

淮南市基本医疗保险定点医疗机构 医疗服务协议 (基础协议)

甲方(医疗保障经办机构): _____

法定代表人: _____

地址: _____

邮政编码: _____

联系电话: _____

乙方(定点医疗机构): _____

国家代码: _____

法定代表人: _____

地址: _____

邮政编码: _____

联系电话: _____

2024 年度

目 录

第一章	总 则
第二章	医疗服务管理
第三章	医保目录管理
第四章	医疗费用结算
第五章	医疗服务监管
第六章	价格招采监管
第七章	信息系统管理
第八章	违约责任
第九章	附 则

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》《淮安市职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法》《关于进一步加强淮安市医药机构医疗保障定点管理工作的通知》等法律法规和规章要求，甲方与乙方在自愿、协商的基础上，就医疗保障服务有关事宜签订如下协议。

第一章 总 则

第一条【基本要求】甲乙双方应当认真贯彻国家、省以及统筹地区医疗保障、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，保证参保人员享受基本医疗保障待遇。

第二条【适用范围】乙方为职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、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等参保人员（以下统称“参保人员”）提供的医疗保障（含生育保险，下同）服务，适用本协议。

第三条【服务内容】乙方为参保人员提供医疗服务的基本范围包括：☐普通门诊（☐职工医保门诊统筹☐居民医保门

诊统筹)□职工医保个人账户□门诊特定病种□居民门诊两病□普通住院□日间手术□生育医疗□家庭病床。其他需符合相应条件的范围:□国谈药定点□互联网诊疗服务。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。甲方指导乙方按规定选择服务范围,并履行对应的协议条款。

第四条【甲方权利】甲方行使以下权利:

- (一)按照法律法规规章及政策对乙方开展协议管理;
- (二)掌握乙方的运营管理情况,从乙方获得医保费用审核检查、绩效考核和会计核算所需要的信息数据以及药品、医用耗材、医疗服务项目等数量和价格等数据资料;
- (三)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;
- (四)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;
- (五)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、追回违规费用、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;
- (六)向医疗保障、卫生健康、中医药等行政部门、上级医保经办机构和社会公众通报乙方履行医保协议以及违规违约行为处理、考核等相关情况;
- (七)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）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）制定完善经办规程，为乙方和参保人员提供优质高效的医疗保障经办服务；

（三）做好医保政策、经办规程的宣传，提供咨询查询服务，及时组织乙方有关人员开展医保政策培训；

（四）建立集体谈判协商机制，合理确定医保基金预算金额、智能审核规则、医保费用拨付时限等，及时组织乙方签订服务协议、规范医疗服务行为、明确违约行为及其责任；

（五）按协议约定及时足额向乙方拨付医保费用；

（六）对乙方违规费用的处理进行解释说明，保护乙方商业秘密；

（七）按时与乙方签订医保协议，向社会公布签订及解除医保协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址等；

（八）法律法规规章规定的其他义务。

第六条【乙方权利】乙方行使以下权利：

（一）在协议期内获得已结算的参保人员医疗费用中应由医保基金支付的费用；

（二）要求甲方履行协议；

（三）要求甲方对乙方作出的违约处理进行解释说明，对甲方的检查及处理进行陈述、申辩；仍有异议的，有权向医疗保障行政部门申诉；

（四）要求甲方纠正违约行为，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、提起行政诉讼；

（五）有权对完善医保协议提出意见建议；

（六）有权及时获知医保政策、费用结算流程等调整情况；

（七）法律法规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标识；

（二）乙方名称、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、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报告。

（三）依据法律法规、医保政策、诊疗规范和本协议约定，为参保人员提供合理、必要的医疗服务；

（四）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）建立有第三方责任就医审核备案报送制度，负责有第三方责任就医纳入医保审核工作。

（六）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，开展医保政策内部培训，定期检查本单位医保基金使用情况，及时纠正不规范行为；

（七）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；

（八）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；

（九）向甲方提供医保审核核查、绩效考核、财务记账等所需要的信息数据以及药品、医用耗材、医疗服务项目等数量和价格等数据资料；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）保护参保人员个人信息，确保医保数据安全；

