

定点医疗机构医疗保障 服务协议范本

(2024 版)

甲方（医疗保障经办机构）：

法定代表人或委托代理人：

地址：

邮政编码：

联系电话：

乙方（医疗保障定点医疗机构）：

法定代表人或委托代理人：

地址：

邮政编码：

联系电话：

为加强和规范医疗保障定点医疗机构管理，规范医疗服务行为，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》《医疗机构管理条例》《医疗保障基金使用监督管理条例》《社会保险经办条例》《基本医疗保险用药管理暂行办法》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等法律法规规章和有关规定，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 甲乙双方应当严格执行国家、自治区、统筹地区有关法律法规规章及政策规定，按本协议约定履行职责、行使权利、承担义务，保障参保人员依法享受医疗保障待遇。

第二条 乙方为职工基本医疗保险(含职工大额医疗费用补助)、城乡居民基本医疗保险(含城乡居民大病保险)、生育保险等参保人员，以及医疗救助对象(以下统称“参保人员”)提供医疗保障服务(含生育保险服务，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 经甲乙双方协商，乙方所提供的医疗服务应当符合卫生健康行政部门、中医药主管部门许可的诊疗科目，乙方为参保人员提供的医疗服务范围包括_____：

(一)门(急)诊；

(二) 住院;

(三) 其他。

第四条 甲方享有以下权利:

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

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

(三) 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等;

(四) 对乙方履行医保协议等情况进行医保绩效考核;

(五) 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;

(六) 向卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门以及社会公众, 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考核结果;

(七) 通过多种方式获取与医药费用有关的行政处罚信息;

- (八)对医务人员开展医保支付资格管理;
- (九)要求乙方按期完成需要乙方配合的医保改革任务;
- (十)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)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;
- (二)对乙方申报的医疗费用进行审核;
- (三)按医保协议约定及时足额向乙方拨付医保费用;
- (四)向乙方提供医保信息平台数据集和接口标准;
- (五)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;
- (六)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;
- (七)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;
- (八)与乙方建立费用支付、审核结算相关的协商机制,对乙方的意见建议及时接收、解答、解释说明;
- (九)对作出的违约处理结果向乙方进行解释说明;
- (十)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;
- (十一)法律法规和规章规定的其他义务。

第六条 乙方享有以下权利:

(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)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；

(三)要求甲方对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，有权向医疗保障行政部门提请协调处理；

(四)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；

(五)甲方违反医保协议的，有权要求甲方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；

(六)及时获知医保政策、费用结算流程等调整情况；

(七)要求甲方提供医保信息平台数据集和接口标准；

(八)法律法规和规定的其他权利。

第七条 乙方履行以下义务：

(一)在显著位置悬挂统一定点的医疗机构标识；

(二)根据甲方要求，展示甲方对乙方或乙方内部科室、人员的考核结果；

(三)根据甲方提供的风险提示，共同防范欺诈骗保行为；

(四)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;

(五)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按照与甲方约定的时限向医疗保障行政部门报送行政处罚相关信息;

(六)定期自查本机构医保基金使用情况,及时纠正不规范行为;

(七)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、护士等医务人员登记、备案、变更的相关信息进行动态维护;

(八)参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训,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;

(九)按甲方要求以实时联网或定期报送等形式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;

(十)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、费用结构等信息;

(十一)公布医保投诉举报渠道,及时处理投诉举报问题,接

受社会监督;

(十二) 遵守数据安全有关制度, 保护参保人员个人信息, 保障医保数据安全;

(十三) 工作人员应为参保人员提供必要的门诊、住院导医服务, 方便患者就医、诊疗和医保报销;

(十四) 参保患者需到区内其他定点医疗机构进行检查治疗时, 应于检查治疗前为参保人员办理外检外治手续并登记备案;

(十五) 按照医疗保障部门要求, 配合推进各项医保改革任务;

(十六) 法律法规和规章规定的其他义务。

第二章 医疗服务

第八条 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。

第九条 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。

乙方应严格执行医保目录对支付范围、支付标准等的要求，乙方超出医保目录范围、药品法定适应症等的费用，甲方统筹基金不予支付。

乙方应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，根据《药品目录》调整结果及时对本机构用药目录进行调整和优化。乙方不得以医保总额预算、医疗机构用药限制、药占比等为由，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。

第十条 乙方及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员医疗保障凭证，做到人证相符。门诊就诊参保人员因特殊原因需要委托他人代为购药的，乙方应当核验委托人和受托人的身份证明，并做好记录。乙方不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

第十一条 乙方应为参保人员享受门诊统筹待遇提供便利条件。

第十二条 乙方应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。乙方应执行“双通道”电子处方外配相关规定，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；乙方具

