附件1

云南省基本医疗保障定点医疗机构

医疗服务协议范本

（征求意见稿）

甲方（医保经办机构）：

法 定 代 表 人 ：

地 址 ：

邮 政 编 码 ：

联 系 电 话 ：

乙方（定点医疗机构）：

法 定 代 表 人 ：

地 址 ：

邮 政 编 码 ：

联 系 电 话 ：

机 构 编 码 ：

为保证基本医疗保险制度实施，保障参保人员的合法权益，加强医疗保障定点医疗机构管理（含互联网医院），规范医疗服务行为，提高医保基金使用效率，为参保人提供优质医疗服务，构建和谐医、保、患关系，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》、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》及云南省相关政策规定，乙方自愿承担和履行本协议规定的责任和义务。经自愿申请，甲乙双方在自愿、平等、协商的基础上，就医疗保障医疗服务有关事宜签定如下协议。

第一章 总 则

第一条 【基本要求】甲乙双方应当严格执行国家、省、统筹地区有关法律法规规章及政策规定，按本协议约定承担各自责任，履行各自义务。乙方应当为参保人提供合理、必要的医疗服务，甲方应根据管理服务的需要，依据与乙方签订的医疗服务协议规范医疗服务行为，并对协议履行情况开展考核，保证参保人更好享受基本医疗保障服务。

 本协议所称医疗机构包括取得医疗机构执业许可证、中医诊所备案证或经军队主管部门批准有为民服务资质的实体医疗机构（含军队医疗机构），作为上述实体医疗机构第二名称的互联网医院，上述实体医疗机构与第三方机构合作建立的互联网医院以及依托上述实体医疗机构独立设置的互联网医院。

医共体牵头单位作为医共体乙方代表，与甲方签订协议，对医共体内所有医疗机构的医保工作负责。

第二条 【服务对象】乙方为城镇职工、城乡居民基本医疗保障参保人及其他医疗保障人员提供的医疗服务适用本协议。

第三条 【服务范围】乙方所提供的医疗服务应当符合卫生健康部门许可的诊疗科目和执业范围,符合药品、医用耗材、卫生技术等准入要求，并按规定配备与开展诊疗项目相适应的卫生技术人员和服务设施设备。

第四条 【变更要求】协议履行期间，乙方的名称、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个工作日内向甲方提出变更申请，其他一般信息变更应及时书面告知。甲方对乙方的信息变更应在7个工作日内办理完毕。信息变更业务逐步实现网上申报、即时办理。

第五条 【监督建议】甲乙双方应当依照国家、省、统筹地区有关法律法规规章及政策规定，正确行使权利。双方有权监督对方执行有关法律法规政策和履约的情况，举报或投诉对方工作人员的违法违纪违规行为，向对方提出合理化建议。

第六条 【结果处理】甲方可依据监督检查结果，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、预警告知、限期整改、暂停拨付、拒付费用、中止协议、解除协议等相应方式处理，并对已支付的违约医保费用予以追回。

第七条 【机构设置】乙方应当建立健全医疗保障服务管理部门，配备专（兼）职医保管理人员。二级以上（含）医疗机构应单独设立医疗保障管理服务部门并配备专职工作人员。乙方应明确由主要负责人（或法定代表人）对本院医疗保障工作负主要责任，并建立医保管理制度。

第八条 【医保协议医师、药师】甲方应建立医保协议医师、药师等医务人员的管理制度，乙方应配合甲方建立并及时维护、定期更新定点医疗机构医保协议医师、药师等医务人员信息库。甲方对乙方医疗服务行为进行考核，对纳入信息库的医务人员提供医疗服务所发生的符合协议约定的医疗费用予以支付，不符合协议约定的进行拒付处理。

第九条 【信息管理】乙方应建立健全并规范管理医疗保障基础信息数据库，按照甲方要求将参保人发生的诊疗服务和费用数据及其他审核结算所需信息按甲方要求传输至甲方信息系统，并确保信息真实、准确、完整。

第十条 【编码维护】乙方要严格按规定使用国家统一的医保编码，及时进行医保编码标准维护。

第十一条 【诚信教育】甲方应对乙方开展诚信教育，内容涵盖医保政策、经办服务流程、医保信用承诺等宣传，提高乙方诚信意识，依法依规开展医疗服务。

第十二条 【宣传培训】甲方做好对乙方医保政策、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。

乙方应当参加由医疗保障行政部门或甲方组织的宣传和培训，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。

第十三条 【社会监督】乙方应当在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标示，并在本机构的显要位置公布欺诈骗保举报投诉电话，接受参保人和社会监督。