（十一）向社会公开医药费用及费用结构等信息，公布投诉举报渠道，包括全市统一医保投诉热线 12393 和乙方渠道，及时处理举报投诉问题，接受社会监督；

（十二）法律法规规章规定的其他义务。

第八条【共同责任】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，向对方提出合理建议。

第二章 医疗服务管理

第九条【诊疗服务】乙方应严格遵循医疗保障、卫生健康、中医药、市场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，控制医药费用不合理增长，减轻参保人员个人负担。

第十条【就医核验】参保人员就医时，乙方及其工作人员应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。参保人委托他人代为配药的，乙方应当核验参保人与代办人双方有效身份凭证。乙方发现证件无效、人证不符的，不得进行医保结算，并及时通报甲方。在住院患者病历中，留存身份证或社会保障卡复印材料，乙方不得以任何理由收集、滞留参保人员社会保障卡。

第十一条【处方管理】乙方应按照处方管理相关规定，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。

乙方在参保人门诊刷卡结算药品时，普通门诊、门特、“双通道”管理药品等处方及长期处方按照相关规定执行。

第十二条【出入院管理】乙方应严格执行入院、出院标准，住院和养老生活区域须独立分开，为日间手术患者建立日间病房，划出独立治疗区域，按规定及时为符合入院指征的参保人员办理住院手续，为符合出院条件的办理出院手续，结算医疗费用。乙方不得推诿和拒绝符合入院标准的参保人员住院治疗，不得为不符合入院指征的参保人员办理住院治疗，不得因结算方式调整、考核等理由，要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院。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，其医疗费用不再纳入医保基金支付范围。

乙方应加强对住院病人的管理，住院病人因特殊情况确需临时离开医院的，应履行请假手续，乙方及时按要求落实请假手续报甲方备查。

乙方应在病历中如实记录外伤原因及就诊情况，每日 17 时前向甲方报备收治外伤病人情况，并填写《淮安市医疗保险参保人员意外伤害情况说明》表（附表 2），同步与病案留存备查，相关的信息要及时、准确，不得篡改作假。

不得分解住院、挂床住院，不得以减免起付标准、减免应由个人负担费用、发放实物、发放卡券、返还现金、免费体检等名义，降低住院标准，诱导参保人员住院。

乙方应当严格控制参保人员医保目录外医药费用比例，年度全院参保人员住院医保目录外医药费用占住院总费用的比不超过 8%。

第十三条【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。

第十四条【异地就医】乙方应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，配合甲方做好医疗费用直接结算等事项。乙方所提供异地就医医疗服务情况，对异地就医人员住院费用明细、出院小结单独建档保存，甲方纳入本地统一管理和考核。

第十五条【门诊统筹】乙方及时为符合条件的参保人员普通门诊就医提供合规的门诊统筹医疗保障服务，按照相关

规定保存处方、治疗登记等资料。乙方门诊统筹服务功能与基本医疗保障定点资格同步，乙方机构或医保医师个人因违约违规等行为受到处理处罚时，含其门诊统筹服务资格。

第十六条【居民两病】承担居民门诊高血压、糖尿病（简称“两病”）的乙方，应落实“两病”门诊用药保障政策，开展“两病”政策宣传，依托家庭医生团队做好确需采取药物治疗的“两病”患者的确诊和筛选工作，合理使用药品，实现人员信息对接并实行动态调整。

第十七条【门特管理】乙方提供门诊特殊疾病病种（以下简称门特）认定服务的，应严格按照甲方规定的门诊特殊疾病病种认定标准进行认定，不得出具虚假认定资料。乙方应及时受理参保病人的门特待遇申请，参照门特诊断标准为参保病人办理门特待遇审核工作，并及时将符合条件的人员信息上报甲方进行备案。

第十八条【知情同意权】乙方应当保证参保人员知情同意权，向参保人提供住院日费用清单和出院费用明细清单，建立并执行自费项目参保人知情确认制度，参保人住院期间的费用必须完整的计入医保结算信息系统（生育住院中新生儿费用除外）。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。乙方应当如实提供医疗费用结算单据和相关资料等，应为参保人员提供查询服务或渠道，并承担解释工作。