备条件的，应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。

第十三条 乙方应按照相关规定及时配备国家医保谈判药品，落实自治区“双通道”门诊和住院报销政策。对确无法配备的，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。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。

第十四条 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。

第十五条 乙方提供门诊慢性病、特殊疾病(以下简称“门诊慢特病”)病种认定服务的，应严格按照医疗保障部门规定的门诊慢特病病种认定标准进行认定，不得出具虚假认定资料。

乙方为门诊慢特病参保人员提供医疗服务的，应严格执行本统筹地区门诊慢特病医疗保障相关规定。

第十六条 乙方应当建立健全双向转诊转院制度，参保患者需转往其他医疗机构治疗的，乙方应为符合规定的参保患者提供转诊转院服务。

第十七条 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。乙方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。

乙方应严格掌握出入院指征和重症监护病房收治标准。乙方不得分解住院、挂床住院。

第十八条 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。

参保患者住院期间，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。

乙方不得以病组和病种费用限额为由，要求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、药店购药或另设账号交费。参保人员住院期间，因病情需要确需外购药品的，持乙方开具的处方，外购药品费用应计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。

第十九条 除急诊、抢救等特殊情形外，乙方提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或其近亲属、监护人签字同意确认。

第二十条 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，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。

第二十一条 乙方诊疗记录应当真实、准确、完整、清晰(收治意外伤害参保患者时，应载明意外伤害的时间、地点、原因)。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。

第二十二条 乙方应当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。

第二十三条 乙方应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)、批准文号、数量、价格、批号、生产日期、购进日期等信息。

第二十四条 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。

第二十五条 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。

第二十六条 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；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。

第二十七条 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。

第三章 费用结算

第二十八条 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。

第二十九条 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。

第三十条 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，合理确定医保基金年度预算金额。甲方与乙方建立医保基金风险共担机制，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。

第三十一条 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、按病种分值(DIP)、按床日、按人头等支付方式。乙方应配合甲方落实按病种分值(DIP)支付方式改革要求,做好医疗费用结算清算工作。

第三十二条 乙方应严格按照《医疗保障基金结算清单填写规范》要求,规范填写清单信息,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。

第三十三条 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____%(不超过5%),作为当年度医保服务质量保证金。

第三十四条 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。

第三十五条 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或非定点医疗机构的医疗费用纳入申请医保结算范围。

第三十六条 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%。

第三十七条 乙方应执行统筹地区医保基金支付标准，超出支付标准部分，甲方不予支付。

第三十八条 甲方应按照统筹地区医保支付政策与乙方结算医保费用。甲方原则上应当在乙方申报医保费用后30个工作日内拨付符合规定的医保费用。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。

第三十九条 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。

第四十一条 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。

第四章 医药价格与集采

第四十二条 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。

第四十三条 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同级别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同级别医疗机构价格水平。

第四十四条 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，不得以高于本院非医保患者的价格收费。

第四十五条 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。

第四十六条 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医疗保障行政部门规定的医药采购平台上采购，医药采购平台未挂网短缺药品须及时在平台备案；乙方为非公立医疗机构的，按照统筹地区相关规定采购。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，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。医疗保障部门有权对乙方药品、医用耗材的采购和使用情况进行考核。

第四十七条 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。

已开展医保基金与企业直接结算的地区，按照统筹地区相关规定执行。

第五章 医保信息系统

第四十八条 甲方应向乙方提供医保信息平台接口标准。乙方应严格按照接口标准在约定时间内做好本机构信息系统与医保信息平台的对接及更新。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医院信息系统接口标准并获得接入乙方医院信息系统的权限。

第四十九条 乙方应按照国家统一要求，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，并及时做好更新维护。

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。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。

第五十条 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。

第五十一条 乙方应按照甲方要求配置必备的医保身份识别设备，支持参保人员使用医保电子凭证(医保码)等。乙方应加强对医保身份识别设备管理，不得转借或赠与他人，因乙方管理使用不当造成的损失由乙方自行承担。

第五十二条 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。

第五十三条 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。

第五十四条 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。因系统升级、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。

第五十五条 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。

第六章 医保绩效考核

第五十六条 甲方应建立并完善医保协议履行核查制度。甲方或甲方委托的第三方机构，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。核查工作不得妨碍乙方正常工作秩序。

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。

第五十七条 甲方或其委托的符合规定的第三方机构按照医保绩效考核办法，对乙方开展医保绩效考核，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、质量保证金退还、协议续签、预付额度等挂钩。