第二章 诊疗服务

第十四条 【基本要求】乙方应严格遵循医疗保障、卫生健康等部门有关规定，按照“因病施治”原则，为参保人提供基本医疗服务，合理检查、合理治疗、合理用药、合规收费，不断提高医保基金使用绩效，控制医药费用不合理增长。

乙方按照诊疗规范向参保人员提供合理、必要的医药服务，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。

第十五条 【身份核验】乙方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，做到人证相符。乙方不得以任何理由收集、留存参保人医疗保障有效凭证。乙方发现证件无效、人证不符的，不得进行医保结算，必要时提请甲方进行核查。特殊情况按甲方有关规定执行。

乙方应加大医保电子凭证、人脸识别等信息化工作推动力度，提升参保人身份核验工作效率，做到人证相符，严格按医疗保险政策兑现待遇。

第十六条 【入出院要求】乙方应严格执行入、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办理住院手续，对符合出院条件的参保人及时办理出院手续，结算医疗保障费用。

乙方不得推诿和拒绝符合入院标准的参保人住院治疗，不得为不符合入院指征的参保人办理住院治疗，不得以甲方指标控制为由，要求未达到出院标准的参保人提前出院或自费住院。参保人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。

符合出院条件参保人拒绝出院的，乙方应自通知其出院之日起，停止医疗保障费用结算，同时将情况及时通知甲方。建档立卡贫困人口县域内就诊实行“先诊疗、后付费”。

第十七条 【诊疗记录】乙方应当按照卫生健康部门相关要求为参保人建立就医病历，并妥善保存备查。诊疗记录应当真实、完整、清晰，化验、检查、用药、治疗等应记录在诊疗记录中，检查、化验须有结果分析。住院医嘱、病程记录、检查结果、诊断、治疗单记录和票据、费用清单等相吻合，按要求传输至甲方，并将相关资料至少留存24个月，以备甲方核查。

第十八条 【院外检查】乙方可与临床检验中心、医学检验中心、病理诊断中心、医学影像诊断中心等第三方服务机构签订协议并报甲方备案，第三方服务机构提供医疗服务所产生的符合医保支付范围和收费标准的相关费用由甲方与乙方结算。

第十九条 【转诊转院】乙方应当建立健全双向转诊转院制度，落实分级诊疗制度。确因医疗技术和设备条件限制需转往外院或本统筹地区以外的医疗机构治疗的，按甲方相关规定办理。对符合转诊转院条件，乙方未及时转诊造成参保人员利益损害的，由乙方承担相应责任。

第二十条 【门诊特殊病、慢性病（以下简称“门诊慢特病”）管理】乙方承担门诊慢特病病种（含高血压、糖尿病用药保障）确认备案的职责，应严格按照门诊慢特病病种相关医学诊断标准进行确认，不得将不符合病种标准的予以认定或出具虚假证明。乙方应加强门诊慢特病患者健康管理，规范诊疗流程和标准，保障药品供应和合理使用，为门诊慢特病患者提供优质服务。

第二十一条 【异地就医】乙方为异地就医定点医疗机构的，应按规定做好异地就医政策宣传，配合甲方开展异地就医转诊备案管理工作，并提供异地就医直接结算服务。乙方应按有关规定为异地就医参保人提供合理的、与本地参保人一致的医疗服务，并执行相关医保异地就医管理规定，异地就医服务纳入甲方监管和考核范围。

第二十二条 【知情同意权】乙方应当保证参保人知情同意权，除急诊、抢救等特殊情况外，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，否则由此发生的医疗费用纠纷，由乙方承担责任。

第二十三条 【费用查询】乙方为参保人办理费用结算及出院手续时，应提供费用结算单、费用清单、有效票据等。乙方应为参保人提供查询服务或渠道，并承担其解释工作。

第二十四条 【外配处方】乙方应执行门诊处方外配制度，满足参保人员外配处方要求。参保人员要求到定点零售药店购药的，乙方不得拒绝、不得指定外配处方定点药店。外配处方应当书写规范、字迹工整，并加盖乙方公章，也可使用电子处方。

第三章 药品、医用耗材和医疗服务项目

第二十五条 【目录管理】乙方应严格按照全省统一的基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录，医用耗材目录，医疗服务项目目录准确对照使用并及时更新；根据本统筹地区的医保支付政策，为参保人提供合理、必要的基本医疗服务；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；建立医保目录外项目使用分析评价制度。超出目录及支付标准的费用，甲方不予支付。

第二十六条 【药品耗材采购】乙方按有关规定执行集中采购政策，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。

