南通市定点医疗机构医疗保障服务协议

（2025版）

（征求意见稿）

甲方（医疗保障经办机构）：

医疗保障经办机构代码：

法定代表人：

地址：

邮政编码：

联系电话：

乙方（定点医疗机构）：

定点医疗机构代码：

法定代表人：

地址：

邮政编码：

联系电话：

年 月

为加强和规范医疗保障定点医疗机构管理，提高医保基金使用效率，保障参保人员合法权益，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》《医疗保障基金使用监督管理条例》《社会保险经办条例》《医疗机构管理条例》《江苏省医疗保障条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《江苏省医疗机构医疗保障定点管理实施细则》《关于印发江苏省基本医疗保障定点医疗机构服务协议范本的通知》等法律法规规章和相关政策要求，经甲乙双方协商一致，自愿就医疗保障服务有关事宜签订如下医保协议，并承诺共同遵守。

第一章 总则

第一条 甲乙双方应当认真贯彻国家、省以及本统筹地区医疗保障、卫生健康、中医药、市场监管（药品监管）、深化医药卫生体制改革等相关法律法规和政策规定，依照本协议约定，履行职责、行使权利、承担义务，保证参保人员享受医疗保障待遇。

第二条 乙方为职工基本医疗保险（含职工大病保险）、城乡居民基本医疗保险（含城乡居民大病保险）、生育保险、医疗救助以及医疗保障部门管理的其它医疗保险参保人员（以下统称“参保人员”）提供的医疗保障服务（含生育保险，下同），适用本协议（含本统筹地区、跨统筹地区参保人员）。

第三条 乙方为参保人员提供医疗服务的范围包括：□急诊、□普通门诊、□普通门诊统筹、□门诊特殊病、□“双通道”管理的医保药品、□居民高血压、糖尿病、□住院，其他： 。乙方所提供的医疗服务应当符合卫生健康部门、中医药主管部门许可的诊疗科目和执业范围。

协议履行过程中，因乙方《医疗机构执业许可证》准许范围发生变更、医疗保险诚信服务信用等级发生变动，或者其他导致乙方为参保人员提供医疗服务范围发生的变化的，按照变化后的范围为参保人员提供医疗服务。

第四条 甲方行使以下权利：

（一）按照法律法规规章政策及协议内容对乙方开展协议管理；

（二）掌握乙方的运营管理和医保基金使用情况，从乙方获得医保费用审核结算、会计核算、医保绩效考核、协议履行核查所需要的信息数据等资料，以及药品、医用耗材、医疗服务项目数量和价格等数据资料；

（三）接入乙方医院信息系统（包括但不限于HIS、PACS、LIS系统，下同）；

（四）通过远程获取或查询端口开放的形式，获取审核和监管所需数据及支持数据的记录凭证并保护患者隐私，包括但不限于影像记录、扫码记录，以及银行卡、微信、支付宝及其他非现金方式收款记录；

（五）对乙方履行医保协议等情况进行医保绩效考核；

（六）按医疗保险诚信服务信用等级管理有关规定对乙方实行分级管理；

（七）调查、处理乙方违约行为，发现乙方存在违反医保协议约定情形的，根据医保协议约定采取相应处理；

（八）对乙方申报的医疗费用进行审核，对乙方及其工作人员的医疗服务行为和相关医疗费用进行检查；

（九）聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助对乙方开展稽核检查；

（十）督促乙方履行协议、查处乙方违约行为，根据协议约定，给予乙方约谈、督促其限期整改、暂停拨付、不予支付、追回费用、扣除质量保证金、要求支付违约金、中止相关责任人员或者所在部门涉及医保基金使用的医药服务、中止协议、解除协议等处理；

（十一）向医疗保障行政部门、上级医保经办机构、卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等以及社会公众，通报或公开乙方或乙方内部科室、人员履行医保协议、医保支付资格管理记分、违法违规违约行为处理以及医保绩效考核、信用评价等相关情况，并要求乙方以甲方认可的方式公开相关情况；

（十二）通过多种方式获取乙方医药费用相关的行政处罚信息；

（十三）对医务人员开展医保支付资格管理；

（十四）要求乙方按期完成需要乙方配合的医保改革任务；

（十五）法律法规和规章规定的其他权利。

第五条 甲方履行以下义务：

（一）贯彻医保政策规定，加强医保基金管理，维护参保人员合法权益；

（二）按时与乙方签订医保协议、规范医疗服务行为、明确违约行为及其责任，向社会公布签订、中止、终止及解除医保协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址等；

（三）制定完善经办规程，为乙方提供优质高效的医疗保障经办服务；

（四）对乙方申报的医疗费用进行审核；

（五）按医保协议约定和总额预算管理要求，及时足额向乙方拨付医保费用；

（六）向乙方提供医保信息平台与乙方有关的数据集和接口标准；

（七）对乙方开展医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，为乙方提供医疗保障咨询、查询服务；

（八）在条件允许时，向乙方推送涉及药品、医药耗材和参保人员等医保支付相关的风险提示；

（九）明确支付方式、支付标准、数据质量、审核结算、协议履行核查、考核评价、协商谈判等事项；

（十）与乙方建立总额预算指标确定、费用支付、审核结算相关的协商机制，对乙方的意见建议及时接受、解答、解释说明；

（十一）对作出的违约处理结果向乙方进行解释说明；

（十二）遵守个人信息保护和数据安全有关制度，保护乙方商业秘密及涉及乙方诊疗相关的数据信息；

（十三）法律法规规章规定的其他义务。

第六条 乙方行使以下权利：

（一）按医保协议约定及时足额获得应由甲方支付的医保费用；

（二）要求甲方履行协议；

（三）对支付管理政策提出意见建议，对争议费用与甲方沟通、申辩，或提请同级医疗保障行政部门协调处理；要求甲方对不予支付的费用进行解释说明；对符合条件的病例提出特例单议；对医保支付方式核心要素等提出意见建议；

（四）要求甲方对乙方作出的违约处理结果进行解释说明，对甲方的核查及处理进行陈述、申辩；对处理结果仍有异议的，有权向同级医疗保障行政部门提请协调处理；

（五）对甲方履约情况进行监督，举报或投诉甲方及工作人员的违法违纪违规行为；

（六）甲方违反医保协议的，有权要求甲方纠正或者提请同级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；

（七）对完善医保协议提出意见建议；

（八）及时获知医保政策、费用结算流程等调整情况；

（九）要求甲方提供医保信息平台数据集和接口标准；

（十）法律法规规章规定的其他权利。

第七条 乙方履行以下义务：

（一）在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识；

（二）乙方名称、法定代表人、主要负责人或者实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模（包括床位数量变动）、机构性质、等级、类别和重新核发医疗机构执业许可证或者诊所备案凭证等重大信息变更时，应当自有关部门变更确认之日起30个工作日内向甲方提出变更申请，其他一般信息变更应当及时书面告知，同时乙方应在国家医保信息业务编码标准数据库同步变更信息；

