合率 $\geq 95\%$ 。住院数据在参保病员入院后及时上传入院登记信息(包括病区、科室、床号、住院号、入院诊断)和费用明细,最迟应在医疗服务行为发生后 24 小时内上传,要求规定项目的上传率 100%;住院号、入出院时间、入出院诊断、经治医师代码、经治医师姓名等录入上传须与住院病历相符,上传的符合率 $\geq 98\%$ 。入、出院诊断必须按 ICD-10 编码及疾病名称录入并同时上传;生育保险登记录入信息(末次月经日期、胎次、结婚证信息、生育服务证明信息、手术时间、新生儿数、病种等)须准确无误并及时上传。范围外医疗费用按规定记入并上传医疗保险信息系统,如乙方原因维护录入不当、不准确或未及时上传造成的后果由乙方负责。

第七章 违约责任

第六十一条 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督促甲方整改：

1. 未履行本协议约定有关条款的；
2. 工作人员违反《社会保险工作人员纪律规定》的；
3. 其他违反基本医疗保险法律、法规的行为。

第六十二条 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、限期整改等处理：

1. 医疗费用异常的；
2. 未按本协议要求落实管理措施的；
3. 未及时、准确、完整提供甲方要求提供的资料的；
4. 未保障参保人员知情同意权，不向其提供费用明细清单、出院病情证明等资料或不履行知情同意手续的；
5. 未及时查处参保人员投诉和社会监督反映问题的；
6. 其他违反医保政策、本协议条款，情节轻微的。

第六十三条 甲方查实或经考核，乙方违反本协议第一条、六条、七条、八条第二款、十一条、十八条、四十五条、四十六条第三款、四十八、五十三条、五十五条、六十条、规定，甲方认定情节严重或造成较恶劣影响且不在规定时间认真整改的，甲方可单方解除本协议。

第六十四条 甲方查实或经考核，乙方有下列情形的，乙方应按下列条款承担违约责任。

乙方违反本协议第三条、十四条、十六条第一款第五款、二十条、二十一条、二十二条、二十九条、三十五条、三十七条、四十二条、四十五条、五十七条第一款规定的，所发生的医疗费用甲方不予支付，乙方并应向甲方支付相应违约金。

乙方违反第一条、六条、七条、八条第二款、九条、十条第一款第二款第三款、十一条、十二条第一款、十五条、十六条第一款第二款第三款第四款、十八条第一款、二十四条、二十六条、二十七条、二十九条第二款、三十条、三十一条、三十二条、四十条、四十一条、四十二条第五款、四十三条第一款、四十七条、四十八条、四十九条、七十六条规定的，乙方应立即纠正、限期整改，并支付甲方 2000 元违约金。乙方不立即纠正整改或再次违反规定的，向甲方支付 5000 元违约金并限期暂停整改。情节严重或整改后仍达不到规定要求的，甲方有权暂停乙方医疗保险服务或提前解除服务协议。

乙方违反第二十八条规定要求，按参检人员体检总费用的 2%向甲方支付违约金，违约金不满 2000 元，按 2000 元计，最高为 10 万元。

乙方违反第五十五条、五十六条规定的，甲方视情形分别予以暂停医疗保险服务、解除服务协议、取消医疗保险服务资质的处理。乙方给医疗保险基金造成损失的，须依法赔偿损失并承担法律责任。

乙方违反第六十条规定要求，甲方告知后，乙方应立即纠正

并在规定期限内整改到位，不纠正整改或在规定期限内整改不到位的向甲方支付 5000 元的违约金，自第二次起加倍支付违约金。

乙方(按规定应安装视频管理系统和试点人脸识别的定点医疗机构适用)违反本协议第六十条规定的，甲方将视情节予以限期暂停整改、暂停医疗保险服务、解除服务协议、取消医保服务资质等处理。乙方首次遮挡摄像头、设置屏障、未经备案改变医保刷卡结算处位置、中断视频设备电源等造成离线、影像不清、监控不到位等情形或擅自接入视频监控系统的，暂停医保服务 1-3 个月；协议期内二次及以上遮挡摄像头、设置屏障、未经备案改变医保刷卡结算处位置、中断视频设备电源等造成离线、影像不清、监控不到位等情形的，暂停医保服务 3-6 个月，情节严重、影响恶劣的解除服务协议；擅自移动、改装、变更视频监控系统设备、线路，或破坏视频设备的，解除服务协议，情节严重、影响恶劣的，取消医保服务资质。

甲方在视频管理中发现乙方存在无服务对象刷卡、为同一人刷多张社会保障卡、同一人社会保障卡多人刷、短时间内为同一人多次刷卡、刷卡结算需支付现金的未见参保人员支付现金或其他非正常诊疗等异常服务情形的，可责令限期暂停整改，并视异常服务和核查情况按医疗（生育）保险政策有关规定处理。

第六十五条 甲方查实乙方有下列违规行为之一的，乙方除退回违规费用、支付违约金之外，并按医疗保险、生育保险有关政策规定处理：

(一) 下列违规行为，乙方退回违规费用：

1. 应使用社会保障卡刷卡结算而未用社会保障卡结算发生的费用（含自费医疗费用）；
2. 过度、不合理医疗；
3. 项目对应错误或操作不当造成基金损失；
4. 其他违反医疗（生育）保险、卫生、价格等有关管理规定的行为。

(二) 下列违规行为，乙方退回违规费用，并视违规情况支付违规费用 1 倍的违约金，违约金不足 2000 元的按 2000 元计，最高为 5 万元。

1. 空白处方等违反处方管理规定或超使用范围、规定、规范、权限使用药品；
2. 使用与疾病无关的药品，进行无关的检查治疗；
3. 药品购销存不符；
4. 未按规定审核生育保险待遇或登记、录入信息错误；
5. 违反物价规定收费或记帐与病历、实际等不符或多记多收费用；
6. 门诊人证不符；
7. 以药易药、串换项目；
8. 未书写门诊病历或医疗文件记录不详、不符、不完整、不及时或不能提供病历等资料；
9. 超代配适用人群、未履行代配药登记或登记不实、不全；

10. 未经批准项目或不属于医疗（生育）保险基金支付范围或超过医保支付标准的医疗费用列入医疗（生育）保险基金结算；

11. 未开具或不提供有效医疗费用票据（含自费病人）；

12. 将不符合住院条件收治住院或空、挂床住院（违规费用按所涉人次×当月住院人次均费用计）；

13. 执业场所存放、摆放生活用品、食品、保健品；

14. 其他非正常诊疗或故意分解门诊人次（违规费用按所涉人次×当月人次均费用计）或超范围诊疗；

15. 对医疗事故、交通事故、意外伤害等未按规定申报或隐瞒，造成基金损失的；

16. 首次遮挡摄像头、设置屏障、未经备案改变医保刷卡结算处位置、中断视频设备电源等造成监控不到位的；

17. 其他违反医疗（生育）保险、卫生计生、药品、价格（收费）、财务等管理规定和不规范使用医疗（生育）保险基金的行为。

（三）下列违规行为，乙方除退回违规费用之外，还须支付2倍的违约金，违约金不满1万元的，按1万元计，最高为10万元。

1. 收集留存参保人员社会保障卡或将参保人员社会保障卡拿到其他定点单位刷卡结算；

2. 个人先付、自付费用变通为不付或少付；

3. 违规使用统筹费用及公务员门诊补助等；

4. 以药换保健品或医疗器械用品等；

5. 私自安装、连接医疗保险信息系统或将分支机构、其它机构连接医保网络或擅自变更医疗保险网络线路；

6. 较严重违反医疗（生育）保险、卫生计生、药品、价格（收费）、财务等管理规定和其他违规使用医疗（生育）保险基金的行为。

（四）下列违规行为，乙方除退回违规费用之外，还须支付3倍的违约金，违约金不满2万元的，按2万元计，最高为20万元。查实二次及以上的违约金加倍：

1. 虚假门诊、住院或虚记医疗费用、空划记账留存医疗费用；
2. 住院人证不符（违规费用为该行为已发生费用或已结算的费用）；

3. 伪造、编造病历、处方、检查、治疗、病情证明、疾病评估表等资料；

4. 提供虚假资料，购销存严重不符；

5. 以药易物（换取洗发水、米、家用电器等物品）；

6. 为非定点单位或其他定点单位提供医疗（生育）保险刷卡结算或提供方便造成恶劣影响；

7. 采用换购物卡、有价证券及提取现金等各种形式套取、骗取医疗（生育）保险基金；

8. 非法侵入、攻击医疗保险网络；

9. 擅自移动、改装、变更视频系统设备、线路或破坏视频设备或二次及以上遮挡摄像头、设置屏障、未经备案改变医保刷

卡结算处位置、中断视频设备电源等造成监控不到位的；

10. 其它严重违反有关政策法规、管理规定造成医疗（生育）保险基金损失的行为。

乙方发生下列行为，除按相应条款处理外，甲方一律解除其服务协议，且乙方 3 年内不得申请医保定点：

1. 通过伪造医疗文书、财务票据或凭证等方式，虚构医疗服务“假住院、假就诊”骗取医保基金的；

2. 为非定点医疗机构、暂停协议机构等其他机构提供医疗费用结算的；

3. 协议有效期内累计 3 次被暂停协议或暂停协议期间未按时限要求整改或整改不到位的；

4. 被吊销《医疗机构执业许可证》或《营业执照》的；

5. 拒绝、阻挠或不配合经办机构开展必要监督检查的；

6. 其他造成严重后果或重大影响的违约行为。

第六十六条 实施一般诊疗费收费的社区卫生服务机构不得分解收费，未按规定、疗程而多收取的，其基金支付部分甲方不予支付，乙方并按规定支付 1 倍违约金；对告知后仍不纠正的，乙方支付 2 倍的违约金。

第六十七条 乙方违反卫健、价格等管理规定被行政处罚的，涉及医疗保险、生育保险基金损失的，乙方应主动退回，乙方不主动退回的，甲方发现后，乙方除退回损失的基金，还须支付所涉及保险基金 1 倍的违约金。

第六十八条 乙方医务人员,在医疗服务中违反医疗(生育)保险规定的,乙方应按相关医疗(生育保险)管理规定处理,并将有关处理情况通报甲方,乙方未按规定处理的,甲方可按规定暂停、取消违规医师的医疗保险服务资质,并按规定不予支付相应医疗保险医疗费用。

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 年医保结算资格的处理,并将违规行为通报卫生健康行政部门。

第六十九条 乙方被暂停医疗(生育)保险服务期间,应在执业场所内明显位置公告停止医疗保险服务原因、期限等情况。因未公告或未解释说明造成不良后果的由乙方负责。乙方被暂停医疗(生育)保险服务、解除服务协议或被取消医疗保险定点资质的,当年年度考核不合格。乙方被暂停医疗(生育)保险服务期满后,甲方视其整改情况确认是否继续履行本服务协议;乙方被解除服务协议的,在期满后(不超过 24 个月),甲方视其整改情况确认是否续签服务协议。

第七十条 乙方违反相关行政处罚规定的,甲方应当提请行政部门进行行政处罚;涉嫌违法犯罪的,应当由医疗保障行政部门及时移送司法机关,依法追究其刑事责任。

第八章 附则

第七十一条 协议执行期间,国家法律、法规和政策有调整的,应按新的规定执行。若新规定与本协议不一致时,经双方协商,可

按照新规定对本协议进行修改和补充，其效力与本协议同等。

第七十二条 有下列情形之一的，本协议终止。

1. 双方协商一致的；
2. 乙方停业或歇业（特殊情况报备经甲方核实的除外）；
3. 因不可抗力致使协议不能履行的；
4. 协议期满，非甲方原因未与甲方续签协议的；
5. 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（甲方依据本协议约定行使单方解除权的，及乙方因违规被解除服务协议的，不在此限）。终止、解除、缓签协议的，甲乙双方应共同做好善后工作，保证参保人正常就医。

第七十三条 本协议期满前 1 个月内，甲乙双方可协商续签协议；作出缓签协议决定的应在协议到期后二个月内书面通知乙方。

第七十四条 甲乙双方在协议履行过程中发生争议的，可通过协商解决。双方协商未果的，由统筹地区医疗保障行政部门进行处理。

第七十五条 本协议所称的甲方不予支付（不应当由医保基金支付的）和乙方退回违规费用或乙方支付的违约金由甲方在乙方发生的医疗（生育）保险费用中直接追回，如已支付则在甲方查实后的下次结算费用中直接追回。

本协议所规定的甲方不予支付和乙方退回违规费用或乙方支付的违约金在甲方追回后全部纳入医疗（生育）保险基金。

本协议所规定的抽样检查，其抽查比例一般不少于总量的5%，涉及的违规费用可按同比比例口径计算。本协议所称的同比比例口径是以抽查人次占当期总人次之比作为抽查比例，将抽查涉及的违规费用按抽查人次比例放大至同期总量。违规费用按抽查比例放大计算后追回的，可不再支付违约金。

本协议所称的限期暂停整改，为短期暂停医疗（生育）保险服务进行整改，暂停期一般不超过15个工作日。

本协议的条款中涉及住院服务的，对具有住院服务资质的医疗机构适用；涉及生育保险的条款，对取得母婴保健技术服务执业许可证或计划生育技术服务机构执业许可证的医疗机构适用；不具备相应资质不得提供相应服务。

本协议中特别标明适用对象的条款及对应违约责任，仅对特定标明对象适用；未特别标明适用对象的条款及对应违约责任，对所有定点医疗机构适用。本协议的条款中涉及实施视频管理的条款及对应违约责任，对按规定应实施视频管理的一级医院、社区卫生服务站、门诊部、诊所等适用；涉及社区卫生服务机构和社区服务与管理的章节、条款及对应违约责任，对社区卫生服务中心、社区卫生服务站适用。

第七十六条 甲乙双方应共同做好跨省、省内、市医疗保险异地就医服务工作，为异地就医参保人员提供规范、优质的医疗保险服务，配合异地医疗保险经办机构核实有关医疗费用情况。

甲方应及时向乙方通报异地就医相关管理规定和要求。将乙

方异地就医参保人员的刷卡结算和医疗服务工作，纳入医疗保险服务管理、年度考核和结算范围。

乙方应积极配合甲方认真做好相关工作，按规定为异地就医参保人员提供合理的医疗服务和费用结算，并告知乙方的联系方式；对异地参保人员在刷卡结算过程中发生的各类情况须有效跟踪反馈，并及时妥善协调处理相应事宜。

第七十七条 本协议约定内容适用于乙方开展的“互联网+”医疗服务。

第七十八条 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。

第七十九条 本协议未尽事宜，经双方协商一致，可签订补充协议，效力等同于本协议。

第八十条 本协议一式二份，甲乙双方签字盖章后生效，各执一份。本协议的最终解释权归甲方所有。

甲方：

××医保经办机构（签章）

法人代表：（签名）

乙方：

××医疗机构（签章）

法人代表：（签名）

年 月 日

年 月 日