乙方应确保医保目录内药品、医用耗材的供应，保存真实完整的购进和使用记录，建立进销存电子台账，留存相关凭证。购进记录一般应包含通用名称、编码、剂型（型号）、规格、生产厂商（中药材标明产地）、有效期、批准文号、数量、价格、批号、生产日期等信息，确保其使用的可追溯性。甲方可以根据医保管理需要调查了解上述信息，并向乙方的医院管理系统调取有关数据。

第二十七条 【用药要求】乙方应当采取措施规范用药管理，纳入医保报销的用药应遵循药品说明书，执行目录内药品限定支付范围规定并留存用药依据，鼓励医保协议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，优先选用集中招标采购中选药品。不得要求住院患者到院外购买药品目录内药品。

第二十八条 【用药管理】乙方应建立医疗机构药品目录与医保目录调整联动机制，根据功能定位、临床需求和诊疗能力等及时调整、配备、合理使用国家医保目录药品。不得以医保总额控制、医疗机构用药目录限制、药占比等为由影响目录内药品的配备、使用。细化采购、使用、结算等各项管理措施。严格执行目录内药品限定支付范围，加强使用管理，对费用高、用量大的药品要进行重点监控和分析，并做好对参保患者的医保政策宣传解读工作。

第二十九条 【谈判药品】乙方应落实谈判药品相关政策，畅通谈判药品进院渠道，建立健全管理机制，及时有效保障供应，细化谈判药品采购、使用、结算等各项管理措施。乙方不得以‘药占比’、门诊次均费用增幅、门诊次均药品费用增幅、住院次均费用增幅、住院次均药品费用增幅为由影响药品的采购、供应和合理用药需求。

第三十条 【收费标准】乙方为非营利性医疗机构的，应当按照省、市（州）药品、诊疗项目及医疗服务项目、医用耗材和价格收费标准等规定收费；乙方为营利性医疗机构的，对参保患者提供在医保支付范围内的医疗服务项目、耗材、药材及收费标准，按照同级别非营利性医疗机构的医疗收费项目和标准执行，超出部分甲方不予支付；对参保患者提供医保支付范围外的医疗服务项目、耗材和药材，甲方不予支付。

第三十一条 【医疗机构制剂】乙方经药品监管部门批准生产和使用的医疗机构制剂，按相关规定限于乙方及特定医疗机构使用。

第三十二条 【康复项目】乙方使用物理治疗与康复项目、中医诊疗项目、精神科诊疗项目、口腔科治疗等项目应严格掌握适应症，病程记录应明确记录辅助检查的必要性并有结果分析。乙方应建立治疗台账，明确记录治疗部位、次数、疗程和治疗目的等，并保留相关资料备查。

第三十三条 【合理检查】乙方应严格掌握各种检查和治疗项目使用的适应症和禁忌症。不得将大型仪器检查项目、临床“套餐式”检查、特殊检查等作为常规检查。应当合理利用参保人在其他医疗机构所做的检查化验结果，避免因不必要的重复检查而增加参保人负担。

第三十四条 【监督检查】甲方要加强对医保药品、高值耗材、治疗项目使用情况的监督检查。建立医保医疗服务智能监控系统和医保药品、高值耗材、治疗项目使用监测分析评价体系，重点监测用量大、费用高、辅助治疗作用的药品、耗材和诊疗项目，保障医保基金安全。

第三十五条 【药品监控】乙方应建立重点监控药品目录，完善重点监控药品定期监测评价和超常预警制度，合理确定药品使用范围，科学设置预警标准。统计分析重点监控药品使用信息，对临床使用异常增量的药品及时分析查找原因，制定预警干预措施并监督实施。对重点监控药品目录实行动态管理，适时调整。

 第三十六条 【信息报送】乙方应按要求及时向甲方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，并对其真实性负责。乙方应当按要求如实向甲方报送药品、耗材的采购价格和数量。

乙方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。

第四章 互联网医院服务

第三十七条 【开展备案】乙方属于依托实体医疗机构独立设置互联网医院或与第三方机构合作建立互联网医院的，应当向甲方提交合作建立互联网医院的协议书（加盖乙方印章的复印件）备案，协议书发生变更、解除或终止时，应于变更、解除或终止后10个工作日内书面告知甲方。

第三十八条 【管理要求】乙方应建立互联网医院医保业务管理机构（部门），配备管理人员和技术人员，制定完善互联网医保规章制度，规范医疗行为，加强医保基金使用审核。同时，加强“互联网+”医保服务政策宣传，准确解读相关政策。