第十九条【互联网医院定点】对乙方提供“互联网+”医疗

服务，与医保支付范围内的线下医疗服务内容相同，且执行相应公立医疗机构收费价格的，经相应备案程序后，按照自愿申请的原则，甲方应将符合医保定点条件的互联网医院纳入医保定点范围，同等履行与实体医疗机构签订的医保服务协议。乙方发生实体机构违约违规处罚等行为，其“互联网+”医疗服务相同内容同时接受违约违规处罚。

第二十条【线上支付】甲方根据“互联网+”医疗服务的特点，推进“互联网+”医疗服务医保支付工作。乙方应当做好与医保信息系统对接，按要求完善医保移动支付，为患者提供电子票据、电子发票或及时邮寄纸质票据。乙方“互联网+”医疗服务费用结算明细、药品、耗材、医疗服务项目和门诊病历等信息纳入智能监控范围，加强对乙方“互联网+”临床诊疗行为的引导和审核。线上线下项目实行同等的医保支付政策。

第二十一条【就医审核】乙方应当建立互联网医院医保服务管理制度，依托医保电子凭证、人脸识别等技术进行实名认证，落实线上实名制就医。建立在线处方审核制度，加强医疗服务行为管理，保障诊疗、用药合理性。乙方要确保运用图文、音频、视频等“互联网+”医疗服务接诊形式的真实性，防止出现虚构医疗服务等违规行为。甲方对不符合规定的诊察费和药品费等费用予以拒付，并按协议约定进行处理。

第三章 医保目录管理

第二十二条【医保目录】甲方应当建立基本医疗保险药

品目录、医用耗材目录、诊疗服务项目目录、医疗服务设施项目等目录（以下简称医保目录）管理办法，严格执行目录和目录库管理政策规定，按时做好信息维护工作，及时指导乙方做好对照工作。

乙方应当严格执行医保目录及支付标准，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。超出医保目录及支付标准的医疗费用，甲方（医保统筹基金）不予支付。

第二十三条【中药配方颗粒】甲乙双方严格执行省定《江苏省基本医疗保险中药配方颗粒管理暂行办法》。甲方运用智能监控等手段强化对中药配方颗粒使用及费用监测，严厉查处冒名开药、串换药品、利用享受医保待遇转卖药品等违法违规行爲。乙方要依法依规加强对中药配方颗粒进行使用管理，细化中药配方颗粒临床合理规范使用措施，确保中药饮片的主体地位。严格按照国家规定的加价率销售，建立健全药品“进、销、存”全流程记录和管理制度。建立中药配方颗粒处方点评制度，规范医生处方行为，严禁超量开药、重复开药、超限定开药。

第二十四条【药品供应】乙方应当落实合理用药主体责任，建立本机构药品目录与医保目录调整联动机制，在新版《药品目录》实施后1个月内召开专题药事会，优先使用医保目录内药品。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。乙方不得要求住院的参保人员到门诊缴费、外购有关药品或医用耗材等，国谈

药“双通道”管理药品可由参保人按规定申请，审批后在国谈药定点零售药店购取、使用。

第二十五条【用药管理】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。住院医嘱、门诊统筹处方等医保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，超出药品说明书适应症、超出《药品目录》限定支付范围的费用，甲方不予支付。

第二十六条【“双通道”管理】甲乙双方严格执行国家医保谈判药品（以下简称“国谈药”）相关政策，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。对于暂时无法纳入本医疗机构供应目录，但临床确有需求的药品，应纳入临时采购范围，建立了绿色通道，简化程序、缩短周期、及时采购。对于暂时无法配备的药品，要建立健全处方流转机制，通过处方流转中心流转至国谈药定点零售药店配药。临床医师开具的外配处方必须符合诊疗规范和处方管理要求，确保国谈药使用过程可追溯、质量安全有保证、应用合理规范。

第二十七条【特殊药品管理】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。

第二十八条【进销存管理】乙方严格按照有关规定购进、使用、管理药品和医用耗材，建立购进、销售、库存（以下简称“进销存”）电子台账，留存凭证和票据，相关信息数据

可追溯。

第二十九条【医疗服务项目】乙方应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》准许范围或执业地址开展医疗服务，超出规定范围的项目甲方不予结算。