（三）依据法律法规、医保政策、诊疗规范和本协议约定，按照医疗执业许可、资质，为参保人员提供符合医疗保险诚信服务信用等级管理规定的，合理、必要的医疗服务；

（四）加强医保医师管理，规范医疗服务行为，提高服务质量，合理使用医保基金，维护参保人员健康权益；

（五）根据甲方要求，公布甲方对乙方或乙方内部科室、人员的考核结果；

（六）根据甲方提供的风险提示，共同防范欺诈骗保行为；

（七）严格遵守医疗保障、卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门有关政策和管理要求；

（八）受到卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门医药费用有关的行政处罚的，在行政处罚决定书送达之日起5个工作日内，向属地医疗保障行政部门报送行政处罚相关信息；

（九）定期检查本单位医保基金使用情况，及时纠正不规范行为；

（十）在国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台按照医疗保障信息业务编码等标准和要求，及时对医疗机构、医师、护士、药师等医务人员登记、备案、变更的相关信息进行动态维护。按要求及时维护医保目录数据库和药品、医用耗材、医疗服务项目价格数据库等；

（十一）建立有第三方责任意外伤害参保人员就医审核备案制度，配合甲方做好有第三方责任意外伤害参保人员就医登记核实等相关工作；

（十二）建立医保管理、财务、统计、信息和基金使用等内部管理制度，健全考核评价体系，参加由医疗保障行政部门或经办机构召开的医保会议，以及组织的宣传和培训，在本机构组织开展医疗保障相关制度、政策的培训，为群众提供医保政策宣传、咨询服务；

（十三）主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员，实施医保管理、开展打击欺诈骗保等政策宣传、公布咨询电话，提供咨询服务；100张床位以上的医疗机构设立的医保管理部门应为一级科室，牵头负责落实医保有关工作，有独立办公场所，配优配足专职工作人员；

（十四）按照甲方要求设置医保服务站，配优配足工作人员，满足参保人员院端办理医保业务的需求；

（十五）执行实名就医购药，核验参保人员有效身份凭证，如实向参保人员出具费用单据和相关资料，规范票据管理；

（十六）按甲方要求以实时联网或定期报送等形式如实提供医保费用审核结算、会计核算、医保绩效考核、协议履行核查、财务记账等医保协议管理所需信息，如实报送药品、医用耗材的采购价格和数量，并对其真实性以承诺书形式做出承诺（承诺书样本附后）；按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息；配合甲方做好数据监控、视频监控、生物识别等日常医保监管工作；

（十七）严格规范医疗收费，公示医药价格与收费标准，向社会公开医药费用及费用结构等信息。公布医保投诉举报渠道，及时处理举报投诉问题，接受社会监督；

（十八）遵守数据安全有关制度，保护参保人员个人信息，确保医保数据安全；

（十九）按照医疗保障部门要求，配合推进各项医保改革任务；

（二十）法律法规规章规定的其他义务。

第八条 甲乙双方应当严格落实国家、省及本统筹区有关的政策法规。双方有权监督对方执行相关政策法规和履行职责的情况，举报或者投诉对方工作人员的违法违规违约行为，向对方提出合理建议。

第二章 医疗服务管理

第九条 甲方应为乙方实现参保人员直接结算医保费用提供必要的支持。

乙方应向参保人员提供医保相关的解释、咨询服务，以及参保人员在本机构医疗费用和医保基金结算相关的查询服务或查询渠道。

乙方应严格遵循医疗保障、卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门有关规定，合理检查、合理用药、合理诊疗、规范收费，为参保人员提供合理、必要的医疗服务，合理使用医保基金，控制医疗费用不合理增长，减轻参保人员个人负担。

第十条 甲方应指导乙方做好基本医疗保险、生育保险药品、医用耗材、医疗服务项目等目录（以下简称“医保目录”）的对应工作。

乙方应当严格执行医保目录对支付范围、支付标准等的要求，根据甲方提供的信息，及时更新维护医院医保目录和支付标准。乙方超出医保目录范围、限定支付范围、药品法定适应症等的费用，甲方基本医疗保险基金不予支付。乙方应当保证参保人员知情同意权，提供医保基金支付范围以外的医药服务的，须经参保人员或者其近亲属、监护人签字同意确认，急诊、抢救等特殊情形除外。乙方向参保人员提供超基本医疗保险支付标准的药品、医用耗材、医疗服务项目和设施，应如实告知参保人员，未告知或未经参保人员（或者其近亲属、监护人）同意的，不得向参保人员收取超支付标准部分的费用。乙方应当为参保人员提供查询服务或者渠道，并负责解释工作。乙方应当严格控制参保人员医保目录外医药费用比例，年度参保人员住院医保目录外医药费用（不包括职工住院自费补充保险基金支出费用）占住院总费用的比例控制在8%以内。

乙方应落实合理用药主体责任，优先配备使用医保目录药品，并建立本机构药品配备与《基本医疗保险药品目录》（以下简称《药品目录》）联动机制，在新版《药品目录》实施后1个月内召开专题药事会，结合临床用药需求，及时对本机构用药目录进行调整和优化，不得以总控指标、医疗机构用药限制、药占比、次均费用、基药占比等理由，减少《药品目录》内药品的合理配备、使用。

乙方为基层定点医疗机构的，配备的《药品目录》内药品品种，应满足参保人员基本用药需求。

第十二条 乙方应当规范临床用药管理，鼓励医师优先选用《药品目录》内甲类药品、基本药物、通过一致性评价的品种以及集中招标采购中选药品。医保统筹基金支付的药品使用，应当符合药品法定适应症及医保限定支付范围，并按规定程序经过药师或执业药师的审查。

第十三条 乙方应当做好口腔、康复、推拿、理疗等诊疗登记工作，登记内容包括参保患者信息、治疗项目、治疗部位、治疗时间、治疗医师或技师等，记录至少保存2年。应按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、检验检查报告、治疗记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料。

第十四条 乙方严格按照有关规定购进、使用、管理药品和医用耗材并建立管理制度。全流程记录药品、医用耗材的购进、使用、库存（以下简称“进销存”）以及追溯码等信息，建立电子台账，留存凭证和票据。乙方进销存台账中的药品和医用耗材相关信息数据应与实际情况一致，并实现相关信息数据可追溯。甲方有权接入乙方医院信息系统查询上述原始信息。

台账记录内容包括但不限于通用名称、医保信息业务编码、剂型（型号）、规格、生产厂商（中药材标明产地）、供货单位、有效期、批准文号、数量、价格、批号、生产日期、购进日期等信息。

第十五条 参保人员就医时，乙方及其工作人员应当执行实名就医管理规定，核验参保人员的有效身份凭证，做到人证相符。乙方应建立代配药登记制度，对门诊就诊参保人员因特殊原因需要委托他人代为购药的，履行代配药手续，如实登记参保患者的身份信息、代配药时间、代配人身份信息、代配人与参保人员关系、联系方式等，核验委托人和受托人的有效身份证明，并要求代配人在登记本上签字确认。乙方根据甲方统一部署逐步实行代配药登记电子化。乙方不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，发现证件无效、人证不符的，不得进行医保结算，并及时通报甲方。

基层医疗机构（一级医院、社区卫生服务中心（乡镇卫生院）、社区卫生服务站（村卫生室）、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。