第三十九条 【系统建设】乙方应按照国家和省有关医保互联网技术标准规范，做好与医保信息系统对接，实现处方流转和医保线上支付；接入医保智能监控系统，实现事前提醒、事中审核、事后监督等全过程监管，确保做到合理诊疗、合理用药，提高医保基金使用效益。

第四十条 【人员管理】乙方应加强对医保协议医师、护士和药师等医务人员的管理，建立互联网医保协议医务人员基础数据库，实行动态管理，做好身份认证和智能监控,对互联网医务人员身份的真实性、医疗行为的安全性负责。

甲方应将乙方互联网医保协议医务人员统一纳入定点医疗机构医保协议医务人员信息库，实行线上线下统一标准、统一考核，对互联网医保协议医务人员的诊疗行为进行规范和约束。

第四十一条 【风险评估】乙方应建立在线复诊患者风险评估与突发状况预防处置制度，对不适宜在线诊疗服务的，应引导患者到线下实体医疗机构就诊。

第四十二条 【服务管理】乙方须按规定为参保人员建立和妥善保存电子病历、在线电子处方、购药记录等信息，做到诊疗电子病历、处方流转、购药、配送医药上门等全程留痕，实现全过程可追溯。

第四十三条 【支付范围】乙方提供的互联网复诊费、处方续方发生的政策范围内的药品费用等经甲方确认后，按规定纳入医保支付范围。

第四十四条 【支付标准】乙方的药品销售价格不得高于实体医疗机构药品价格；对于集中采购的药品，销售价格执行采购平台挂网价格。药品配送上门的，配送费用需以明确清晰的方式告知参保人员，配送费用医保不予支付。

第四十五条 【处方管理】乙方应遵守处方管理工作有关规定和相关诊疗规范，根据患者情况，开具电子处方。原则上复诊续方的药品品种不超过首诊处方，病情需要时，可由医师在公布的医保目录范围内调整处方。

互联网医保协议医师在线开具处方后，应由专职药师在线进行处方审核；也可通过合作方式，由具备资格的第三方平台、机构药师进行审核，审核合格后方可向患者配售药品。

第四十六条 【医保支付】乙方发生的符合医保规定的医疗费用，试运行期间（原则上2年），甲方暂实行按项目付费。

通过“互联网+”开展家庭医生签约服务的，按照服务包签约内容和标准提供服务和结算费用。

按规定纳入基本医疗保险支付范围的医药费用，执行乙方所依托的实体医疗机构的结算政策。按规定应由个人负担的费用，乙方应具备实现使用个人账户资金线上支付、第三方支付等条件。

乙方发生的医药费用，应纳入省互联网医保支付监管平台，审核后按规定结算拨付。符合医保支付范围内的费用由甲方按规定拨付给乙方；通过处方流转发生的药品费用，由第三方药品配送企业供应配送的，甲方与药品配送企业直接结算。

定点营利性互联网医院提供的“互联网+”复诊服务，参照定点非营利性互联网医院的价格和支付政策进行结算。

第四十七条 【异地就医】省内异地居住、工作的参保人员，在办理长期异地就医备案后，可以在其居住地或工作地的互联网医院复诊、续方和线上结算，乙方为此类人员提供医疗服务的，按照参保地报销政策进行结算，医保目录执行就医地规定。

通过互联网医院发生的跨省异地就医费用，按国家有关规定执行。

第四十八条 【信息管理】本着有利于互联网医院发展的原则，乙方应严格执行信息安全和医疗数据保密的有关法律法规，妥善保管患者信息，不得非法买卖、泄露患者信息；乙方应通过协议等方式明确与其合作的第三方平台、机构在信息安全、数据保密等方面的义务。乙方在提供网上诊疗服务时，因乙方原因造成敏感数据泄露等损失的，由乙方承担相应责任。

第四十九条 【数据维护】甲方应做好“互联网＋”医疗服务价格项目信息管理工作，与“互联网+”医保发展相关的服务项目经批准和核定价格后，甲方应及时增补更新维护数据库，并指导乙方做好目录对应使用工作。

第五十条 【患者权益】乙方医保协议医师和药师应严格遵守互联网医院工作规范和管理制度，认真执行互联网医疗保险政策规定，遵守医德医风，与患者保持良好沟通，保障患者知情同意权，维护患者合法权益。

第五十一条 【系统改造】乙方因互联网业务系统升级、调试等原因，需要按计划暂时停止网上诊疗服务的，应选择适当的时间，并提前在网站上予以公告，尽可能减少对参保人员的就医影响。

第五章 信息系统

第五十二条 【人员配备】乙方应当指定部门及专人负责医保信息管理，明确工作职责，合理设置管理权限，并将专职管理人员名单报甲方备案。甲方应当根据需要组织乙方专职管理人员进行业务培训。