第四章 医疗费用结算

第三十条【总额预算】甲方应当建立基金支出总额预算管理办法，建立谈判协商制度，科学合理确定总额预算指标，开展总额预算指标执行情况考核评价。

第三十一条【资金预付】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，可按国家规定预拨专项资金。

第三十二条【支付改革】甲乙双方应严格执行《淮安市医疗保障区域点数法总额预算和按病种分值付费管理办法（试行）》等我市医保费用结算的有关规定，推行以住院费用按病种分值付费（DIP）为主，按床日、人头、项目等多元复合式付费方式。服务范围含普通住院的乙方，为DIP试点单位，配合甲方共同推进以DIP为主的支付方式改革工作。

第三十三条【医疗收费】乙方为公立医疗机构的，应严格执行国家、省或设区市医疗保障部门制定的医疗服务项目和价格政策。乙方为非公立医疗机构的，应按照国家政策和协议条款，提供医疗服务并按规定收费。

无特殊情况，乙方不得要求参保人全额现金结算医疗费用，除已备案项目外，不得减免或变相减免应由参保人个人承担的费用。

乙方应全面落实医药价格公示制度。不得重复收费、套用收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、医疗服务项目收费，不得将应当由医保基金支付的医疗费用转嫁给参保人员自费。

第三十四条【费用申报】乙方应当按规定向甲方申报医保费用，并留存结算清单、票据、出院诊断证明等相关资料备查。

第三十五条【费用结算】乙方申报的医药费用，应严格执行国家、省和设区市有关医疗服务价格政策，统筹区医保支付方式有关规定。

乙方违反相关规定收费的费用，医保基金不予支付；乙方已收取的不合规费用，应及时退还给甲方或参保人员。

乙方应加强病案质量管理，严格按照疾病诊断标准规范填写医保费用结算清单和病案首页，及时、完整、规范上传相关数据；因数据上传时间、质量造成的医保基金损失的由乙方承担。

乙方为非公立医疗机构的，甲方可按约定以不高于同等级、同类型公立医疗机构的医疗服务项目收费标准结算相关医疗费用。国家谈判、带量采购等已制定医保支付标准的药品，非公立医疗机构统一执行医保支付标准；尚未制定医保支付标准的药品，以省阳光挂网价格为非公立医疗机构医保

支付上限。

乙方为养老机构内设的医疗机构或乙方设置康复、护理、安宁疗护病床的，在纳入医保定点管理范围后，医保基金只能用于支付符合基本医疗保障范围的疾病诊治、医疗护理、医疗康复等医疗卫生服务费用，不得用于支付生活照护等养老服务费用。

乙方不得将违反医疗保障基金支付政策和医保协议而被经办机构不予支付的费用、按照医保协议被扣除的质量保证金以及支付的违约金等作为医保欠费处理。

第三十六条【费用审核】甲方建立初审、复审两级审核制度。对乙方申报的医疗费用实现100%的初审，复审比例不低于总量的5%。甲方审核查实的违规费用，可按抽查结果同比例放大后拒付；发现乙方疑似违约行为、违规费用，应当通过调阅病历、现场核查等方式进行核实。甲方反馈给乙方的违约行为及疑似违约行为，乙方应当及时处理，且不得影响参保人员结算。

第三十七条【费用拨付】甲方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（遇系统停机等特殊情况顺延）。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。经核实的乙方违法违规违约费用，甲方不予支付，已经支付的予以追回。

第三十八条【履约保证金】甲乙双方商定，甲方预留乙方预留不高于5%的年度定点医疗机构总额预算或者年度医

保基金实际结算金额作为医保服务质量保证金。甲方根据乙方履行协议情况、考核结果等，与乙方清算质量保证金。

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予以抵扣。不足抵扣的，由乙方补足。

第三十九条【医疗纠纷费用】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。

第五章 医疗服务监管

第四十条【医保稽核】甲方应当建立健全医保审核检查制度，依法依规开展日常审核、专项检查和重点核查等。

甲方或委托的第三方（包括但不限于机构、组织、检查组等，下同），可定期、不定期对乙方履行医保协议等情况进行核查。

第四十一条【检查实施】甲方或委托的第三方实施协议管理检查时，应确保检查人员不少于2人，并主动表明身份、出示工作证件。实施核查，不得妨碍乙方正常的工作秩序，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。

