海南省定点医疗机构

医疗保障、工伤保险服务协议

（2025年版）

海南省医疗保障局

海南省人力资源和社会保障厅制定

甲方(医疗保障、工伤保险经办机构)：

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(医疗保障、工伤保险定点医疗机构)：

定点医疗机构代码：

法定代表人：

地址：

邮政编码：

联系电话：

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、工伤基金使用效率，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》《医药机构医疗保障协议管理经办规程（试行）》《海南省城镇从业人员基本医疗保险条例》《海南省城乡居民基本医疗保险实施办法》《海南省城镇从业人员基本医疗保险条例实施细则》《海南省城镇从业人员生育保险条例实施细则》《海南省生育保险条例》《海南省医疗救助办法》《海南省医疗保障局关于加强定点医药机构管理的通知》《工伤保险条例》《工伤保险经办规程》《关于加强工伤保险医疗服务协议管理工作的通知》《海南经济特区工伤保险实施办法》等法律法规规章和有关规定，经甲乙双方协商一致，自愿就医疗保障及工伤保险医疗服务有关事宜签订如下协议，并承诺共同遵守。

第一章 总 则

第一条【签订目的】 甲乙双方应当严格执行国家、省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、工伤保险待遇。

甲乙双方应主动接受医疗保障、工伤保险行政部门对定点服务协议订立、履行和解除等的监督，接受医疗保障、工伤保险行政部门对经办机构的内部控制制度建设、医保及工伤医疗费用的审核和拨付等的指导和监督。接受医疗保障、工伤保险行政部门对定点医疗机构的协议履行情况、医疗保障、工伤保险基金使用情况、医疗服务行为、购买涉及医疗保障、工伤保险基金使用的第三方服务等的监督。

第二条【适用范围】 乙方为城镇从业人员基本医疗保险(含城镇从业人员大额医疗费用补助)、城乡居民基本医疗保险(含城乡居民大病保险)、生育保险、工伤保险等参保人员、离休人员、医疗救助对象、异地就医的参保人员(以下统称“参保人员”)提供医疗保障、工伤保险服务，适用本协议。

第三条【服务范围及结算等级】 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和执业范围，乙方为参保人员提供的医疗服务范围及结算等级包括：

（一）服务范围

□ 门(急)诊；

□ 门诊慢性特殊疾病；

□ 困难群众医疗救助；

□ 住院；

□ 其他。

（二）结算等级

□三级、□二级、□一级、□未定级

甲乙双方约定，乙方医保、工伤保险结算等级原则上与乙方卫生主管部门批准的等级保持一致，若乙方为未定级的医疗机构，原则上按照一级结算。

乙方因开展科研或未经临床推广应用的诊疗方案所发生的检查、药品、化验等费用，基金不予支付。

第四条【甲方权利】 甲方享有以下权利：

（一）掌握乙方的医保、工伤基金使用情况，从乙方获得医保、工伤保险医疗费用审核结算、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、价格及追溯码等数据资料；

（二）接入乙方医院信息系统(包括但不限于HIS、PACS、LIS系统，下同)并查询药品、医用耗材“进销存”原始信息；

（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）对乙方定期、不定期开展协议履行核查；对乙方履行本协议等情况进行绩效考核；

（五）调查、处理乙方违约行为，发现乙方存在违反本协议约定情形的，根据协议约定采取相应处理；

（六）向卫生健康、中医药、市场监管、公安、财政、税务、金融监管、商务等部门以及社会公众，通报或公开乙方或乙方内部科室、人员履行本协议、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）对乙方为参保人提供使用医保、工伤保险基金结算的医疗类、药学类、护理类、技术类等卫生专业技术人员，以及负责医疗费用和医保、工伤保险结算审核的相关工作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【甲方义务】甲方履行以下义务：

（一）向社会公布签订、中止、终止及解除本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）按本协议约定及时足额向乙方拨付医保、工伤保险医疗费用；

（四）向乙方提供医保信息平台数据集和接口标准；

（五）对乙方开展医保及工伤保险政策、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、工伤保险咨询、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）及时将医保目录管理规定、要求及目录调整结果告知乙方，指导乙方按期实施；

（八）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（包含但不限于涉及医保、工伤保险基金支出的内容）、协商谈判等事项；

（九）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；

（十）对作出的违约处理结果向乙方进行解释说明；

（十一）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；

（十二）对于新纳入定点的乙方，设立6个月政策辅导期，通过政策培训、上门宣讲、信息共享、检查提醒等方式，有针对性指导医疗机构落实协议管理要求；

（十三）法律法规和规章规定的其他义务。

第六条【乙方权利】 乙方享有以下权利：

（一）按协议约定及时足额获得应由甲方支付的医保、工伤保险费用；

（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或工伤保险行政部门协调处理；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，有权向医疗保障或工伤保险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）甲方违反本协议的，有权要求甲方纠正或者提请医疗保障或工伤保险行政部门协调处理、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、工伤保险政策、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）法律法规和规章规定的其他权利。

第七条【乙方义务】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及工伤保险协议医疗机构标识；

（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、工伤保险、卫生健康、中医药、市场监管、公安、财政、税务、金融监管、商务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、公安、财政、税务、金融监管、商务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30个工作日内向医疗保障或工伤保险行政部门报送行政处罚相关信息；

（六）定期自查本机构医保、工伤保险基金使用情况，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、药师、护士等相关人员登记、备案、变更的相关信息（如医疗机构名称、执业地址、所有制形式、法人代表、医疗机构类别、级别、银行结算账户等）进行动态维护；

（八）乙方应按照医保行政管理部门的要求，积极推进医保电子凭证应用（医保码）及宣传推广；

（九）主动学习掌握医疗保障、工伤保险相关制度、政策，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、工伤保险相关制度、政策的培训，为群众提供医保、工伤保险政策宣传、咨询服务；

（十）按甲方要求以实时联网或定期报送等形式提供医保、工伤保险费用审核结算、会计核算、医保绩效考核、协议履行核查等协议管理所需信息，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作出承诺(承诺书样本见附件1)；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（包括但不限于财务账目、会计凭证、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资料）；