第五十三条 【设施设备要求】乙方应当具备必要完善的医院信息系统（即HIS系统），配备医保联网相关的设备设施，经甲方验收系统合格后实现与医保信息系统有效对接；乙方与甲方连接的信息系统在与其他外部网络联网时要采用有效的安全隔离措施，保证乙方的网络与互联网物理隔离。乙方因系统升级、更换硬件等原因重新安装信息系统时，需到甲方备案，并经甲方重新验收后方可与医保信息系统对接。

未经甲方允许，乙方不得将定点范围以外或未向甲方备案的终端设备接入医疗保障信息网络。

乙方应按照要求规范使用视频监控、实名制监管系统。

第五十四条 【基础数据库建设】甲方按照国家和省要求建立医保药品、医用耗材、医疗服务项目、疾病病种、医疗机构基本情况、医保协议医师等基础数据库，按规定执行国家统一编码。乙方应做好编码对接和维护工作。基础数据库信息需乙方提供的，乙方应当准确真实提供，并做好院内信息系统与甲方数据信息准确对应。

甲方更新的医保数据库应及时通知乙方，乙方应当及时更新维护本地系统。

第五十五条 【信息传输】乙方确保向甲方提供与医保有关的材料，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，不得人为篡改作假。参保人员发生的医疗服务、药品、耗材和费用数据（含自费）应即时传输至甲方信息系统。

 第五十六条 【信息安全】甲乙双方应当严格遵守国家、省及本统筹地区信息系统安全管理的相关规定，建立信息安全体系，采取有效措施保护参保人信息。

第五十七条 【应急预案】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就医的，须启动应急预案并及时通知对方，保障参保人就医。

第六章 医疗费用审核结算

第五十八条 【编码使用】甲方使用国家医保局发布的医保版疾病诊断、手术操作分类代码与乙方进行结算，乙方使用医保版疾病诊断、手术操作分类代码上传出院患者病案首页数据。

第五十九条 【收费标准】乙方应当严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策。未经批准的项目不纳入医保支付，不得套用、提高收费标准或分解收费。

乙方应遵守执行价格有关法律法规和医疗服务价格项目规范，公示所有医药价格与收费标准。

第六十条 【费用申请】乙方应按甲方规定的程序与时限，向甲方申报医保费用，并留存相关资料备查。乙方应针对医保费用建立诊疗科室、医保管理服务部门、院领导负责的三级审核制度，确保申请结算的材料真实，费用合法合规。

未经甲方批准，乙方不得将新增执业地、分支机构或其他机构的医疗费用纳入申报结算范围。

乙方不得为非定点医疗机构提供医保结算。

第六十一条 【费用结算】乙方应按规定为参保人及时结算医疗费用。实时结算时，参保人只需按规定交纳应当由个人承担的费用，乙方应当开具医疗收费专用票据。无特殊情况，乙方不得要求参保人员部分或全额现金结算属于医保统筹基金或医疗救助基金支付的医疗费用。其余合规费用由甲方按统筹地区付费方式有关规定向乙方进行结算支付。

医共体牵头单位应按有关规定对其成员单位进行医疗费用结算，按甲方要求定期将医共体医保拨付资金流向情况报告甲方，并定期提供医共体专户银行对账单复印件，积极配合甲方对拨付医共体的医保资金流向进行监管。

甲方可在年度中期或年终清算方案中对预算额度作适当调整，并根据医保基金运行情况和乙方总额控制情况结算。

第六十二条 【费用审核拨付】甲方可通过智能审核、人工复审和组织第三方专家评审等方式对乙方申报的医疗费用进行审核，发现乙方申报费用有不符合医保支付规定的，应告知乙方并说明理由。乙方应在规定时限内向甲方做出说明，逾期不说明的，甲方可拒付有关费用。甲方可根据实际情况进行进一步核实，对核实的不合理费用，甲方按规定进行扣减。甲乙双方建立基金收付对账机制，定期核对账目。