乙方应当积极配合检查，按要求提供相关资料，确保提供的资料真实、准确、完整，不得拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报。乙方在保留申诉权利的前提下，须对检查结果当场进

行签字确认并加盖公章。拒绝签字或盖章的，检查人员应在核查结果上注明。

稽核检查完毕后，甲方应及时将稽核检查结果以书面形式反馈给乙方。

第四十二条【智能审核】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的，乙方应当配合甲方开展医保智能审核工作，确保提交给甲方申报资料的真实性、合规性和完整性。

第四十三条【检查期间处置】甲方实施协议管理检查期间，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）、中止本协议，直至稽核检查结束。查证属实的，甲方依据本协议约定进行处理。

第四十四条【违规处理】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，或多付的预付费用，甲方有权要求乙方清退。涉及违法违规的，按相关规定处理。

第四十五条【医保考核】甲方制定协议管理考核办法，加强对乙方执行医保政策、履行医保协议、落实医保改革任务、自费费用控制等情况的考核。考核结果与医保付费、审核检查、协议管理等关联，与乙方年终清算、质量保证金退还、次年总额控制指标确定、医保资金预付和协议续签等挂钩。

甲方建立和完善定点医疗机构动态管理和退出机制，对

乙方年度考核不合格的，甲方不与乙方续签医保协议。

第六章 价格招采监管

第四十六条【专项预算】甲方对乙方（公立医疗机构）药品（医用耗材）实行专项预算编制管理，按照“共同确定年度基数、医保部门编制草案、医疗机构反馈确认、医保部门核定发布”的程序实施。药品、医用耗材专项预算一经确定，一般不作调整。

第四十七条【扣减设置】甲方按照乙方（公立医疗机构）药品（医用耗材）报销比例、药品（医用耗材）网上采购率等分段设置扣减比例，对网下采购药品（医用耗材）使用的医保基金实施扣减。具体按省医保局药品（医用耗材）专项预算相关文件政策执行。

第四十八条【平台采购】乙方（公立医疗机构）在药品、医用耗材招采工作中，按照省、市阳光采购的相关要求，确保在省招采子系统上应上尽上、应采尽采、公开交易、阳光采购。乙方未能按要求与省招采子系统实现信息化对接、数据质量完整性和一致性的，甲方可以不予结算。

第四十九条【网采率标准】乙方（公立医疗机构）应积极推进阳光采购工作，药品阳光采购率 97%以上；医用耗材阳光采购率达 95%。乙方应积极推进信息化建设，保障阳光采购相关要求得到落实，开展平台公开议价，完善新增挂网药品（医用耗材）采购流程，做好每月药品（医用耗材）阳光采购数据报送。

第五十条【带量采购】乙方（公立医疗机构）应参加药品（医用耗材）集中带量采购，鼓励民办医疗机构积极参与。乙方作为采购执行主体，按要求积极上报采购信息、参与联盟谈判、签订采购合同、支付相关货款，确保完成合同用量，按合同要求及时回款。未完成约定采购量的，视情形按剩余合同金额从该公立医疗机构年度医保结算总额中扣除。

第五十一条【集采协同政策】甲方加强对乙方带量采购预付金使用监管，对乙方不按期回款、变相延长货款支付周期等行为，应及时督促纠正。甲方严格落实国家结余留用相关政策，乙方应积极配合完成相关考核。

第五十二条【数据监测】乙方应完成医疗机构收费年度报告和统计分析工作，做好价格监测和成本调查，向甲方报送数据应及时准确。乙方应对新增完善医疗服务价格项目进行前期论证、初核，并按要求整理资料报相关部门。

第五十三条【规范收费】乙方（公立医疗机构）应严格执行医疗服务价格相关政策，按项目价格、内涵、计价单位、说明进行收费，积极参与医疗服务价格制定调整工作，并提出合理化建议。

第七章 信息系统管理

第五十四条【系统建设】乙方应当完善医疗机构信息系统（即 HIS 系统），配备必要的设施设备，经甲方验收合格后与医保信息系统有效对接。乙方保证对接医保信息系统的网络、设备与互联网物理隔离，与其它外部网络联网时采用