（十一）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；

（十二）公布医保、工伤保险投诉举报渠道（公布监督举报电话、设立意见箱），及时处理投诉举报问题，接受社会监督，投诉情况纳入服务质量考核；

（十三）遵守网络和数据安全有关制度，保护参保人员个人信息，保障医保网络和数据安全，保障上传数据的及时性和准确性，配合甲方开展数据治理相关工作；

（十四）乙方为乡镇卫生院的，签订医保定点服务协议时，应将辖区内纳入医保定点管理的村卫生室名单作为协议附件备案；

（十五）按照医疗保障部门要求，配合推进各项医保改革任务，包括但不限于医保支付方式、集中带量采购、价格治理、追溯码上传、场景监控建设等；

（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【基本要求】 甲方应为乙方实现参保人员直接结算医保、工伤保险费用提供必要的支持。

乙方应设置医保、工伤保险咨询服务台或指定专人向参保人员提供医保、工伤保险相关的政策宣传、解释、咨询服务，以及参保人员在本机构医疗费用和医保、工伤保险基金结算相关的查询服务或查询渠道，如实提供有效的费用清单、医疗票据，并承担解释责任。

乙方提供生育服务的，应指定专人协助做好新生儿落地参保登记等医保业务。

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、工伤保险基金，控制医疗费用不合理增长。

乙方为新纳入定点的，在6个月辅导期内，不予开通门诊慢性特殊疾病服务、省外异地就医服务（区域医疗中心除外）。

乙方提供假牙、假眼、假耳、假鼻等医疗辅助器具配置和调整服务的，应按工伤保险有关规定为工伤患者提供辅助器具配置服务。

第九条【医保目录】 甲方应指导乙方做好基本医疗保险、工伤保险、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。

乙方应严格执行我省医保目录对支付范围、支付标准等的要求，对参保人员用药应遵循药品说明书，严格掌握药品目录内部分药品的限定支付范围并留存用药依据以便于甲方核查。乙方用药及医用耗材超出医保目录、支付标准范围、药品法定适应症、药品或医用耗材目录特殊限定范围、缺乏相关依据等的费用，甲方统筹基金（含职工大额、居民大病基金、公务员医疗补助等）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、次均费用、药事委员会审定等为由，减少《药品目录》内药品的合理配备、使用。

要严格落实合理用药主体责任，建立院内药品配备与药品目录调整联动机制，国家医保药品目录发布两个月内统筹召开药事会，将临床有使用需求，尤其是住院有需求以及零售药店不得经营的谈判药品配备齐全。

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。

乙方工作人员开具西药处方应符合西医疾病诊治原则，开具中成药、中药饮片处方应遵循中医辨证施治原则，由具有相应资质的医师开具的西药、中成药处方和中药饮片，基金方可按规定支付。

乙方应采取措施鼓励医师按照先甲类后乙类、先口服制剂后注射制剂等原则选择药品；药品目录中最小分类下的同类药品不宜叠加使用。

乙方应严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》规定，并由符合资质的医师开具处方，医保基金方可支付。

第十条【就医核验】乙方及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，参保人员就医时（包括挂号、记账收费、出入院和转诊转院等），乙方应核验参保人员医疗保障、工伤保险凭证，做到人证相符，乙方医保部门应定期到业务科室进行检查，发现证件无效、人证不符的，不得进行医疗费用结算。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。因参保人意识不清、昏迷等特殊原因无法对参保人进行身份核验时，原则上应当在医保结算前完成身份核验。乙方不得随意收集、留存参保人员医疗保障凭证，不得通过远程视频、照片等方式截取参保人医保码进行扫码结算。乙方不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。有骗保嫌疑的，应当及时报告甲方。

第十一条【门诊统筹】 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【处方管理】 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，乙方为参保人员开具门诊处方、诊疗项目的品种和数量应当符合本次就诊病情所需。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、工伤保险基金按规定予以支付。乙方应按照处方外配相关规定，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，外配处方不得受乙方库存药品限制。老年人等参保人员有需求的，乙方应将电子处方打印成纸质处方方便其到定点零售药店购药时作为引导凭证，乙方要将涉及参保人的所有外配处方留存备查。

第十三条【“双通道”管理】 乙方应按照相关规定及时配备国家医保谈判药品，对确无法配备的，要按照我省“双通道”管理规定及时通过电子处方中心流转“双通道”药品处方，为参保人员提供处方外配服务，做好“双通道”药品处方的开具、药师审方、外配管理和责任医师管理等工作。在使用“双通道”管理药品时，实行责任医师负责制度，责任医师在接诊过程中应认真核对参保患者身份，如实记录病情、开药时间和剂量，根据参保患者病情合理用药。乙方不得以医保总额预算、医疗机构用药目录数量限制、药事委员会审定、药占比、次均费用、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【医疗机构制剂管理】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，经医疗保障行政部门核准后，可向甲方备案后进入基本医疗保险用药范围，以及经医疗保障行政部门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【门诊慢性特殊疾病基本管理】具备门诊慢性病、特殊疾病(以下简称“门诊慢特病”)病种认定资格（见附件2）的乙方提供门诊慢特病病种认定服务的，应严格按照《海南省基本医疗保险门诊慢性特殊疾病管理暂行办法》、《关于进一步加强基本医疗保险门诊慢性特殊疾病管理的通知》等相关规定进行认定审核，不得出具虚假认定资料，并将相关认定资料按甲方要求存档，认定材料按照《医疗机构病历管理规定》相关规定保存备查。

具备门诊慢特病诊治资格（见附件2）的乙方为门诊慢特病参保人员提供诊治服务的，应严格执行国家、海南省医疗保障相关规定，按照规定的诊治病种范围开展诊治服务，超范围的不予以基金结算。

乙方可认定和诊治的门诊慢特病病种发生变化时，应及时提供医疗机构执业许可证、专科副主任（含）以上医生的医师资格证等材料向甲方进行备案。

第十六条【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，严格掌握统筹区外转诊转院标准。确因医疗技术和设备条件限制，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。

需转异地的工伤患者，按照工伤保险异地就医管理有关规定执行。跨统筹地区转诊、转院的，乙方应报甲方备案。

第十七条【家庭医生签约服务】 提供家庭医生签约服务的，应严格按照有关规定落实家庭医生签约基本服务包中的基本医疗服务部分。

第十八条【合理治疗】 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、工伤医疗伤病分离或者提供其他不必要的医药服务，造成医保、工伤保险基金不合理支出。

乙方应严格掌握出入院指征和重症监护病房收治标准。不得分解住院、挂床住院。乙方不得将住院费用中应由医保基金支付的费用转嫁患者自费。

乙方应当加强药品占比、医疗服务性收入占比、医用耗材占比等内部监测指标管理，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，严格控制自费的药品、诊疗项目、服务设施和医用耗材的使用比例，切实减轻参保人员个人负担。

乙方应建立特殊药品、高值医用耗材（含植入类医疗器械）内部管理使用准入制度，按国家和我省医保政策相关规定，严格掌握其适用范围，并保存相关使用记录。

乙方使用物理治疗与康复、中医诊疗、精神科诊疗、口腔科治疗等项目应严格掌握适应症，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、成效，并由操作医护人员签名确认，随时供甲方抽查。

第十九条【不正当方式就诊和办理住院】 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、工伤保险管理为由要求参保患者中途办理出院结算手续。生育或实施计划生育手术住院诊疗期间，按生育保险相关政策规定应进行生育医疗费用和基本医疗费用切割的情形除外。

对符合出院条件的参保人员应及时办理出院手续，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、工伤保险费用结算。除急诊、择日住院等情形外，乙方不得将参保人员应由普通门诊结算的费用列入住院结算。

乙方在参保患者出院时，不得带检查和治疗项目出院，出院带药的品种与住院疾病治疗有关，符合诊疗规范。

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，要求或诱导参保人员在住院期间到门诊就医、药店（包括院内外的药、械自助贩卖机）购买药、械或另设账号交费。参保人员住院期间，因病情需要确需外购药品的，持乙方开具的电子处方，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、工伤保险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。

第二十条【知情同意】除急诊、抢救等特殊情形外，乙方提供医疗保障、工伤保险基金支付范围以外的医药服务的，乙方应保证参保人员知情同意权，应当经参保人员或其近亲属、监护人签字同意确认（无民事行为能力或限制民事行为能力的患者应当由其监护人签字确认）。

第二十一条【收费管理】 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、工伤保险基金支付的医疗费用转嫁参保人员自费结算。

第二十二条【诊疗记录】 乙方应为参保人员就医建立病历档案并妥善保存备查。门诊、住院及意外受伤病历的诊疗记录应当真实、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（就医医嘱、病程记录、检查结果、治疗单记录）应与实际情况相符，并与票据、结算清单等相吻合，并将就医登记、诊断、费用明细、电子票据等信息于规定时限内传输至甲方。检验检查须有结果记录，并按规定做好诊疗相关检验检查报告存档工作。

乙方及其医务人员应当在不影响疾病诊疗的前提下，对标有全国或本机构所在地区互认标识的检查检验结果予以互认。对于患者提供的已有检查检验结果符合互认条件、满足诊疗需要的，不得重复进行检查检验。医疗联合体内下级医院就诊的参保人员在上级医院开展的检查费用，按下级医院收费标准进行报销支付。

乙方不得将大型仪器检查项目、特殊检查项目、与疾病无关的临床“套餐式”检验项目列为常规检查。大型仪器检查项目、特殊检查项目主要诊断阳性率应达到或超过70%。因检查治疗需要开展大型仪器检查项目、特殊检查项目，应在门诊病历、住院病程记录上予以说明，有关资料存档备查。

第二十三条【资料保存】 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。

第二十四条【“进销存”管理】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。及时调整药品、医用耗材供应结构，根据自身规模，在自身能力范围内确保医保目录内用药、医用耗材的供应。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。

台账记录内容包括但不限于通用名称、医保信息业务编码、药械追溯码、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、购（销）数量、购（销）价格、批号、生产日期、购进日期等信息。

第二十五条【异地就医】 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，确保“应结尽结”，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地参保人员一致的医疗服务和同质化管理，配合甲方开展异地就医转诊备案管理工作。发现参保人有省内及外省重复有效参保情况，应核验并告知参保人只能选择其中一种险种享受待遇，不能同时使用。乙方应配合异地医疗保险经办机构核实有关医疗费用情况。乙方提供的异地就医医疗服务情况，甲方纳入统一管理和考核。

第二十六条【互联网+医疗服务】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，可联合海南省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。

第二十七条【互联网+医疗服务管理】 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。

第二十八条【互联网+医疗服务支付】参保人员在海南省内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，可以按照海南省医保、工伤保险规定支付。提供符合规定的“互联网+”医疗复诊服务，不区分医务人员级别，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、工伤保险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、工伤保险支付范围。

第二十九条【困难群众医疗救助】 低保对象、特困人员、防止返贫致贫监测对象、低保边缘家庭成员、刚性支出困难家庭成员和脱贫人口中高额医疗费用负担患者等困难群众持本人医疗保障凭证办理就医登记，经基层医疗卫生机构首诊转诊到二级及以上医疗救助定点医疗机构的，医疗救助定点医疗机构应予以困难群众“绿色通道”“优先住院”“一站式”结算、当免收住院押金并及时给予救治等便利服务。

乙方为医疗救助定点医疗机构的，应按规定为我省急、转诊的困难群众提供医疗救助服务。乙方为非医疗救助定点医疗机构的，应指引困难群众到医疗救助定点医疗机构就医并为其提供医疗救助定点医疗机构相关信息，困难群众在省内非急诊、转诊就医产生的医疗救助费用由患者先行结算，再凭票据到身份认定地医保部门审核按规定拨付医疗救助费用。

第三十条【相关人员支付资格管理】 乙方涉及医疗保障基金使用的相关人员实行医保支付资格管理制度。乙方应配合甲方建立并及时维护“一医一档”数据库，并依据海南省定点医药机构相关人员医保支付资格管理相关规定，落实对涉及医疗保障基金使用相关人员的管理要求。

登记备案状态正常（首次登记或者累计记分8分及以下）的相关人员，可以正常开展涉及医保、工伤保险基金使用的医药服务、计费服务等，并纳入医保、工伤保险结算；登记备案状态暂停的相关责任人员，暂停期内提供医药服务发生的医保、工伤保险费用不予结算，急诊、抢救等特殊情形除外；登记备案状态终止的相关责任人员，终止期间内提供医药服务发生的医保、工伤保险费用不予结算。

第三十一条【检查医疗服务】 甲方根据我省现行相关政策法规、细则条例、协议约束等，在同级或上级医疗行政部门的监督管理下，依法依规对定点医疗机构进行费用审核、日常检查。

甲乙双方应当充分利用医保、工伤保险智能监控（含审核）系统（以下简称监控系统）检查医疗服务。完成事前提醒、事中预警等智能监控系统功能接入，并在诊疗业务过程中实际应用；监控系统发现乙方界定清楚的违规行为，甲方可直接通过监控系统处理；甲方发现违规疑点时，应及时反馈至乙方，乙方应当及时处理，不得影响参保人员结算。对其他统筹地区医保或工伤保险部门委托甲方对乙方进行监督检查或审核调查的，乙方应予以配合。

第三十二条【审核检查】 甲方或受甲方委托的具备资质的机构可定期、不定期通过现场与非现场等方式对乙方执行医疗保险、工伤保险政策、履行医疗服务协议情况及异地就医服务情况进行审核检查，乙方应当予以配合，准确完整提供医疗服务有关的材料和数据，并确保向甲方提供的资料和数据真实、准确、完整。因提供不实资料、数据产生的责任由乙方承担。甲方应当将检查结果反馈给乙方，对乙方提供的资料，甲方应当予以保密。

甲方审核检查发现乙方存在《医疗保障基金使用监管管理条例》所列违法违规问题清单行为的，应当报医保行政部门处理。

第三十三条【满意评价制度】 甲方建立参保人员满意评价制度，对乙方提供医疗保险、工伤保险服务的态度、技术水平和医疗费用等进行综合评价。参保人员满意度调查可由甲方委托第三方进行。

第三十四条【通报】 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。

第三章 费用结算

第三十五条【沟通协商】 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。

第三十六条【医保基金与医药企业直接结算】 乙方在我省医药采购平台采购的药品、医用耗材货款纳入医保基金与医药企业直接结算范围，但不改变乙方采购结算主体责任，也不改变医药企业和乙方间的债权债务关系。

乙方要通过医药货款结算平台签订相关补充购销协议，及时对采购的药品、医用耗材入库信息、采购数据及相关票据进行审核，确认已配送医药产品情况；及时核对并确认医药企业发起的结算申请，在规定时间内与医药企业进行对账确认。

第三十七条【总额预算】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。

第三十八条【支付类别】 确认乙方医疗费用支付类别属于（请在□内标记√）：

□A.城镇从业人员基本医疗保险、大额医疗费用补助

□B.城乡居民医疗保险、大病保险

□C.离休人员

□D.伤残军人医疗费用

□E.生育保险

□F.困难群众医疗救助

□G.公务员医疗补助

□H.工伤保险

第三十九条【结算方式】 确定乙方结算方式属于（请在□内标记√）：

□B.按病种结算方式

□C.按服务项目结算方式（含住院、普通门诊）

□G.按疾病诊断相关分组（DRG）付费

□H.按区域点数法总额预算和按病种分值（DIP）付费

□I.按紧密型医共体（城乡/职工）基本医疗保险按人头总额预付方式

□J.按医疗联合体（城乡/职工）实行按区域总额预算包干支付

□K.日间手术结算方式

□L.日间病床方式

□M.工伤保险费用

参保人员医疗费用中属于参保人员个人承担的费用，由参保人直接与乙方结算，离休人员医疗费用结算按相关文件规定执行。

日间病床有关费用结算按相关文件规定执行。

第四十条【即时结算】 乙方应按照医疗保险相关规定为参保人员即时结算医疗费用，为参保人员提供医疗费用“一站式”结算服务。参保人员在乙方就医结算时，只需交纳按规定应由参保患者个人承担的费用，乙方应开具专用票据(电子票据)。其余费用由甲方按本协议规定向乙方支付。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。乙方开展异地就医联网结算服务的，无正当理由不得拒绝异地参保人员即时结算费用。乙方需及时结算医疗保险费用，期限为自出院时间之日起1年内，无正当理由对逾期未结算费用甲方不予支付。若因参保人无故拖欠导致不能即时结算的，可向参保人所在地经办机构申请协同配合。

第四十一条【医疗服务质量考核】 甲方根据医疗保险、生育保险、工伤保险、医疗救助、医保信息化等政策的规定和本协议的约定对乙方进行考核，考核结果与本年度质量保证金返还、年终清算、分级管理和协议续签等挂钩。甲方对乙方提供的异地就医联网结算服务与本地就医服务一并进行考核。考核结果报同级医疗保险行政部门备案。

第四十二条【基金预付】 甲方可对符合条件的医疗机构建立预付金制度，缓解其资金运行压力。乙方按自愿原则提供真实材料申请，规范使用预付金，并在规定时间内返还预付金。在突发疫情等紧急情况时，可按国家规定预拨专项资金。

第四十三条【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。

第四十四条【支付方式】甲方结合海南省实际，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疾病诊断相关分组(DRG)、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。省内异地就医住院费用纳入DRG/DIP付费管理。

第四十五条【结算清单管理】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。

第四十六条【质量保证金及返还】 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。

医疗服务质量保证金在年终清算时，根据考核结果返还。乙方被考核考评为优秀的，质量保证金全额返还；良好的，质量保证金返还80％；合格的，质量保证金返还60％；不合格的，质量保证金不予返还。

第四十七条【购买医疗服务】 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的，报甲方备案后，符合医保支付范围的，甲方按规定与乙方结算。

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相关资质、服务协议、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。

第四十八条【内控管理】 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、工伤保险管理部门与医务、财务等部门联动机制，建立医保、工伤保险费用内部审核制度，健全考评体系，开展内部自查，加强本机构内部医保、工伤保险费用审核，定期对本机构发生的医保、工伤保险费用进行分析。

第四十九条【费用申报】 乙方应当在每月20日前将上月参保人员的结算信息上传医保信息平台。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。费用发生后至次年年度清算前仍未申报的，原则上不纳入年度清算，后续也不再拨付。

乙方不得将处于中止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、工伤保险结算范围。

第五十条【审核机制】 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可通过调阅病历、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%。甲方审核发现乙方申报费用有不符合医疗保险、工伤保险支付规定的，应当及时告知乙方并说明理由。乙方应在接到甲方通知后10日之内向甲方作出说明，特殊情况可申请延期。逾期不说明的，视为默认，甲方可拒付有关费用。

第五十一条【支付标准】 乙方应执行海南省医保、工伤保险基金支付标准，超出支付标准部分，甲方不予支付。

第五十二条【费用拨付】 甲方应按照海南省医保、工伤保险支付政策与乙方结算医保、工伤保险费用。甲方原则上应当在乙方申报医保、工伤保险费用后30个工作日内拨付符合规定的医保、工伤保险费用。对因特殊情况需暂缓拨付的，可由双方协商约定，延长期限一般不超过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或工伤保险行政部门协调处理。甲方以银行转账的方式向乙方拨付医保、工伤保险费用。

第五十三条【争议处理】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或工伤保险行政部门协调处理。

参保人员与乙方发生医疗纠纷并涉及医疗保险、工伤保险费用结算的，经鉴定确认乙方有责任的，乙方责任范围内医疗保险、工伤医疗费用甲方不予支付，已经支付的，乙方应予以退回。

第五十四条【基金对账】 甲乙双方建立并完善基金收付对账机制，定期核对账目，双方应积极完善结算系统，实现单据系统内上传。并开展年终清算。甲方已按预付方式进行结算后剩余的医疗费用、应当纳入年终清算范围的质量保证金、超支分担等医疗费用、审核扣款或拒付的医疗费用、乙方未通过两定平台申报的医疗费用、申报后结算时限未超过30个工作日的医疗费用不计入医保基金欠款范围。清算差额退款乙方也应在对账清楚收到退款函后的30个工作日内及时退款。

双方完成年度费用清算后该年度相关医保、工伤保险费用不再变更，甲方不予支付的费用及乙方在年度清算前未申报的费用，乙方不得作为医保、工伤保险欠费处理。

第五十五条【违规费用】 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。未及时退回的，甲方可从次月起，在支付费用中进行抵扣，直至抵扣完成。

甲方不予支付的费用、乙方按本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、工伤保险欠费处理。

第五十六条【DIP/DRG数据管理】 甲乙双方应严格执行国家和行业相关标准和规范，按照标准统一、术语规范、内容准确的要求对按病种分值付费（DIP）/按疾病诊断相关组（DRG）基础数据进行治理，保证服务和管理对象在信息系统中身份标识唯一、基本数据项一致。应结合服务和管理工作需要，基于及时性、完整性、合理性和规范性四个维度，开展基础数据的审核管理和质量控制。

乙方应严格按照《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障基金结算清单填写规范的通知》（医保办发〔2021〕34号）《海南省医疗保障局关于进一步做好医疗保障基金结算清单落地使用工作的通知》（琼医保〔2022〕175号）要求，认真规范结算清单信息的填写，在报送、传输数据时，应按照国家和本统筹区相关标准、规范，对核心业务信息系统进行标准化改造，向医保部门开放数据报送端口和监管反馈端口，以满足按病种分值付费数据的采集和管理需要。

乙方原则上应在住院病人出院结算后的10个工作日内按国家医疗保障基金结算清单要求完成清单的上传工作。

甲乙双方应落实医保数据的安全管理，包括数据采集、存储、传输、汇聚、挖掘、服务等环节中的安全管理，落实国家安全、群众生命安全、个人信息安全等权责管理工作。甲方按照“区域总额控制、病种赋值、月预结算、年度清算”的原则，进行医疗费用结算。

第五十七条【DIP/DRG预算、月预付及年度清算】 甲方依据DIP结算细则，制定DIP预算，与乙方做好月预付及年度清算工作。儋州市DRG预算、月度预结算及年度清算从其相关规定执行。

第五十八条【特例单议】 甲方组织乙方，按照DIP/DRG特例单议办法，开展特例单议，将符合条件的结算病例纳入特例单议结算范围。

第五十九条【生育保险付费管理】 参保人及其未就业配偶因生育在定点医疗机构发生的符合药品目录、诊疗目录和医疗设施项目规定的费用由医保经办机构采取DIP/DRG支付。计划生育手术费用和产前检查费用按照相关规定结算。月结算费用列入省级统一结算范围。

参保人在妊娠期、分娩期、产褥期及计划生育手术时发生的符合报销规定范围的并发症(含宫内节育器嵌顿、断裂等须住院实施取出宫内节育器)产生的符合规定的医疗费用，由医保经办机构采取DIP/DRG支付方式支付。

第六十条【困难群众医疗救助付费管理】 定点医疗机构要优先选用医保支付范围内项目，严格控制困难群众政策范围外医疗费用（即丙类的自费项目，特需项目除外），二级及以下定点医疗机构应控制在5%以内、三级定点医疗机构应控制在10%以内，超出部分医疗保障经办机构应当对费用情况进行审核，发现不合理的，应当扣减定点医疗机构结算费用，按规定由定点医疗机构承担并纳入协议管理严格执行。

第六十一条【工伤保险结算管理】

（一）付费管理。参保人员认定工伤后的医疗费用，乙方应按照相关规定与甲方联网直接结算，或由乙方垫付后向甲方办理结算手续。

出院结算时已申请工伤认定但未完成工伤认定的工伤职工，其医疗费用由用人单位或参保人员先行垫付。待完成工伤认定后，用人单位或工伤职工可持医疗票据、病历等资料到乙方办理退费手续，乙方按工伤保险相关规定补记账结算，并向甲方办理结算手续。

乙方在为工伤职工提供医疗服务时，应区分“工伤伤情”和“非工伤病情”，将工伤伤情和非工伤病情治疗产生的医疗费用进行分割；治疗非工伤病情发生的费用，不得纳入工伤保险基金支付范围，并及时告知工伤职工。

（二）质量保证金。乙方住院工伤保险基金年实际支付金额的10%作为质量保证金，但不作提取，待年终支付时一并作财务抵扣处理。计算公式为（住院工伤基金年申报金额-审核扣款）×10%。

（三）质量保证金返还。医疗服务质量保证金在年终清算时，根据考核结果返还。乙方被考核考评为合格以上等次的，质量保证金全额返还；不合格的，质量保证金不予返还。

第四章 医药价格与集采

第六十二条【医疗服务价格和成本监测】 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。

乙方应配合甲方开展医疗服务价格和成本监测，按要求及时提供医疗服务项目价格执行情况、项目成本等医疗服务改革所需数据。

第六十三条【药品医用耗材价格】 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，应承诺不得高于海南省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我省其他医疗机构价格水平。

第六十四条【价格公平】 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。

第六十五条【价格公示】 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。

第六十六条【药品、医用耗材采购】 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，按照国家及海南省相关规定采购。鼓励其优先合理采购和使用集采品种；考虑到保障患者多层次用药需求，若确实需要采购非集采中选品种的，应结合集采中选结果，优先合理采购质优价宜的同通用名同剂型药品或同类型医用耗材。乙方应严格遵循临床需要和患者个人意愿原则，充分向患者做好沟通解释工作。

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海南省医疗保障行政部门报送药品、医用耗材的采购价格和数量等相关数据。海南省医疗保障行政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。

第五章 医保信息系统

第六十七条【信息接口标准】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。

第六十八条【编码维护】 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。应有专门部门负责定期检查、核验在用编码的有效性和一致性，对编码数据进行备份，根据甲方需要将编码数据上报或上传给甲方。无编码的医疗项目费用甲方不予支付。

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。

第六十九条【信息处理】 乙方应在海南省公共服务平台定期维护甲方招采子系统中价格监测模块涉及本机构的基本信息，按要求报送药品、医用耗材及医疗服务相关数据信息，并对数据信息的真实性、准确性及有效性负责；按有关规定及时处理医药价格预警信息、异常信息、申报信息等。

第七十条【系统建设】 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、追溯码系统对接接口；乙方应配合做好医保移动支付、电子处方流转、进销存、追溯码电子管理系统与医保信息平台的对接；做好医保码的全流程应用、医保移动支付以及医保药品耗材追溯码采集应用上传工作。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。

第七十一条【身份识别】 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)。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。

第七十二条【事前提醒】 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。

第七十三条【信息传输】 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。

第七十四条【设施要求】乙方应按照《医疗保障核心业务区网络安全接入规范》的要求，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。乙方对接医保平台的应用系统须通过安全等级保护测评。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。

乙方应当做好但不限于以下防护措施：

（一）对接医保平台的应用系统及平台应通过第三级安全等级保护测评，并提供网络安全等级保护测评相关证明。

（二）乙方接入医保网络采用专线接入，保证专网专用，不得与其他网络混合组网。

（三）乙方接入医保网络的终端必须专机专用，接入专网前必须确认终端安全。终端在停用后，必须采取技术手段保证医保信息不泄露。

（四）乙方计算机采用的操作系统应具备最新的安全补丁，具有漏洞补丁升级措施和方法，安装好杀毒软件，确保系统安全。

第七十五条【应急处置】 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。甲方应结合业务受理、检查或考核等时机定期对乙方网络信息安全情况进行核查，形成/更新辖区所有接入机构的完整、明细台账。当收到医保、网信、公安、政务信息化等部门的网络信息安全情况通报时，甲方有权并应当及时采取有效网络信息安全处置措施，乙方应积极配合调查整改。

第六章 医保绩效考核

第七十六条【协议履行核查】 甲方应建立并完善协议履行核查制度。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本协议情况进行核查。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。

第七十七条【绩效考核结果运用】 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，甲方以适当形式向乙方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。

第七十八条【结果公示】 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。

第七十九条【清算质量保证金】 甲方根据乙方履行本协议情况、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。

第八十条【失信惩戒】经查实，乙方及其工作人员存在骗取医保、工伤保险基金等违法违规行为的，甲方可提请医疗保障、工伤保险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

第八十一条【甲方违约责任】 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或工伤保险行政部门协调处理、督促整改：

（一）未按医保协议约定及时足额向乙方拨付医保、工伤保险医疗费用的；

（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及工伤保险政策、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本协议约定的行为。

第八十二条【约谈整改】 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、工伤保险支付、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）以医保、工伤保险支付、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；

（四）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、工伤保险基金支付的医疗费用转嫁参保人员自费结算的；

（五）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；

（六）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；

（七）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；

（八）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；

（九）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；应报量而未报量就采购药品、医用耗材的；报量后不采购的；未按时序采购的；无正当理由采购非中选产品的；未及时回款等违反集中带量采购和使用相关规定的；

（十）将甲方不予支付的费用、乙方按本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、工伤保险欠费处理的；

（十一）未公布医保、工伤保险投诉举报渠道，或未及时处理投诉举报或社会监督反映的问题的；

（十二）其他未按本协议约定落实管理措施，但未造成基金损失的；

（十三）门诊慢性特殊疾病认定流程不规范、认定标准不准确、认定条件放宽的。

第八十三条【暂停拨付】 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第八十二条情形造成社会影响较大的，甲方暂停拨付医保、工伤保险费用，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、工伤保险费用甲方予以支付：

（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；未按规定及时准确上传医保基金监管所需信息或数据（包括但不限于进销存数据、追溯码数据、全量数据等）的；未按要求对接并使用医保信息平台相关功能的；未按要求落实电子处方流转的；

（二）未遵守《医疗保障核心业务区网络安全接入规范》要求，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取有效的安全及隔离措施的，对医保或其他关联政务系统构成网络信息安全威胁的；一年内发生医保网络信息安全事件或受到医保、网信、公安、政务信息化等部门网络信息安全情况通报的；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）经甲方评估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、工伤患者实行不公平、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、工伤保险基金拨付造成影响，乙方应予以整改的情形。

第八十四条【不予支付或追回已支付】 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第八十二条、第八十三条情形且造成医保、工伤保险基金较大损失，或社会影响较大的，甲方不予支付或追回已支付的医保、工伤保险费用，可要求乙方支付违约金，违约金为乙方违规费用的10%：

（一）未核验参保人员医疗保障或工伤保险凭证，造成冒名就医的；

（二）借优惠活动、体检、义诊等名义或通过错误、虚假宣传等不正当竞争方式诱导入院、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、工伤保险基金不合理支出的；

（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、工伤保险基金支付范围的医药费用纳入医疗保障、工伤保险基金结算的；超出医保目录范围、药品法定适应症并纳入医保、工伤保险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、工伤保险基金结算的；

（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、工伤保险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，或未执行我省门诊慢特病、“两病”等医疗保障相关规定，造成医疗保障基金损失的；

（九）提供的医保、工伤保险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，或提供的资料与医院管理系统数据及上传医保系统的数据不一致，造成无法核实费用发生及结算真实情况的；

（十）其他造成医疗保障、工伤保险基金损失的情形。

第八十五条【中止协议】 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第八十四条情形且造成医保、工伤保险基金较大损失，或社会影响较大的，或有第八十四条情形以骗取医疗保障、工伤保险基金支出为目的，甲方不予支付或追回已支付的医保、工伤保险费用，给予乙方中止协议处理，中止期间发生的医保、工伤保险费用不予结算(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、工伤保险基金使用的医疗服务)，并向社会公布中止协议情况，可要求乙方支付违约金，违约金为乙方违规费用的20%：

（一）根据协议履行核查和医保、工伤保险绩效考核，发现对医疗保障、工伤保险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、工伤保险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、工伤保险基金支出的；

（五）门诊慢性特殊疾病病种、“两病”认定出具虚假认定资料的，或认定条件把关不严、工作不规范、多次整改不到位或存在严重违规认定情节的；

（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、工伤保险基金支付的；

（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、工伤保险基金支付的；

（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、工伤保险基金的；

（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、工伤协议的其他情形。

第八十六条【解除协议】 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第八十二条、第八十三条、第八十四条、第八十五条情形且性质恶劣的，或造成医保、工伤保险基金重大损失的，或社会影响严重的，甲方不予支付或追回已支付的医保、工伤保险费用，给予乙方解除协议处理(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、工伤保险基金使用的医疗服务)，并向社会公布解除协议情况，可要求乙方支付违约金，违约金为乙方违规费用的30%：

（一）本协议有效期内累计2次及以上被中止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协议期间的医疗机构提供医保、工伤保险费用结算的；

（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、工伤保险基金支付的；

（五）拒绝、阻挠或不配合甲方或有关执法人员开展智能审核、医保绩效考核、现场检查等，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、工伤保险基金重大损失的；

（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本协议约定，或有违法失信行为的；

（十一）未依法履行医疗保障或工伤保险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。

第八十七条【暂停或终止支付资格】 对违法或违反本协议的乙方相关责任人员，依据《海南省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则（试行）》进行记分管理，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。

一个自然年度内，乙方登记备案状态为暂停的人次超过相关人员总人数50%的，甲方可以中止该机构的协议，中止时间不超过6个月；登记备案状态为终止的人次超过相关人员总人数50%的，甲方可以解除该机构的协议。

第八十八条【暂停结算】 审计、公安、检察院、法院、纪检、卫生健康、中医药、市场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、工伤保险基金安全等情形，向甲方通报后，甲方可对乙方采取暂停医保、工伤保险费用结算等措施。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，甲方依据本协议做出协议处理。

第八十九条【责任承担】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》《中华人民共和国网络安全法》《中华人民共和国数据安全法》《中华人民共和国个人信息保护法》《工伤保险条例》等相关法律法规或违反本协议约定，依法应当给予行政处罚的，甲方应移交同级医疗保障或工伤保险行政部门处理。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。

第九十条【异地协议处理】 乙方所在地的市县及以上经办机构与乙方中止或解除本协议，乙方在其他市县的协议也同时中止或解除。

第九十一条【信息安全】 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。

第九十二条【沟通协商】 乙方在中止、终止、解除协议期间，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、工伤保险基金支付范围的，相关责任和后果由乙方承担。

第八章 附 则

第九十三条【协议签订主体】纳入省级定点管理的医疗机构与海南省医疗保险服务中心签订本协议；其他医疗机构按属地原则由各市县医疗保障经办机构签订本协议；纳入定点管理的村卫生室，市县医疗保障经办机构仅与其一体化管理对应的医院/乡镇卫生院签订协议，每年签订本协议时，一体化管理对应的医院/乡镇卫生院将其所辖的村卫生室名单作为协议附件报医保经办机构备案。

第九十四条【信息变更】 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。

本协议履行期间，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，其中医疗机构等级发生变化的，提出报备，并经经办机构核准。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。

乙方的统一社会信用代码发生变更的，变更后的新机构将继续承担原机构发生的医保、工伤保险行为责任及一切法律责任（包括但不限于民事、行政等责任）。

第九十五条【修订补充】本协议履行期间，国家法律法规规章和政策及我省相关政策发生调整的，从其规定。若新规定与本协议不一致时或需协商补充的其他事项，应报医疗保障及工伤保险行政部门批准后，经甲乙双方协商，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。

第九十六条【重新签订协议】重新签订本协议应由乙方于协议期满前3个月向甲方提出申请或由甲方统一组织。重新签订前，乙方应向甲方书面报告协议履行情况，甲方与乙方就协议重新签订事宜进行协商谈判，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重新签订。协商一致的，可重新签订本协议；未达成一致的，本协议到期后自动终止。

第九十七条【协议申请中止及恢复】医保、工伤保险协议履行期内，乙方因停业或歇业等原因可在30个工作日内向甲方提出中止本协议申请，经甲方同意，可以依申请中止本协议但中止时间原则上不得超过180日，乙方在协议中止超过180日仍未提出继续履行协议申请的，原则上本协议自动终止。

中止期结束，未超过本协议有效期的，中止协议期满后甲方对其进行验收，验收合格的，本协议继续履行，验收不合格的，解除协议。超过协议有效期的，中止协议期满后甲方对其进行验收，验收合格的，可按规定续签协议，验收不合格的，解除协议。中止期间发生的医保、工伤保险费用不予结算。

第九十八条【终止协议】有下列情形之一的，终止本协议：

（一）本协议履行期间，乙方不再符合国家及海南省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）乙方主动提出解除本协议且甲方同意的；

（四）超过本协议有效期，甲乙双方就重新签订协议未达成一致的，或乙方未按甲方要求重新签订本协议的，本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。

第九十九条【争议处理】 甲乙双方均应履行本协议约定，监督对方执行有关法律法规规章及协议履行情况。甲乙双方就本协议签订、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及工伤保险行政部门协调处理，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

第一百条【善后工作】 甲乙双方中止、终止或解除本协议的，双方应对在院、出院未结算等参保人员共同做好善后工作。乙方终止或解除本协议后，不得再悬挂定点医疗机构及工伤保险协议医疗机构标识，并由甲方负责及时收回定点医疗机构及工伤保险协议医疗机构标识。乙方因存在违法违规或违约行为的，以及解除协议后通过变更名称、地点、法人等信息后重新取得《医疗机构执业许可证》或者《事业单位法人证书》《民办非企业单位登记证书》《营业执照》的，甲方3年内不受理其医疗保险定点申请，情节特别严重的，永久不受理其医保定点申请。

新纳入定点的乙方，在6个月辅导期内违反协议约定或违反医保、工伤保险政策规定的，甲方应及时辅导、纠正，并加大政策辅导频次；违约情节较轻的，政策辅导期延长6个月；违约情节严重或问题整改不到位的，解除定点协议且1年内不得再次申请。

第一百零一条【送达方式】 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。

第一百零二条【可选条款】第二十六条、第二十七条、第二十八条为本协议可选条款，依托乙方设立的互联网医院，且与甲方建立协议关系的，第二十六条、第二十七条、第二十八条生效，且应在第二十六条明确互联网医院名称。

第一百零三条【名词解释】 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。

第一百零四条【效力通认】 本协议效力在全省经办机构中实行通认。

第一百零五条【协议有效期】本协议有效期自 年 月 日起 年 月 日止。协议期满后，因甲方原因未重新签订协议前，原协议继续生效。

第一百零六条【协议份数】 本协议一式贰份，经甲乙双方签字盖章后生效，甲乙双方各执壹份，具有同等效力。

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

附件1

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，愿按照与 (甲方全称)签订的《海南省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：

附件2

**定点医疗机构可开展认定、诊疗的门诊慢性特殊疾病病种**

| **序号** | **病种** | **认定资格** | **诊治资格** |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | 各种恶性肿瘤 |  |  |
| **2** | 慢性肾功能衰竭（药物保守治疗、血液透析、血液灌流、腹膜透析） |  |  |
| **3** | 器官移植术后（肝移植、肾移植、骨髓移植、心脏移植、肺移植） |  |  |
| **4** | 脑血管意外后遗症 |  |  |
| **5** | 帕金森病（综合征） |  |  |
| **6** | 高血压病 |  |  |
| **7** | 糖尿病 |  |  |
| **8** | 慢性再生障碍性贫血 |  |  |
| **9** | 精神病 |  |  |
| **10** | 结核病 |  |  |
| **11** | 泌尿系统震波碎石治疗 |  |  |
| **12** | 肝硬化 |  |  |
| **13** | 系统性红斑狼疮 |  |  |
| **14** | 心脏病 |  |  |
| **15** | 血管支架植入术后 |  |  |
| **16** | 心脏瓣膜置换抗凝治疗 |  |  |
| **17** | 重症肌无力 |  |  |
| **18** | 强直性脊柱炎 |  |  |
| **19** | 肾病综合征 |  |  |
| **20** | 系统性硬化症 |  |  |
| **21** | 运动神经元病 |  |  |
| **22** | 骨髓增生异常综合征 |  |  |
| **23** | 血友病 |  |  |
| **24** | 原发性青光眼 |  |  |
| **25** | 癫痫病 |  |  |
| **26** | 慢性阻塞性肺疾病 |  |  |
| **27** | 小儿脑性瘫痪 |  |  |
| **28** | 性早熟 |  |  |
| **29** | 小儿智力障碍 |  |  |
| **30** | 广泛性发育障碍 |  |  |
| **31** | 地中海贫血（中间型、重型） |  |  |
| **32** | 类风湿关节炎 |  |  |
| **33** | 风湿性关节炎 |  |  |
| **34** | 甲状腺功能亢进症 |  |  |
| **35** | 甲状腺功能减退症 |  |  |
| **36** | 阿尔茨海默病（症） |  |  |
| **37** | 慢性乙型病毒性肝炎 |  |  |
| **38** | 丙型病毒性肝炎变 |  |  |
| **39** | 黄斑病变 |  |  |
| **40** | 肺动脉高压 |  |  |
| **41** | 银屑病 |  |  |
| **42** | 多发性硬化症 |  |  |
| **43** | 艾滋病 |  |  |
| **44** | 肢端肥大症 |  |  |
| **45** | C型尼曼匹克病 |  |  |
| **46** | 中重度特应性皮炎 |  |  |
| **47** | 克罗恩病 |  |  |
| **48** | 血小板减少症 |  |  |
| **49** | 特发性肺纤维化 |  |  |
| **50** | 亨廷顿病 |  |  |
| **51** | 肌萎缩侧索硬化 |  |  |
| **52** | 过敏性哮喘 |  |  |
| **53** | 法布雷病 |  |  |
| **54** | 脊髓性肌萎缩症 |  |  |
| **55** | 视神经脊髓炎 |  |  |
| **56** | X连锁无丙种球蛋白血症 |  |  |
| **57** | 耐药肺结核 |  |  |