自乙方提出结算申请之日起，甲方应于30个工作日内向乙方拨付应由医保基金支付的医疗费用。双方应积极完善结算系统，实现单据系统内上传。

为保证乙方严格履行协议，确保医疗服务质量，维护医保基金安全，甲方可按一定比例对确认的按期拨付费用进行预留，作为质量保证金，根据年度考核结果支付。

第六十三条 【智能审核】乙方应配合甲方对申报的结算数据开展智能审核工作。设定智能审核规则时，甲方应征求乙方的意见，规则启用前告知乙方。

第六十四条 【采购回款】乙方采购集中带量采购的中选药品、医用耗材，从收货验收合格到付款不得超过30天。

第六十五条 【预付金】甲方可对符合条件的医疗机构建立预付金制度，根据乙方上年度医保费用总额指标预拨一定额度预付金。

第六十六条 【激励约束机制】甲方应按照风险共担原则，建立健全基金动态调整及激励约束机制。

对医保拒付费用、超出预算或总额控制金额等且不应由甲方分担的费用，乙方不得作为欠费处理。

第六十七条 【指标调整】因发生重大政策调整、影响范围较大的突发事件、乙方服务量增幅较大等情况导致医保费用变化较大的，甲方可按规定调整结算指标。

第六十八条 【纠纷费用处理】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，相关医疗费用甲方有权暂不予支付。经鉴定确认乙方有责任的，乙方责任范围内的医疗费用甲方不予支付，已经支付的，乙方应予以退回。

对于乙方信息维护对应不正确发生的错误费用，由乙方承担。

第六十九条 【违规费用处理】甲方在已支付的医疗费用中，发现乙方虚假申报或违反规定的，甲方有权追溯并对违规费用进行扣除，涉嫌欺诈骗保的，按相关法律法规规定处理。

第七章 协议监督

第七十条 【基本要求】甲乙双方按照国家、省、统筹地区相关规定，共同管控医保医疗服务，互相监督，根据协议约定严格履行各自职责，服务参保人，保证基金安全。

甲方对乙方纳入医保支付范围的的医疗服务行为和医药费用进行稽查审核（含紧密型医共体中所有医疗机构），乙方对甲方按协议约定支付医疗保障待遇或者费用进行监督。

第七十一条 【考核机制】甲方或委托第三方机构对乙方有关医疗保障的各项指标、医疗保障政策、国家组织药品集中采购结算结余留用资金及协议履行情况等进行考核，考核结果可与本年度质量保证金返还、年终清算、预付金拨付、次年总额指标和协议续签等挂钩。

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纳入监督考核，违约行为按本协议相关条款处理。对其他统筹地区医保部门委托甲方对乙方实行稽查审核的，乙方应予以配合。

第七十二条 【内部管理及内审】乙方应加强内部科室和医务人员的管理，防止服务不足和过度医疗，保证服务质量和参保人权益。不得以医保费用为原因推诿拒收病人，不得将超过指标控制的医疗费用转嫁给参保人。

乙方应根据本协议的要求建立院内医疗费用管理制度，建立健全考核评价体系，定期检查医保基金使用情况。对内部科室和医务人员提供的医保费用定期进行分析审核。

第七十三条 【费用审核】甲方可利用医保智能审核等技术手段审核乙方医疗费用，如发现乙方有界定清楚的违规行为，甲方可直接进行处理；甲方发现乙方可能涉嫌违约时，应及时与乙方复核，乙方应当及时处理，不得影响参保人结算。

第七十四条 【稽查审核】甲方对乙方履行医保服务协议情况进行稽查审核，并将检查情况反馈给乙方。

乙方应自觉接受甲方的监督检查，对甲方在稽查审核中查阅、复制、提取有关资料及询问当事人等予以配合，确保向甲方提供的资料真实、准确、完整。乙方对稽查审核结果保留申诉权的前提下，对稽查审核结果应当场进行签字确认。对乙方提供的资料，甲方应当予以保密。

除暗访、举报投诉核实外，乙方有权利全程监督甲方监督检查过程，并对甲方的不合理、不合约监督检查行为提出质疑，甲方在监督检查过程中，应认真记录乙方质疑，做出合理解释。

甲方可委托第三方机构对乙方履约情况进行稽核检查。

第七十五条 【信用评价】甲方根据医保基金监管信用评价指标对乙方进行诚信考核，确定信用等级和“红黑榜”，并按照相关规定进行处理。

乙方涉嫌骗取医保基金的，甲方应提请医疗保障行政部门将乙方纳入医保领域失信联合惩戒对象名单，并按相关规定进行行政处罚。

第七十六条 【结果通报】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。

第八章 违约责任

第七十七条 【甲方违约】甲方有下列情形之一的，乙方可要求甲方采取措施纠正，也可提请医疗保障行政部门督促甲方整改：

（一）未及时告知乙方医保政策和管理制度、操作流程变化情况的；

（二）未按协议约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）其他违反法律、法规的行为。

第七十八条 【乙方轻度违约】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并限期整改等处理：

（一）医疗费用异常增长的；

（二）未按甲方要求提供资料的；

（三）未按规定向参保人提供费用明细清单、出院结算单、有效费用票据等资料或不履行知情同意手续的；

（四）未及时处理参保人投诉和社会监督反映问题的；

（五）未遵守国家、省及本统筹地区关于药品或医用耗材集中采购和使用管理规定的；

 （六）未按规定履行医共体牵头单位职责；

（七）其他未按协议要求落实管理措施。

第七十九条 【乙方一般违约】乙方有下列违约情形之一的，甲方视情节轻重可予以暂缓或不予拨付费用、不予支付或追回违约费用、要求支付违约金、扣除质量保证金、核减总控指标额度、中止履行协议等处理：

【医保服务资质方面】

（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的；

（二）将科室承包、出租或以其他方式交给个人或其他机构经营、管理的；

（三）未建立医疗保障基金使用管理制度或管理制度不健全、管理混乱的；

（四）发生第一章总则第四条变更内容，未在有关部门批准变更之日起30个工作日内向甲方履行变更备案手续的；

【诊疗服务方面】

（五）未有效核验参保人医保就医凭证，造成被他人冒名顶替就医的；

（六）拒绝为符合刷卡条件的参保人刷卡就医，或拒收、推诿病人，减少服务、限定医疗费用或降低服务标准的；

（七）开展虚假宣传、违规减免自付费用、返现回扣、赠送礼品等方式，诱导参保人医疗消费的；

（八）为参保人套取个人账户资金的；

（九）分解住院、挂床住院或将不符合入院指征的参保人收治入院，造成医疗保障基金不合理支出的；

（十）收治外伤住院病人时，病历不真实记录受伤原因或记录不明确，将应由第三方承担的医疗费用纳入医保支付的；

【药品和诊疗项目方面】

（十一）违反用药管理规定，超限定使用范围及适应症用药，将无指征超疗程或超剂量用药等纳入医保结算范围的；

（十二）参保人出院带药超量，带检查或治疗项目出院的；

（十三）违反诊疗规范为参保人过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药及提供其他不必要的医疗服务，造成医疗保障基金不合理支出的；

（十四）违反有关部门规定配置使用医疗仪器设备、增加床位等，并纳入医保基金支付的；

【医疗费用结算方面】

（十五）药品或医用耗材等违反规定加价销售或违反其他价格规定的；

（十六）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；

（十七）发生重复收取、分解收取、超标准收取费用，套项目收费，打包收费，自立项目收费的；

（十八）违反甲方规定，诱导参保人在住院期间到门诊缴费、药店购药或另设自付账号交费的；

（十九）对乙方按协议应分担的合理超支医疗费用、违规扣除费用等，未按财务会计制度规定及时销账的；

【信息传输方面】

（二十）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，或未按甲方要求上传信息的；

（二十一）未按规定保管财务账目、记账凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等涉及基金使用相关资料，未进行信息化管理并按要求传输相关数据或不能做到账账相符、账实相符的；串换医保药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施的；

（二十二）乙方提供的票据、费用清单、处方、医嘱、检查结果、诊断及病程记录等不吻合，或与实际使用情况不一致的；

（二十三）未按要求提供相关资料，拒绝、阻碍稽查审核的；

【其他方面】

（二十四）未按规定履行医共体牵头单位职责，造成基金轻度损失的；

（二十五）经其他行业监管部门查处，存在与医保基金支付有关的违法违规行为的；

（二十六）串换医保药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施等；

（二十七）为参保人出具门诊慢特病虚假认定证明的；

（二十八）其他造成医疗保障基金损失的行为或违反本协议约定的行为的。

第八十条 【乙方严重违约】乙方发生本协议第八十五条中行为且性质恶劣，造成医疗保障基金重大损失或社会影响严重的，或乙方有下列违约情形之一的，甲方有权做出解除协议处理，对已支付的违约费用予以追回，并按约定支付违约金并扣除履约保证金等决定，如涉嫌骗取医保基金的，提请医保行政部门实施行政处罚：

（一）为非定点医疗机构（与定点医疗机构签订合同报医保经办机构备案的第三方服务机构除外）或处于暂停协议期间的医疗机构提供医疗费用结算的；

（二）被吊销、注销《医疗机构执业许可证》的；

（三）提供虚假材料等不正当手段，成为协议定点或续签协议的；

（四）拒绝、阻挠或不配合医保部门开展必要监督检查，情节恶劣的；

（五）未按规定履行医共体牵头单位职责，造成基金严重损失的；

（六）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障相关数据，或医疗保障结算数据与实际不符的；

（七）诱导或者协助他人冒名或者虚假就医、住院，提供虚假证明材料，串通他人虚开医药费用票据；

（八）通过伪造、变造、隐匿、恶意涂改、擅自销毁医疗文书、医学证明、财务票据或凭证、电子信息等，虚构基金支付的；

（九）涉嫌为参保人骗取基本医疗保障基金提供方便；

（十）存在其他经医保部门、卫健部门、公安机关、检察机关、纪检监察等查实的欺诈骗保行为或其他造成严重后果或重大影响违约行为的。

第八十一条 【医共体违约】医共体内医疗机构违约处理按照第七十八条、七十九条、八十条相关规定处理，违约医疗机构负有主要责任，牵头单位负有连带责任。

第八十二条 【医保协议医师违规处理】定点医疗机构医保协议医师有违反服务协议的，可给予警告；情节较重的，暂停其提供医疗保障服务3个月至1年；情节严重的，暂停其提供医疗保障服务1年至2年；情节特别严重的，终止其提供医疗保障服务。

第八十三条 【科室违规处理】乙方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。

第八十四条 【失信惩戒】经查实，乙方具有骗取医保基金等违规行为的，甲方可提请有关部门将乙方纳入医保领域失信联合惩戒对象名单，并按相关规定进行处理。

第八十五条 【信息泄露处理】甲方或乙方违规泄露参保人信息的，按有关法律法规规定处理。

第八十六条 【移交处理】乙方违反协议约定，涉嫌欺诈骗保的，甲方应当提请医疗保障行政部门进行行政处罚。涉嫌违法犯罪的，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。

第八十七条 【违规互认机制】乙方与除甲方以外的多个医疗保障经办机构签订服务协议，因违法违规被其他医疗保障经办机构给予协议处理或者被各级医疗保障行政部门给予行政处罚的，如经甲方查实，乙方违法违规行为符合本协议约定处理条件的，甲方可以根据本协议对乙方予以处理。

第八十八条 【违约处理】乙方存在违约行为的，甲方可对乙方及相关责任人员进行约谈，要求乙方限期整改，并可通报乙方违约行为。

第九章 协议的中止与终止

第八十九条 【协议中止情形】乙方有下列情形之一的，本协议中止履行：

（一）主动提出中止协议且经甲方同意的；

（二）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；

（三）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；

（四）根据医保协议约定应当中止医保协议的；

（五）法律法规和规章规定的其他应当中止的情形。

中止服务协议时间原则不得超过180日，乙方在协议中止超过180日后仍未继续履行协议的，协议自动解除。

第九十条 【协议终止情形】乙方有下列情形之一的，本协议终止，并由甲方向社会公布解除医保协议的乙方名单：

（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）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）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，发现乙方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）主动提出解除医保协议且经甲方同意的；

（十三）根据医保协议约定应当解除医保协议的；

（十四）法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

第九十一条 【解释说明】乙方请求中止、解除医保协议或不再续签医保协议的，应提前3个月向甲方提出申请。乙方为公立医疗机构的，不得主动提出中止或解除医保协议。

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。

第十章 附 则

第九十二条 【效力约定】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。针对调整部分，甲乙双方应当按照新规定对本协议进行修改和补充，其效力与本协议等同。

互联网医院在执行本协议第四章规定外，其他相关规定执行其所依托实体定点医疗机构的协议规定。国家出台互联网医院医保定点协议文本后，按国家规定执行。

第九十三条 【意思表示】甲乙双方确认：已认真审阅本协议所有条款并完全了解其具体内容和含义，本协议所有条款均属双方平等且完全协商一致而达成，不存在任何欺诈、胁迫或乘人之危的情形，协议签订后双方均自觉遵守履行。

第九十四条 【争议处理】乙方对协议履行过程中发生争议的，可通过协商解决；协商未果的，可以申请同级医疗保障行政部门进行协调处理；对协调处理结果不服的，可依法申请行政复议或直接提起行政诉讼。

第九十五条 【补充协议】甲乙双方可根据本地区实际情况、医保管理需要或者医保政策变化，签订补充协议。补充协议为本协议的组成部分，具有同等法律效力。

第九十六条 【协议有效期】本协议有效期自 年 月 日起至 年 月 日止。

第九十七条 【协议的生效与备案】本协议一式三份，甲乙双方签字盖章后生效，各执一份，另一份送乙方所在地医疗保障行政部门存档。

第九十八条 【生育保险、医疗救助】乙方为生育保险参保人等甲方管理服务的医疗保障对象提供医疗服务的，参照本协议执行。

甲方（公章）： 乙方（公章）：

法定代表人（签章）： 法定代表人（签章）：

年 月 日 年 月 日