有效的安全隔离措施。

第五十五条【接口对接】甲方向乙方提供医保信息系统接口标准、接口规范，乙方严格按照甲方提供的接口标准和规范做好本单位医保信息系统建设和日常维护工作。

第五十六条【设备管理】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、社会保障卡或身份证等联网结算医疗费用。乙方应加强对医保业务综合服务终端的管理，不得转借或赠与他人，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。

第五十七条【医保信息业务编码标准数据库动态维护】甲方应按照国家统一要求，组织做好医保信息业务编码标准数据的应用和动态维护工作，并及时通知乙方做好更新维护，乙方应予以配合。

乙方应在院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。对乙方信息维护不及时、对应不正确，导致影响相关医疗费用正常结算的，由乙方自行承担。

第五十八条【信息共享】乙方应当按照甲方要求，整改完善不达标的联网数据，实时将参保人员发生的诊疗服务、医疗费用以及医保基金监管、审核、结算所需的信息、数据传输至甲方信息系统，并确保信息真实、准确、完整。

第五十九条【信息安全】甲乙双方应当严格遵守国家、省及统筹地区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。甲乙双方应当制定应急预案，一旦信息系统出现故障并影响参保人员就医的，应及时通知对方启动应急预案，保障参保人员合法权益。

第八章 违约责任

第六十条【甲方违约责任】甲方有下列情形之一的，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：

- （一）未及时与乙方签订医保协议；
- （二）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，及医疗保障咨询、查询服务的；
- （三）未按协议约定拨付医保费用的；
- （四）未按协议约定对乙方作出的违约处理进行解释说明的；
- （五）工作人员违反工作纪律规定，对乙方造成影响的；
- （六）不遵守个人信息保护和数据安全有关制度，导致个人信息或乙方商业秘密泄露的；
- （七）其他违反法律法规、规章及本协议约定的行为。

第六十一条【约谈整改】经查实，乙方有下列违约情形之一的，甲方有权约谈乙方，督促其限期整改：

- （一）医疗费用增长异常，明显高于同级同类定点医疗机构平均水平的；
- （二）未建立医保管理、财务、统计信息、绩效分配和

基金使用等内部管理制度，或未开展药品、医用耗材进销存管理的；

（三）未指定部门、配备专（兼）职人员负责医保管理的；

（四）未按规定保管并向参保人员提供医疗费用结算单据和相关资料，或者未履行知情同意手续的；

（五）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；

（六）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；

（七）推诿、拒收参保人员，或者减少服务、降低服务标准，或者未达出院标准要求患者出院；

（八）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、社会保障卡或身份证联网结算医疗费用的；

（九）将甲方不予支付的费用、按照医保协议被扣除的质量保证金以及向甲方支付的违约金等作为医保欠费处理的；

（十）未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息以及投诉举报渠道，或未及时处理举报投诉或社会监督反映问题的；

（十一）未执行处方外配制度，拒绝为参保人员开具处方到定点零售药店购药的；

（十二）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；

（十三）其他未按协议约定落实管理措施，且未造成基金损失的。

第六十二条【暂停拨付】经查实，乙方有下列违约情形之一的，或违反第五十一条造成社会影响较大的，甲方有权约谈、督促其限期整改，如造成基金损失的，有权暂停拨付乙方医保费用（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）：

（一）未按规定及时向医保信息平台传送参保人员医保结算和审核所需信息、数据；

（二）未按照甲方提供的接口标准进行程序开发和改造，或未做好医保信息平台安全隔离措施的；

（三）未遵守国家、省及统筹地区药品或医用耗材采购、使用管理规定的；

（四）未按要求配合推进医保支付方式改革的；

（五）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；

（六）一般信息发生变更，未书面告知甲方的；

（七）未按规定使用国家统一的医保信息业务编码，或者未配合甲方做好国家编码标准数据库建设及维护工作，或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的；

（八）在甲方规定时间内未及时退回违规费用、支付违

约金，或未按规定归还甲方预付的集中采购货款的；

（九）诱导参保人员在住院期间到门诊缴费、药店购药或另设账号缴费的，或将应当由医疗保障基金支付的费用要求患者自费的；

（十）不遵守个人信息保护和数据安全有关制度，导致个人信息泄露的；

（十一）将医保结算设备转借、赠与他人或改变使用场地的；

（十二）其他对基金拨付造成影响，乙方应予以整改的情形。

第六十三条【处违约金】经查实，乙方有下列违约情形之一且造成医保基金损失的，甲方在约谈、督促其限期整改的基础上，不予支付违规费用、已经支付的予以追回，情形较重的，要求乙方支付违规费用 20% 的违约金。乙方未按要求支付违约金的，甲方从其质量保证金中等额扣除（下同）。无法明确违规费用，可暂停医保拨付。

（一）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，或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；

（二）提供的医保结算数据与实际不一致，或未按照规定保管财务账目、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，造成无法核实费用发生及结算真实情况的；

（三）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；

（四）低标准入院、分解住院、挂床住院，造成医保基金不合理支出的；

（五）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、超标准收费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的；

（六）重复收费、超标准收费、分解项目收费；

（七）串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，高套低靠病种（组）编码，以药换物；

（八）未按照门诊慢、特病病种认定标准进行认定，造成医保基金不合理支出的；

（九）超适应症、超疗程用药，或超医保目录限定使用范围并纳入医保结算范围的；

（十）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的；

（十一）未核验参保人员医疗保障凭证，造成冒名就医的；

（十二）未严格掌握物理治疗与康复项目、中医诊疗项目、精神科诊疗项目、口腔科治疗等项目适应证，或未按要求记录治疗部位、次数、疗程等明细的，造成医保基金不合理支出的；

（十三）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；

（十四）其他造成医保基金损失的行为。

第六十四条【中止协议】乙方发生下列违约情形之一的，或违反第五十三条造成医保基金较大损失或社会影响较大，或在按本协议第五十三条处理的基础上，违约金为违规费用的30%；情节严重的，甲方给予乙方中止协议处理，中止时间不超过180日（中止协议处理，可视情况执行到乙方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），有权向社会公布：

（一）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；

（二）不配合费用审核、协议管理检查、绩效考核的；

（三）采取虚假宣传、减免自付费用、返现回扣、发放实物、卡券、赠送礼品、免费体检等方式，诱导参保人员就医、住院的；

（四）以骗取医保基金为目的，串换医保药品、医用耗材、医疗服务项目的；

（五）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；

（六）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，骗取医保基金的；

（七）将科室承包、出租给个人或其他机构的；

（八）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；

- (九) 为参保人员套取个人账户资金的；
- (十) 门诊慢特病病种认定提供虚假认定资料的；
- (十一) 因违法违规行为被媒体曝光，造成重大舆情的；
- (十二) 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约谈后要求限期整改的未按要求整改或整改不到位的；
- (十三) 法律法规和规章规定的应当中止协议的其他情形。

第六十五条【解除协议】乙方发生下列违约情形之一的，或违反第五十二条、第五十三条、第五十四条情形，且性质恶劣的，造成医保基金重大损失或社会影响严重，甲方应解除协议，不予支付违规费用、已经支付的予以追回，要求乙方支付违约金（可视情况执行到乙方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：

(一) 协议履行期间，乙方情况发生变化，医疗机构设置及配置不再符合本统筹区定点医疗机构确立的基本条件和评估要求的；

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

(三) 拒绝、阻挠或者严重不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核、监督检查等的；

(四) 因违反行业主管部门规定致机构注销并收回医疗机构执业许可证或者诊所备案凭证；

（五）医疗保障行政部门或者其他有关部门在行政执法中，发现定点医疗机构存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金损失的；

（六）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

（七）被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的；

（八）乙方停业或歇业后未按规定向甲方报告的；

（九）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

（十）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；

（十一）法律法规和规章规定的应当解除协议的其他情形。

第六十六条【失信惩戒】经查实，乙方及工作人员存在骗取医保基金等违法违规行为，被医疗保障行政部门作出行政处罚的，医疗保障行政部门将乙方和工作人员纳入医保领域失信对象名单，并按相关规定进行处理。

第六十七条【移交处理】乙方违反协议约定，包括发生第五十四条第五款、第六款情形或其他骗取医疗保障基金支出行为，依法还应给予行政处罚的，甲方应提请违法行为发生地医疗保障行政部门进行行政处罚。乙方被追究行政、刑事责任，不影响乙方按照本协议约定承担违约责任。

第六十八条【公示义务】乙方在停止医保服务期间（含中止协议、解除协议等），应在其营业场所显著位置将有关

情况进行公告，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。

第六十九条【自律管理】在甲方或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、清退违规费用，可不再给予其他协议处理。

第九章 附 则

第七十条【效力约定】协议执行期间，国家法律法规和政策有调整的，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改和补充，其效力与本协议等同。

第七十一条【效力约定】甲乙双方及时对协议管理动态变化（如新增、违约、中止、解除等）进行相关医保信息实时管理，包括但不限于：定点机构医保标识悬挂与摘除、纸质档案、电子档案、月度动态调整表、国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台等。

第七十二条【违规费用认定】本协议所称违规费用为医保结算后，乙方违规行为涉及的医疗费用。违规费用中参保人员损失的费用应当由乙方退回参保人员。在甲方处理之前涉及参保人员损失的费用由乙方提供证明已经退回参保人员的，可以进行核减；乙方不能证明已经退回的，所涉违规费用退回医保基金。

第七十三条【争议处理】甲乙双方在协议履行过程中发

生争议的，可通过协商解决或提请同级医保行政部门协调处理。协商不成或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。

第七十四条【补充协议】甲乙双方可根据统筹地区实际、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。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。

第七十五条【协议续签】协议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经办机构统一组织。甲方与乙方就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。

第七十六条【协议终止】有下列情形之一的，协议终止：

- （一）乙方主动提出且甲方同意的；
- （二）超过本协议有效期，甲乙双方就续签协议未达成一致的，或乙方未按甲方要求续签协议的，医保协议到期后自动终止；
- （三）因不可抗力致使协议不能履行的；
- （四）法律法规和规章规定的其他情形。

第七十七条【协议时效】本协议有效期自2024年 月 日起至2024年 月 日止。协议期满后，根据考核结果确定是否续签。考核结果公布前，本协议继续生效。

第七十八条【留存备案】本协议一式二份，甲乙双方各执一份，签字盖章后生效。

甲方：

统筹区医保经办机构（公章）

法人代表：（签章）

年 月 日

乙方：

零售药店（公章）

法人代表或

主要负责人：（签章）

年 月 日

附表 1

纳入 XX（乙方）一体化管理范围

文本序号：

乙方：（公章）

序号	名称	地址	负责人	联系方式

*如有变更，乙方及时向所在地经办机构报备。

一体化管理的村卫生室，由上级卫生院在附表中完整准确记录信息，卫生室不另行签订；独立法人的卫生室须单独签订协议。

附表 2

淮安市医疗保险参保人员意外伤害情况说明

伤者姓名		性别		年龄		参保地	
家庭地址					联系人		
身份证号					联系电话		
当事人或其亲属 / 朋友填写	受伤具体时间： 年 月 日 时 分						
	受伤详细地点：						
	受伤详细经过：						
	致伤直接原因：						
	其他有关说明：是否 110 处警（ ），是否 120 救护（ ）。						
	本人确认以上情况属实，如经查不实，本人愿意承担一切责任。						
	本人或其亲属、朋友签字（手印）： 年 月 日						
医护人员审查意见	病史：						
	诊断：						
	意见：						
	接诊医院：						（ ）科
	经治医师：			护师：		年 月 日	

特别提示：依据《中华人民共和国社会保险法》第三十条规定，应当从工伤保险基金中支付的、应当由第三人负担的、应当由公共卫生负担的、在境外就医的医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围；第八十八条规定，以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取社会保险待遇的，由社会保险行政部门责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。第九十四条规定，违反本法规定，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

备注：乙方应在病历中如实记录外伤原因及就诊情况，每日 17 时前向甲方报备收治外伤病人情况，并填写《淮安市医疗保险参保人员意外伤害情况说明》表，同步与病案留存备查，相关的信息要及时、准确，不得篡改作假。