第十六条 乙方应为参保人员享受门诊统筹待遇提供便利条件。

第十七条 乙方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。乙方为门诊就诊参保人员开具的药品符合处方管理相关规定的，医保基金按规定予以支付。乙方应当执行处方外配相关规定，支持参保人员凭处方到定点零售药店购药，外配处方不得受乙方库存药品限制；乙方应按照医保有关规定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。

第十八条 甲乙双方严格执行国家医保谈判药品（以下简称“国谈药”）有关政策，落实国谈药“双通道”管理规定，及时配备、合理使用国谈药，保证参保人员能够及时享受到相关待遇。

乙方要切实按照国谈药“双通道”管理及单独支付药品经办规程，细化流程，做好诊断确认、用药申请、开具处方、复查评估、用药指导、信息报送等工作。严格按照“双通道”管理药品的医保限定支付范围，审核国谈药“双通道”管理药品的待遇申请，把好国谈药“双通道”管理药品准入关。按规定分别将信息录入南通市特药管理信息系统及南通市医疗保险信息平台。

对确无法配备的，乙方要按照“双通道”管理规定及时为参保人员提供处方外配服务，不得要求参保患者院外自费购买国谈药“双通道”管理药品。乙方不得以医保总额预算、医疗机构用药目录数量限制、医保绩效考核、已纳入“双通道”管理等为由，影响临床必需国谈药品的配备，乙方应做到应配尽配，合理使用。

第十九条 经药品监督管理部门批准，乙方配制和使用的医疗机构制剂，以及经批准其他医疗机构配制的可以在乙方调剂使用的制剂，按相关规定纳入医保基金支付。

第二十条 乙方应当按照临床路径、诊疗规范为参保人员提供诊疗服务，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务，造成医保基金不合理支出。

第二十一条 乙方应严格执行入院、出院和重症监护病房收治标准，按规定及时为符合入院指征的参保人员办理住院手续及医保登记，为符合出院条件的参保人员办理出院手续，为转院的参保人员办理出院登记，及时结算医疗费用。乙方不得以医保支付、管理政策为由，推诿拒收参保患者、转嫁参保人员医疗费用、降低参保人员医疗服务质量、减少合理和必要的药品及治疗，或要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院。不得为不符合入院指征的参保人员办理住院治疗。参保人员住院期间，因病情需要在本机构内转科治疗的，乙方不得以医保管理为由要求参保患者中途办理出院结算手续。公立医疗机构病房床位数有变动的，经卫健部门核准后，应及时向医保部门报备。民营医疗机构参照执行。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%。定点护理院收治住院参保患者的卧床率不得低于60%。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。

乙方不得分解住院、挂床住院，不得以发放实物、发放卡券、返还现金等名义，降低入院标准，诱导参保人员住院。对分解住院所涉及费用，按50%认定为违规费用。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，乙方应做好解释工作，自通知其出院之日起，停止医保费用结算，并向属地医保经办机构出具相关书面材料备查。

乙方不得以病组或病种费用限额为由，要求参保患者院外购买或自备药品、医用耗材，要求患者出院或减少必要的医疗服务。

乙方不得以转嫁住院费用为目的，诱导参保人员在住院期间到门诊就医、另设账号缴费，或者到其他医药机构进行诊治、购买药品、医用耗材等。参保人员住院期间，因病情需要确需发生的外购药品、医用耗材、诊疗服务等费用，由乙方计入本次住院费用结算，纳入乙方医保总额预算。

乙方不得以医保定点名义或者字样从事商业广告、促销或者义诊活动等。

乙方不得为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利。

第二十二条 乙方应当按照卫生健康部门相关要求为参保人员建立住院和门诊病历，并按规定时限妥善保存。住院病历医嘱、病程记录、检查结果、诊断、治疗单记录与票据、结算清单等相吻合，与实际使用情况相符合。

第二十三条 乙方提供异地就医直接结算服务的，应严格执行异地就医直接结算相关规定，做好政策宣传及异地就医直接结算服务，为异地就医参保人员提供与本统筹地区参保人员一致的医疗服务。乙方提供的异地就医医疗服务情况，甲方纳入本统筹地区统一管理和考核。

乙方应当建立健全双向转诊转院制度，按规定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，具备异地就医转诊资质的定点医疗机构应认真做好异地转诊申请的审核把关、备案、信息录入、政策宣传及资料归档工作。对符合转诊转院条件，未及时转诊转院、信息录入有误或政策宣传不到位等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。转诊转院备案申请材料应按规定保存10年。

第二十四条 乙方提供门诊特殊病病种、居民高血压糖尿病、“双通道”药品待遇认定服务的，应严格执行医疗保障部门规定的认定标准进行认定，医疗保障部门未明确认定标准的，应执行卫生健康部门相关认定标准，不得出具虚假认定资料或者将不符合条件的参保人员纳入相关病种的门诊待遇范围。不得超出乙方《医疗机构执业许可证》准许范围，为参保人员办理待遇备案手续。对符合待遇申请条件的，未及时办理备案手续、信息录入有误或政策宣传不及时等造成参保人员损害的应承担相应的责任。对不符合待遇申请条件的，乙方应做好解释工作。医疗保险门诊特殊疾病、居民高血压糖尿病医疗保障待遇备案申请材料应按规定保存10年。因乙方原因造成的医保基金损失的，由乙方承担。

第二十五条 乙方不得重复收费、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收费，不得将应当由医保基金支付的医疗费用转嫁参保人员自费结算，不得将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算。

第二十六条 乙方诊疗记录应当真实、准确、完整、清晰（收治意外伤害患者（含自费病人）时，应载明意外伤害的时间、地点、原因、过程等，在自费转医保时应当认真审核备案）。病历相关信息应与实际情况相符，并与票据、结算清单等相吻合。检验检查须有结果记录，并做好诊疗相关检验检查报告存档工作。

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、意外伤害等医疗费用的医保管理制度，按规定做好医疗信息记录、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。

第二十七条 患者就医时，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医疗保障凭证就医的，乙方应告知并提醒参保人员及时用医疗保障凭证就医结算。应使用医疗保障凭证结算而未用的，乙方须负责及时协调并使用医疗保障凭证就医结算。

乙方应加强对参保人员自费入院转医保住院结算的审核，出入院日期必须准确录入、上传并与病历一致，不符合医疗保险待遇享受规定的费用，医保基金不予结算。

第二十八条 乙方为实行医保基金总额付费的紧密型县域医共体，应当落实医保基金使用内部监督管理责任，建立健全内部考核机制，加强医疗费用增长率、医保报销比例、基层就诊率、县域内基金支出比例、县域内基层医疗卫生机构医保基金占比等方面的考核。

第二十九条 乙方应按规定建立医保服务站，健全相关管理制度，配备专人、设置专窗，严格落实首问负责和一次性告知的工作机制，不得推诿拖延、敷衍塞责，按规定做好医保政策法规宣传、政策咨询、经办服务等工作，为参保人员提供高质量的医疗保障服务。

第三十条 依托乙方设立的 （互联网医院名称），提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，由甲方与乙方实体定点医疗机构按规定进行结算。乙方提供的“互联网+”医疗服务，其总额预算纳入乙方实体定点医疗机构统一管理。总额预算的计算因素应考虑“互联网+”医疗服务发生的医疗费用和药品费用。

依托乙方设立的互联网医院具备条件的，可联合本统筹地区定点零售药店构建在线复诊、处方流转、在线支付、线下配送的就医购药模式，便利参保人员门诊就医购药。

第三十一条 乙方应保证互联网诊疗平台参保人员注册和就诊信息的真实性、准确性，完整保留就诊人员互联网诊疗过程中的电子病历、电子处方、购药记录等信息，实现就医诊疗、处方开具、处方流转、费用结算、药品配送等全程可追溯。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，乙方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。

依托乙方设立的互联网医院应提供医保移动支付服务，应为参保人员提供电子票据、电子发票或及时邮寄纸质票据；应依托医保电子凭证（医保码）进行实名认证，确保参保人员真实身份；应核验参保人员为复诊患者，掌握必要的就诊信息；应建立在线处方审核制度，加强处方管理，保障合理诊疗、用药；乙方医院信息系统应能区分常规线下医疗服务业务和“互联网+”医疗服务业务。

甲方可运用音频、视频、图文等形式查验乙方“互联网+”医疗服务接诊医生真实性，乙方应为甲方查验提供条件并配合查验。

第三十二条 参保人员在本统筹地区依托乙方设立的互联网医院复诊并开具处方发生的诊察费和药品费，可以按照统筹地区医保规定支付。提供符合规定的“互联网+”医疗复诊服务，按照公立医院普通门诊诊察类项目价格收费和支付。发生的药品费用比照线下医保规定的支付标准和政策支付。提供药品配送服务的费用不纳入医保支付范围。

第三十三条 乙方应当提供整洁、规范、优良的诊疗环境，严格按照卫健部门批准的诊疗科目和手术范围进行诊疗，不得超出《医疗机构执业许可证》准许范围或者执业地址开展医疗服务，超出规定范围的项目医保基金不予结算。

第三章 费用结算

第三十四条 甲方与乙方建立沟通协商机制，就服务内容、付费方式、结算标准等相关事宜进行沟通协商。

第三十五条 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；属于参保人员个人承担的费用，由参保人员直接与乙方结算。

乙方应于每月7日（节假日顺延）之前，按规定做好医疗保险医疗费用刷卡结算数据的对账工作，每月20日（节假日顺延）前按规定完成上月医疗费用固化表、结算表的认证，确保数据真实准确，因对账不准确导致的后果由乙方承担。未按规定开展对账工作的，甲方可采取约谈相关负责人、暂缓支付结算款等措施。

第三十六条 甲方根据医保政策规定开展医保基金总额预算管理，完善预算办法、健全管理机制，科学合理确定医保基金年度总额预算指标，开展总额预算指标执行情况考核评价。甲方与乙方建立医保基金风险共担机制，根据基金运行情况，对乙方合理超支给予适当补偿；对乙方不合理超支，甲方不予分担。

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、中止医保协议等措施。

乙方应健全控费工作机制，严格执行医疗保险基金总额管理相关规定，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。不得因费用管控意识不强，以总量指标超支为由，年度内发生推诿拒收病人、降低服务标准、年度医保基金挂账、突击控费等行为，情节严重或限期整改后仍达不到规定要求的，甲方可视情况对下年度总量指标予以调减。

乙方应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。

第三十七条 甲方根据乙方上年度医保费用使用等相关情况，结合实际，可以向乙方预拨一定额度预付金，缓解其资金运行压力。在突发疫情等紧急情况时，可按国家、省规定预拨专项资金。

第三十八条 甲方结合统筹地区实际，推行多元复合式医保支付方式改革，乙方应予以配合。双方沟通协商后，甲方可开展按项目、按疾病诊断相关分组（DRG）、按床日、按人头等支付方式。乙方应配合甲方落实按疾病诊断相关分组（DRG）支付方式改革要求，做好医疗费用结算清算工作。

第三十九条 乙方应当加强病案管理，严格按照《医疗保障基金结算清单填写规范》要求，规范填写清单信息和病案首页，建立医疗保障基金结算清单质量控制制度，上传医保信息平台的数据应经过本机构内质控。乙方实行按床日付费方式结算的，应按规定上传按床日付费结算特殊标识、病种编码等相关信息，确保数据真实准确。因数据上传时间、标准等不符合规定，造成的医保基金损失由乙方承担。

第四十条 为确保乙方严格履行医保协议，提高医疗服务质量，维护医保基金安全，经甲乙双方商定，甲方预留拨付乙方费用的5%，作为当年度医保服务质量保证金。

第四十一条 乙方向临床检验中心、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且具有独立法人资质的医疗机构购买医疗服务的，应符合行业主管部门相关法律法规和政策规定，并按规定签订合作协议，于合作协议签订之日起3个工作日内报甲方备案，符合医保支付范围的，甲方按规定与乙方结算。

乙方购买医疗服务应按照乙方医疗机构等级，执行我市公立医疗机构医疗服务项目收费政策，及时向社会公示向第三方购买的医疗服务项目清单、收费标准、承接检测机构信息等，接受社会监督。

乙方应做好诊疗相关检验检查报告存档工作。建立外送检测项目遴选及质量管理相关制度和流程，完整保留提供第三方服务的医疗机构外送检测结果、检验检查报告、票据等相关资料备查，确保申请结算的费用合理、准确、真实。

乙方不得采取虚构提供第三方服务的医疗机构服务的方式套取或骗取医保基金。

第四十二条 乙方应加强内部科室和医务人员的管理，加强建立本机构医保管理部门与医务、财务等部门联动机制，建立医保费用内部审核制度，健全考评体系，开展内部自查，加强本机构内部医保费用审核，定期对本机构发生的医保费用进行分析。

第四十三条 乙方应当按要求向甲方申报医保费用，如实提供医疗费用结算单据和相关资料，并留存结算清单、票据、出院诊断证明等相关资料备查，确保申请结算的材料完整、真实。

乙方不得将处于中止医保协议期间的医疗机构、不具备医保结算资格的分支机构或者其他机构的医疗费用纳入申请医保结算范围。

第四十四条 甲方对乙方申报的费用应建立规范的初审、复审两级审核机制。通过医保信息系统实现对乙方申报的费用进行100%全覆盖初审，初审发现的疑似违规费用应当通过调阅病历、现场核查等方式核实。对初审通过的费用采取随机抽查方式进行复审，其中住院费用的抽查比例不低于总量的5%。

第四十五条 甲方建立智能监控制度，对乙方申报的医保费用进行智能审核，乙方应当配合甲方开展医保智能审核工作，根据甲方要求，配备必要的设备，做好医院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。乙方应确保提交给甲方申报资料的真实性、合规性和完整性，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。

甲方在费用审核中，发现乙方疑似违法违规违约行为及费用，应当通过调阅病历、现场核查等方式进行核实；审核查实的违法违规费用，应当拒付。甲方反馈给乙方的违约行为及疑似违约行为，乙方应当及时核实反馈，确属违约的应及时整改纠正，且不得影响参保人员结算。

乙方应加强日常视频监控管理，发现参保人员存在违规行为的，应主动向甲方基金监管部门反馈。

第四十六条 乙方应执行全市统一的药品、医用耗材、医疗服务项目等的医保支付标准。

第四十七条 甲方应按规定及时与乙方结算医保费用，原则上应当在乙方申报医保费用后30个工作日（遇系统停机等特殊情况顺延）内拨付符合规定的医保费用。相关医保费用需进一步调查核实的，可暂缓支付，且暂缓时间原则上不得超过30个工作日。甲方超出约定时限不予拨付的，乙方可提请同级医疗保障行政部门协调处理。甲方以银行转账的方式向乙方拨付医保费用。

第四十八条 甲乙双方对医疗费用审核结果存在争议的，可提请同级医疗保障行政部门协调处理。

第四十九条 甲方建立并完善基金收付对账机制，与乙方定期核对账目，并与乙方开展年终清算。

双方完成费用清算后甲方不予支付的费用，乙方不得作为医保欠费处理，应在收到清算资金15个工作日内将应由自身承担的医疗费用完成账务处理。

第五十条 经核实后属于违规费用的，甲方不予支付；已经支付给乙方的，乙方应按要求及时退回。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。

第五十一条 乙方与参保人发生医疗纠纷并涉及医保基金使用的，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支付。经鉴定确认乙方有责任的，乙方责任范围内医疗费用由乙方承担。

第四章 医药价格与集采

第五十二条 乙方应执行或承诺执行医疗保障行政部门制定的医疗服务价格项目和价格政策，包括项目名称、项目内涵、计价单元、收费方式和价格水平等。对于实行市场调节价的医疗服务价格项目，乙方应按照公平合理、诚实信用、质价相符的原则，自主合理制定医疗服务价格，做好公开公示，并加强同地区同层次医疗机构比价。

第五十三条 乙方为公立医疗机构（含军队医疗机构）的，执行药品（中药饮片除外）和医用耗材零加成销售政策，按照不高于医药采购平台价格向参保人员提供治疗所需要的药品和医用耗材。乙方为非公立医疗机构的，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，应承诺不得高于同统筹地区公立医疗机构价格水平；提供未在医药采购平台挂网的药品和医用耗材的，应承诺不得明显高于同统筹地区其他医疗机构价格水平。

第五十四条 乙方向参保人员提供药品、医用耗材、医疗服务和服务设施时，不得实行不公平、歧视性高价，不得以高于非医保患者的价格收费。

第五十五条 乙方应在显著位置如实公开公示所提供的药品、医用耗材、医疗服务和服务设施的价格，自觉接受社会监督和行政监管。

第五十六条 乙方所使用的药品、医用耗材应当严格执行规定的采购政策。按照医疗保障部门制定的阳光采购政策要求，做好药品、医用耗材网上采购、议价、回款等工作；严格执行集中带量采购和使用相关规定，保证完成约定采购数量。乙方应当按要求如实向相关部门报送药品、医用耗材的采购价格和数量等相关数据。

第五十七条 乙方为公立医疗机构（含军队医疗机构）的，所使用的药品、医用耗材应当按规定在江苏省医疗保障信息平台招采管理系统（以下简称省平台）上采购；乙方为二级及以上非公立医疗机构的，应承诺执行和公立医疗机构相同的采购政策，在省平台采购药品和医用耗材，逐步扩大至其他非公立医疗机构；

乙方应严格执行集中带量采购和使用相关规定，根据临床需要精准报量，积极开展网上采购、议价采购，保证完成约定采购量。优先使用集中带量采购中选的药品和医用耗材，不得以任何理由拒绝中选产品进入本机构配备使用。乙方应当按要求如实向统筹地区医疗保障部门报送药品、医用耗材的采购价格和数量等相关数据。医疗保障部门按规定对乙方药品、医用耗材的采购和使用情况进行考核。

第五十八条 甲方未对集中带量采购药品、医用耗材开展医保基金与企业直接结算的，按规定向乙方预付资金。乙方应当按规定与企业结算货款，不得拖欠企业货款，不得变相延长回款时间，并向医疗保障部门报送集中带量采购中选的药品和医用耗材货款结算情况。

第五章 医保信息系统

第五十九条 甲方应向乙方提供医保信息系统接口标准、接口规范。乙方应当落实专人负责医疗保险信息系统管理工作，严格按照甲方提供的接口标准和规范，做好本机构医保信息系统建设和日常维护工作，专职管理人员应及时报甲方备案。医保信息系统接口标准、接口规范变更或者新增时，乙方需按甲方要求，在规定的时限内完成本机构系统改造。乙方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，甲方不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

甲方有权要求乙方提供本机构信息系统接口标准并获得接入乙方信息系统和获取系统数据的权限。

第六十条 甲方应当按照国家、省统一要求，组织做好国家医保信息业务编码标准数据库的应用和动态维护工作，并及时通知乙方做好更新维护，乙方应当予以配合。

乙方应在本机构内信息系统中应用国家医保信息业务编码及数据库信息。基本信息、医师、护士等信息变更时，应按规定时限进行维护。乙方应当将药品和医用耗材、医疗服务项目等国家编码嵌入到定点医疗机构院内信息系统中，应用于进销存、处方、医嘱以及费用明细等环节。因乙方信息维护不及时、对应不正确，导致相关医疗费用未能纳入医保基金支付的，由乙方自行承担。

第六十一条 乙方应配合医疗保障部门依托全国统一的医保信息平台，推进医保电子处方中心落地应用，按甲方要求提供进销存系统对接接口；乙方应配合做好电子处方流转、进销存电子管理系统、药品追溯码采集与医保信息平台的对接。应开通线上就医的医疗机构，应做好移动支付系统与医保信息平台的对接。乙方应及时、准确上传进销存台账记录，且应与本协议要求台账记录内容包括的信息项目一致。

第六十二条 乙方应当按照甲方要求配置必备的医保费用结算设备，支持参保人使用医保电子凭证（医保码）、社会保障卡、身份证和医保业务综合服务终端等联网结算医疗费用。就医建档、预约挂号、缴费扣款、检查检验、药房取药、报告打印、病历查询和自助机等重点业务场景支持使用医保码。乙方应当加强对医保业务综合服务终端的管理，不得转借或者赠与他人，不得改变使用场地，因乙方管理使用不当造成的损失由乙方自行承担。

第六十三条 甲方应为乙方对接国家医疗保障信息平台智能监管子系统提供支持，对医药服务行为实时提醒，帮助乙方减少违法违规行为的发生，鼓励乙方结合实际拓展监控内容。乙方应明确专人负责使用院端医保智能监控系统，加强事前、事中管理，因乙方工作需要，须对系统进行调整的，应向甲方提交书面申请，双方协商解决。

第六十四条 乙方应按甲方要求使用指定的医保交互系统，做好医保交互系统的网上申报、业务办理等工作。甲方通过CA平台发放通知、告知书等，在告知机构后超5个工作日未认证的，视为已认证。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达。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。

第六十五条 乙方应按规定及时向医保信息平台传送参保人员医保审核结算、医保基金监管所需信息、数据，并及时传输医疗保障基金结算清单等信息，对其真实性、准确性负责。特殊情况不能及时传输的，应在故障排除后24小时内上传。乙方应按要求向医保信息系统传送全部就诊人员基本信息、费用信息、电子票据信息等相关信息。乙方应按照要求，开展数据治理工作，规范上传医保相关数据，因数据上传不准确造成的不良影响，由乙方承担并妥善处理。

第六十六条 乙方应当完善医疗机构相关信息系统，配备必要的设施设备，报甲方备案后与医保信息平台有效对接。乙方应确保对接医保信息平台的网络、设备与互联网物理隔离，与其它外部网络联网时采用有效的安全及隔离措施，医保信息数据同步存储备份。乙方将未在甲方备案的执业点连接具备医保联网条件线路的，应提前10个工作日向甲方报备。因系统升级、软硬件损坏等原因重新安装本地系统时，应向甲方备案，经甲方重新验收后方可与医保信息平台对接。

第六十七条 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，协调做好医保信息系统的安全工作，不得泄露参保人员参保就医信息，确保做好信息数据安全保密。乙方落实网络安全主体责任不到位，落实医保网络“专网专用”、医保服务终端“专机专用”、终端安全防护等要求不到位，对甲方网络与信息系统造成安全威胁的，或造成医保数据泄漏风险的，甲方可在通报乙方的同时，视情况采取网络安全隔离与威胁阻断措施，暂停医保联网结算，待乙方网络安全整改到位、安全威胁解除后，恢复医保联网结算功能。乙方应与信息系统管理、使用、开发、运维、服务等相关人员签订数据安全与保密协议，应对相关人员做好安全背景调查。涉及使用医保相关数据进行科学研究、人工智能建模、系统测试等场景应用时，应当落实数据安全脱敏要求。乙方应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相关信息记录；

2.定点医疗机构服务信息；

3.乙方从甲方获取的其它相关信息：包括但不限于乙方用于提供系统技术资料、参数代码、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。

无论本协议中止、终止或解除，本条款持续有效。

第六十八条 甲乙双方应当制定应急预案，一方信息系统出现故障并影响参保人员就医结算的，应及时通知对方启动应急预案，保障参保人员合法权益。在故障排除前，乙方应按应急预案，实行现金结算，保障参保人员正常就医就诊，并在故障排除后，及时通知参保人员医保结算补记费用。

第六章 医保绩效考核

第六十九条 甲方应建立并完善医保协议履行核查制度，依法依规开展日常审核、专项检查和重点核查等。甲方或甲方委托的符合规定的第三方（包括但不限于机构、组织、检查组等，下同），依法依规以定期、不定期形式对乙方履行医保协议情况进行核查。核查范围和对象可延伸至乙方的内部科室和医务人员。

甲方或者委托的第三方实施协议管理核查时，应当确保检查人员不少于2人，并主动表明身份、出示工作证件。核查工作不得妨碍乙方正常工作秩序，不得泄露乙方的商业秘密以及调查过程中涉及的相关个人信息，不得将工作中获取、知悉的乙方相关资料或者信息用于医保管理以外的其他目的。

乙方应当积极配合核查，按要求提供相关资料（含电子数据），确保提供的资料真实、准确、完整，不得拒绝、阻碍核查或者谎报、瞒报。核查完毕后，甲方应及时将核查结果以书面形式反馈乙方。乙方在保留申诉权利的前提下，须对核查结果当场签字确认并加盖公章。拒绝签字或盖章的，核查人员应在核查结果上注明。

第七十条 甲方实施协议管理核查期间，发现乙方涉嫌违反本协议约定，可能对医保基金安全、参保人员权益造成重大风险的，甲方有权暂停拨付乙方医保费用（含已结算但尚未支付的费用），直至核查结束。查证属实的，甲方依据本协议约定进行处理。

第七十一条 甲方在已支付的医疗费用中，发现乙方虚假申报或者申报费用不符合医保基金支付规定的，甲方有权要求乙方清退，乙方未清退的，甲方在结算时应当予以扣除。涉及违法违规的，按相关规定处理。

第七十二条 甲方或其委托的符合规定的第三方按照医保绩效考核有关政策规定，对乙方开展医保绩效考核（包括各类专项考核，下同），并以适当形式反馈医保绩效考核结果，医保绩效考核结果与年终清算、预留质量保证金分配、协议续签、诚信服务信用等级管理、医保基金预付、公立医院绩效考核等挂钩。

第七十三条 甲方可视情况通过公开途径将医保绩效考核、医保支付资格管理记分、医保基金监督检查和行政处罚结果向社会予以公示，有权要求乙方将相关结果在乙方服务场所予以公告。

第七十四条 甲方根据乙方履行医保协议情况、医保绩效考核结果等，与乙方清算质量保证金。

甲方通过智能审核、人工审核等方式发现乙方违规违约行为较多、情形较重或造成医保基金损失较大的，可在5%的基础上适当增加预留的质量保证金比例；乙方协议履行核查、医保绩效考核结果优秀的，非公立医疗机构在省平台采购药品耗材金额、采购集采药品耗材金额分别占本医疗机构药品耗材采购总金额50%、15%以上的，甲方可在5%的基础上适当降低预留的质量保证金比例。

乙方因违反本协议约定应当向甲方支付违约金的，可以从乙方质量保证金抵扣；不足抵扣的，由乙方补足。

第七十五条 甲方按医疗保险诚信服务信用等级管理有关规定对乙方实行分级管理，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。乙方应按照医疗保险诚信服务信用等级规定的服务范围和基金使用范围提供医保服务。

第七十六条 经查实，乙方及其工作人员存在骗取医保基金等违法违规行为的，甲方可提请医疗保障行政部门将乙方及相关人员纳入医保领域失信名单，开展信用管理，并按相关规定进行公开和惩戒处理。

第七章 违约责任

第七十七条 甲方有下列情形，乙方可要求甲方纠正或提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改：

（一）未及时与乙方签订医保协议的；

（二）未按医保协议约定及时足额向乙方拨付医保费用的；

（三）未向乙方提供医保信息平台数据集和接口标准的；向乙方指定与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商的，或向乙方收取任何费用的；

（四）未对乙方提供必要的医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，以及医疗保障咨询、查询服务的；

（五）未对乙方的意见建议及时接收、解答、解释说明的；

（六）未对作出的违约处理结果向乙方进行解释说明的；

（七）未遵守个人信息保护和数据安全有关制度，未保护乙方商业秘密及涉及乙方诊疗相关的数据信息，导致信息泄露的；

（八）工作人员违反工作纪律规定，对乙方造成影响的；

（九）其他违反法律法规和规章及医保协议约定的行为。

第七十八条 经查实，乙方有下列情形之一的，甲方约谈乙方，督促其限期整改，造成医保基金、参保人员损失的由乙方负责：

（一）乙方或乙方工作人员发表关于医保支付、管理政策相关的不当言论，造成恶劣影响的；

（二）未指定部门、配备专（兼）职人员负责医保管理的；

（三）未按要求设置医保服务站，或未按规定做好政策咨询、医保经办服务，造成恶劣社会影响的；

（四）未按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息的；

（五）以医保支付、管理政策为由推诿拒收参保人员的，或者减少服务、降低服务标注，或要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院的；

（六）医疗费用增长明显高于同期同类定点医疗机构平均水平的；参保人员评价住院自费率占比较高的；

（七）以转嫁住院费用为目的，诱导参保人员在住院期间到门诊就医、另设账号缴费，或者到其他医药机构进行诊治、购买药品、医用耗材等的；将应当由医保基金支付的医疗费用转嫁参保人员自费结算的；

（八）未按规定向参保人员如实出具费用单据和相关资料的，未履行知情同意手续的；

（九）公立医疗机构三人间及以上床位数占比低于登记床位数50%时，双人间床位价格未按规定相应降低的。特需病房床位比例超过登记床位数10%的；

（十）未按规定向异地就医参保人员提供异地就医直接结算服务，或者异地就医参保人员的医疗费用明显高于本地同类病例的；

（十一）未优先配备、使用医保目录内的药品、医用耗材、医疗服务项目的；

（十二）非公立医疗机构提供药品、医用耗材、医疗服务项目价格明显高于本地其他医疗机构价格水平；

（十三）未按要求配置医保费用结算设备，不支持参保人使用医保电子凭证、社会保障卡等结算医疗费用的；

（十四）未执行处方外配及电子处方使用管理相关规定，拒绝为门诊就诊参保人员开具处方到定点零售药店购药的；

（十五）未按要求开展医保码全流程应用的；

（十六）未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息的；

（十七）年度参保人员住院医保目录外医药费用占住院总费用的比例异常的；

（十八）无正当理由拒绝为符合条件的参保人员直接结算医保费用的；

（十九）未开展药品、医用耗材进销存管理的，以及未建立药品、医用耗材的进销存电子台账，留存进销存相关凭证和票据的；

（二十）未如实报送药品、医用耗材的采购价格和数量的；未及时维护并在显著位置公示医药价格与收费标准的；未按序时进度完成集采任务，或其他违反集中带量采购和使用相关规定的；未向社会公开医药费用、费用结构等信息的；

（二十一）将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，作为医保欠费处理的；

（二十二）未公布医保投诉举报渠道，或未及时处理投诉举报或社会监督反映的问题的；

（二十三）其他未按医保协议约定落实管理措施，但未造成基金损失的。

第七十九条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第七十七条情形造成社会影响较大的，甲方暂停拨付医保费用（暂停拨付时间至违约行为调查处理结束，乙方整改合格为止），督促其限期整改，整改到位的，暂停拨付期间乙方发生的符合规定的医保费用甲方予以支付：

（一）未按规定及时向医保信息平台上传参保人员医保结算和审核所需信息、数据的；

（二）未按照甲方提供的医保信息平台接口标准进行系统开发、改造及应用的；未按规定使用国家统一的医保信息业务编码的；未做好国家医保信息业务编码标准数据库的应用和动态维护工作的；未按要求及时维护药品、医用耗材、医疗服务项目价格数据库的；未按甲方要求做好院内信息系统与医保信息系统有效对接及提供数据的；因医保信息业务编码维护不及时、对应不正确，以及数据上传不准确、不规范，影响参保人员正常结算或造成结算错误的；

（三）未按规定要求上传药品耗材追溯码的；

（四）对接医保信息平台的网络、设备未与互联网物理隔离，与其它外部网络联网时未采用有效的安全及隔离措施的；未遵守个人信息保护、网络安全和数据安全有关制度，导致医保网络系统遭受攻击、参保人员个人信息或医保数据泄露等网络安全事件的；将医保身份识别设备转借、赠与他人或者改变使用场地的；

（五）未按规定及时向医保信息平台传送参保人员医保审核结算所需信息、数据的；未按规定报送医疗保障基金结算清单的；

（六）未按要求配合推进医保支付方式改革的；

（七）未按要求配置必备的医保监管设备，不配合医保日常监控的；

（八）一般信息发生变更，未书面告知甲方的；

（九）在甲方规定时间内未及时退回违法违规违约费用、支付违约金，或者未按规定归还甲方预付的集中采购货款的；

（十）医保结算与现金结算场所分开设置的；

（十一）应使用医保凭证结算而未用医保凭证结算发生的费用（含自费医疗费用）；

（十二）医保结算异常时，未主动联系医保部门，推诿参保人员向医保部门反馈的；

（十三）被约谈但未在限期内完成整改的；

（十四）对医保患者实行不公平、歧视性高价或其他违反价格法、价格政策的；未履行本协议约定的其他价格相关事项的；

（十五）其他对医保基金拨付造成影响，乙方应予以整改的情形。

第八十条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第七十七条、第七十八条情形且造成医保基金较大损失或社会影响较大的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，乙方按照违规费用的10%支付违约金：

（一）未核验参保人员医疗保障凭证，造成冒名就医的；以套现或者骗取医保基金为目的空刷医疗保障凭证的；

（二）诱导就医或入院、低标准入院等，未严格掌握出入院指征和重症监护病房收治标准，造成医保基金不合理支出的；

（三）未按规范填报医疗保障基金结算清单，高套分组等造成基金损失的；

（四）将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算的；超出医保目录范围、药品法定适应症并纳入医保统筹基金结算范围的；

（五）未如实记录参保患者意外伤害原因或记录不明确，将应由第三方承担的医疗费用纳入医疗保障基金结算的；

（六）分解住院、挂床住院（不在床率超过10%）的；违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务的；重复收费、超标准收费、分解项目收费等违反价格和收费管理有关规定的；串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，以药换物的；

（七）未按规定做好口腔、康复、推拿、理疗等诊疗登记工作的；

（八）未履行代配药手续、代配药信息不实或不完整的；

（九）为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利的；

（十）未按照门诊特殊病、居民高血压糖尿病、“双通道”管理药品待遇认定标准进行认定，或未执行我市门诊特殊病、居民高血压糖尿病医疗保障、“双通道”药品管理相关规定，造成医疗保障基金损失的；

（十一）未按规定正确填报病种和病种编码、主诊断与主手术不符、诊断升级等造成结算标准偏高，高套低靠病种（组）编码的；

（十二）乙方未按规定向参保人员履行目录外药品、医用耗材、医疗服务项目使用，超医保支付标准收费等告知义务的；

（十三）提供的医保结算数据与实际情况不一致的；进销存数据与实际情况不一致，造成医保基金损失的；未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、检验检查报告、治疗记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料，造成无法核实费用发生及结算真实情况的；

（十四）超编设置床位（超核定床位的10%）。该违约行为中，甲方不予支付或追回已支付的医保费用的确定：按医疗机构当日平均每床位发生的基金支付费用×超登记床位数；

（十五）乙方向临床检验中心、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，未按规定报甲方备案，以及未按规定执行价格收费政策的；

（十六）经其他行业监管部门查处，存在医保基金使用不规范行为的；

（十七）其他造成医疗保障基金损失的情形。

第八十一条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第七十九条情形且造成医保基金较大损失或社会影响较大的，或有第七十九条情形以骗取医疗保障基金支出为目的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，给予乙方中止医保协议处理，中止时间不超过180日，中止期间发生的医保费用不予结算（中止协议处理可视情况执行到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），并向社会公布中止医保协议情况，乙方按照违规费用的20%支付违约金：

（一）根据协议履行核查和医保绩效考核，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）不配合费用审核、协议管理检查、绩效考核的；

（三）向甲方及医疗保障行政部门提供的有关数据不真实的；

（四）诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据的；

（五）通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出的；

（六）门诊特殊病病种、居民高血压糖尿病、“双通道”管理药品待遇认定出具虚假认定资料的；

（七）为参保人员套取个人账户资金的；

（八）超出《医疗机构执业许可证》诊疗科目或执业地址开展医疗服务并纳入医保基金支付的；

（九）通过出租、出借执业资质等方式，超出《医师执业证书》规定的执业范围和执业地点开展医疗服务并纳入医保基金支付的；

（十）在医学文书、医学证明等资料中伪造、变造医师签名骗取医保基金的；

（十一）将科室与个人或其他机构合作经营的，或者承包、出租给个人或其他机构的；

（十二）因违法违规行为被媒体曝光，造成重大舆情的；

（十三）擅自移动、改装、变更视频监控设备或破坏视频设备，遮挡摄像头、设置屏障、未经备案改变医保结算处位置、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；

（十四）协议有效期内，累计2次及以上被暂停拨付费用、不予拨付费用、不予支付医保费用、追回已支付的医保费用或者约谈后要求限期整改的未按要求整改或者整改不到位的；

（十五）法律法规和规章规定的应当中止医保协议的其他情形。

第八十二条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第七十七条、第七十八条、第七十九条、第八十条情形且性质恶劣的，或造成医保基金重大损失或社会影响严重的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，给予乙方解除医保协议处理（可视情况执行到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），并向社会公布解除医保协议情况，乙方按照违规费用的30%支付违约金：

（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）为其他定点医药机构、非定点机构或处于中止医保协议期间的机构提供医保费用结算的；

（四）使用无执业资质人员开展医疗服务并将相关费用纳入医保基金支付的；

（五）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、医保绩效考核、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，发现乙方存在重大违法违规行为且造成医疗保障基金重大损失的；

（九）被吊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）法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

第八十三条 对违反医保协议的乙方相关责任人员，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，当记分达到一定分值，暂停或终止相关责任人员医保支付资格和费用结算。

第八十四条 审计、公安、检察院、法院、纪检、卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门发现乙方涉嫌存在重大违法违规行为、影响医保基金安全等情形，向甲方通报后，甲方可对乙方采取暂停医保费用结算等措施。待有关部门调查完结后，查实乙方存在违反协议约定情形的，甲方依据医保协议做出协议处理。

第八十五条 乙方违反《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等相关法律法规或违反医保协议约定，依法应当给予行政处罚的，甲方应移交同级医疗保障行政部门处理。乙方被追究行政、刑事责任的，不影响乙方按照本协议约定承担违约责任。

第八十六条 甲方或乙方及其工作人员违法泄露参保人员个人信息的，或甲方泄露乙方商业秘密的，按有关法律法规处理。

第八十七条 乙方在中止、终止、解除医保协议期间，应在其营业场所显著位置进行公告，并向参保人员解释说明。乙方未公告或解释说明，导致参保人员医疗费用不能纳入医保基金支付范围的，相关责任和后果由乙方承担。

第八十八条 在甲方或者甲方委托的第三方介入核查前，乙方自查发现的违约行为（骗取医保基金行为除外），甲方给予乙方约谈、督促整改、清退违约费用，可不再给予其他协议处理。

第八十九条 协议履行期间，发现并查实甲乙双方在既往协议有效期内有发生违约行为的，在当期执行既往协议有关约定，对乙方的违约处理涉及协议中止、终止或解除的，直接应用于本协议。

第八章附则

第九十条 各县（市、区）经办机构与属地医疗机构签订医保协议，市医保中心与市本级医疗机构签订医保协议。

第九十一条 乙方的名称、床位数、医护人员数、等级、机构性质、经营性质等基础信息应及时在国家医保信息业务编码标准数据库填报并维护。

第九十二条 医保协议履行期间，国家、省法律法规规章和政策发生调整的，从其规定。针对调整部分，甲乙双方应当按照新规定对本协议进行修订和补充，其效力与本协议等同。

甲乙双方可根据统筹区实际、医保管理需要或者医保政策变化及具体结算规定等，签订补充协议或者修订协议，明确相应的权利、义务、违约责任。补充协议为本协议的组成部分，具有同等法律效力。补充协议与本协议约定内容不一致的，以补充协议为准。

第九十三条 续签应由乙方于医保协议期满前3个月向甲方提出申请或由甲方统一组织。甲方与乙方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医保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。因乙方原因协议到期后在规定时间内未续签，再次申请纳入定点医疗机构协议管理的，按新机构申请纳入定点医疗机构协议管理办理。

第九十四条 医保协议履行期内，乙方因停业或歇业等原因可在规定时限内向甲方提出中止医保协议申请，经甲方同意，可以依申请中止医保协议但中止时间原则上不得超过180日，乙方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，原则上本协议自动终止。

第九十五条 有下列情形之一的，终止医保协议：

（一）本协议履行期间，乙方不再符合本统筹地区定点医疗机构确定的基本条件和评估要求的；

（二）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；

（三）乙方主动提出解除医保协议且甲方同意的；

（四）超过本协议有效期，甲乙双方就续签医保协议未达成一致的，或乙方未按甲方要求续签医保协议的，医保协议到期后自动终止；

（五）因不可抗力致使医保协议不能履行的；

（六）法律法规和规章规定的其他情形。

第九十六条 甲乙双方均应履行医保协议约定，监督对方执行有关法律法规规章及协议履行情况。甲乙双方就医保协议签订、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。

第九十七条 甲乙双方中止、终止或解除医保协议的，双方应对在院、出院未结算等参保人员共同做好善后工作。乙方终止或解除医保协议后，不得再悬挂定点医疗机构标识。

第九十八条 本协议有效期自 年 月 日起 年 月 日止。协议期满后，因甲方原因未续签协议前，原协议继续生效。

第九十九条 甲乙双方一致确认本协议中记载的双方通讯地址和联系方式为双方履行协议、解决协议争议时接收对方文件信函的地址和联系方式。

第一百条 第三十条、第三十一条、第三十二条为本协议可选条款，依托乙方设立的互联网医院，且与甲方建立医保协议关系的，第三十条、第三十一条、第三十二条生效，且应在第三十条明确互联网医院名称。

第一百零一条 本协议相关名词解释参照《医疗保障基金使用监督管理条例》释义。

第一百零二条 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（公章）： 乙方（公章）：

法人代表：（签章） 法人代表：（签章）

年 月 日 年 月 日

承诺书

本机构承诺：

本机构向 （甲方全称）提供的 （材料名称）均真实、合法、有效。如有不实之处，愿按照

与 （甲方全称）签订的《南通市定点医疗机构医疗保障服务协议》承担相应的违约责任。

特此声明！

单位盖章：

日 期：