(一)三项目录外费用占比：____年三甲医疗机构不得高于17%；三乙医疗机构不得高于10%；二级医疗机构不得高于8%；一级医疗机构不得高于3%。

(二)定点公立医疗机构高值医用耗材网采率不得低于80%。

第五十八条 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。

第五十九条 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行为较多的，可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，甲方可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。

第六十条 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

第六十一条 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) 未按医保协议约定及时足额向乙方拨付医保费用的；
- (二) 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；
- (三) 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；
- (四) 未对乙方的意见建议及时接收、解答、解释说明的；
- (五) 未对作出的违约处理结果向乙方进行解释说明的；
- (六) 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；
- (七) 工作人员违反工作纪律规定，对乙方造成影响的；
- (八) 其他违反法律法规和规章及医保协议约定的行为。

第六十二条 经查实，乙方有下列情形之一的，甲方约谈乙方法定代表人、主要负责人或实际控制人，督促其限期整改：

（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）未按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息的；

（三）未按要求及时开展智能监控、线下稽核等违规数据的申诉反馈工作的；

（四）以医保支付、管理政策为由推诿拒收参保患者的，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；

（五）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、药店购药或另设账号交费的；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；

（六）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；

（七）未执行处方外配相关规定，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；

（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；

（九）未开展药品、医用耗材进销存管理的，以及未留存进销存相关凭证和票据的；

（十）未如实报送药品、医用耗材的采购价格和数量的；未公

示医药价格与收费标准的;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;

(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;

(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;

(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。

第六十三条 经查实,乙方有下列情形之一的,或有第六十二条情形造成社会影响较大的,甲方暂停拨付医保费用,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)未按照甲方提供的医保信息平台接口标准进行系统开发和改造的;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;因医保信息业务编码维护不及时、对应不正确,影响参保人员正常结算或造成结算错误的;

(二)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和数据安全有关制度,导致参保人员个人信息或医保数据泄露的;将医保身份识别设备转借或赠与他人的;

(三)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;

(四)具备条件但拒不配合医保支付方式改革的;

(五)未按规定在医疗保障行政部门规定的医药采购平台上采购药品、医用耗材的;

(六)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;

(七)其他对医保基金拨付造成影响,乙方应予以整改的情形。

第六十四条 经查实,乙方有下列情形之一的,或有第六十二条、第六十三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,可要求乙方支付违约金,违约金原则上不得超过乙方违规费用的 30%:

(一)未核验参保人员医疗保障凭证,造成冒名就医的;

(二)诱导入院、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、分解项目收费的;串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施的;

(七) 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;

(八) 未按照医疗保障部门规定的门诊慢特病病种认定标准进行认定,或未执行本统筹地区门诊慢特病医疗保障相关规定,造成医疗保障基金损失的;

(九) 提供的医保结算数据与实际情况不一致的;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) 智能监控及线下稽核申诉反馈期间,提供相关材料不真实,或伪造虚假申诉材料的;

(十一) 其他造成医疗保障基金损失的情形。

第六十五条 经查实,乙方有下列情形之一的,或有第六十四条情形且造成医保基金较大损失,或社会影响较大的,或有第六十四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,中止期间发生的医保费用不予结算(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，可要求乙方支付违约金，违约金原则上不得超过乙方违规费用的 30%:

(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)向甲方及医疗保障行政部门提供的有关数据不真实的;

(三)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;

(四)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;

(五)门诊慢特病病种认定出具虚假认定资料的;

(六)为参保人员套取个人账户资金的;

(七)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;

(八)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;

(九)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)将科室承包、出租给个人或其他机构的;

(十一)法律法规和规章规定的应当中止医保协议的其他情形。

第六十六条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第六十二条、第六十三条、第六十四条、第六十五条情形且性质恶劣的，或造成医保基金重大损失的，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，可要求乙方支付违约金，违约金原则上不得超过乙方违规费用的 30%:

(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;

(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。

第六十七条 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。

第六十八条 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、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。

第六十九条 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。

第七十条 乙方所在地的市、县（区）管理权限的经办机构与乙方中止或解除医保协议，乙方在其他统筹地区的医保协议也

同时中止或解除。

第七十一条 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。

第七十二条 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。

第八章 附 则

第七十三条 原则上由市、县（区）管理权限的经办机构与医疗机构签订医保协议。

第七十四条 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。

医保协议履行期间，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。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。

第七十五条 医保协议履行期间，国家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。

第七十六条 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。

第七十七条 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。

第七十八条 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。

第七十九条 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。

第八十条 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。

第八十一条 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。

第八十二条 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。

第八十三条 第二十五条、第二十六条、第二十七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，第二十五条、第二十六条、第二十七条生效，且应在第二十五条明确互联网医院名称。

第八十四条 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。

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

承诺书

本机构声明:

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_____ (甲方全称) 签订的《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: