

附件 1

青海省医疗保障定点医疗机构服务协议

(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）： _____

定点医疗机构医保代码： _____

法定代表人或委托代理人： _____

地 址： _____

邮政编码： _____

联系电话： _____

青海省医疗保障局制

青海省医疗保障定点医疗机构服务协议

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》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等法律法规规章和政策规定，甲乙双方在协商、自愿的基础上，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】 甲方为医疗保障经办机构，乙方为定点医疗机构。甲乙双方应当严格执行国家和青海省相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 【服务对象】 乙方为职工、城乡居民基本医疗保险参保人员及享受其他医疗保障人员提供的医疗保障服务，适用本协议。甲方按照法律法规规章和政策规定对乙方开展协议管理。

第三条 【服务范围】 乙方为服务对象提供住院、普通门诊、门诊特殊病慢性病、特殊药品、城乡居民“两病”等医疗服务，应当符合卫生健康部门核准的诊疗科目和执业范围，符合药品、医用耗材、卫生技术等要求，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 【甲方权利】甲方享有以下权利：

（一）有权掌握乙方的运行管理情况，从乙方获得医保费用审核、检查、绩效考核、财务记账等所需要的医疗文书、信息数据以及药品、医用耗材、医疗服务项目等进、销、存数量和出入库价格，相关成本、资源消耗、薪酬分配等数据资料；

（二）有权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，对乙方履行医保服务协议等情况进行监督检查和考核；

（三）有权委托符合条件的第三方机构和专业人员协助开展费用审核、检查等；

（四）有权督促乙方履行协议，调查、处理乙方违约行为，根据协议约定，给予乙方约谈、限期整改、暂停拨付、不予支付违规费用（已支付的予以追回）、支付违约金、中止协议、解除协议等处理；

（五）有权向医疗保障、卫生健康、市场监管等部门和社会公众通报乙方履行医保协议以及违法违规违约行为处理、考核等相关情况；

（六）有权要求乙方按期完成需要乙方配合的医保改革任务；

（七）法律法规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）贯彻落实医保政策规定，加强医保基金管理，维护参保人员合法权益；

（二）及时向乙方通报医保政策调整情况，开展医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传和业务培训，为乙方提供业务医疗保障咨询、查询服务；

（三）按协议约定及时向乙方结算医保基金；

（四）向乙方提供医保信息平台数据集和接口标准；

（五）对乙方的医保服务行为进行监管和检查，将有关情况及时反馈乙方，并对乙方的违约行为及时作出处理；

（六）甲方将乙方为异地就医参保患者实施的医疗服务情况纳入监管和考核范围；

（七）遵守个人信息保护和数据安全有关规定，保护参保人员个人信息及乙方商业秘密；

（八）组织乙方签订医保协议、规范医疗服务行为、明确违约行为及其责任，并及时向社会公布签订及解除医保服务协议的定点医疗机构名单；

（九）法律法规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）有权要求甲方履行协议；

（二）有权及时获知医保政策、费用结算流程等调整情况；

（三）有权要求甲方提供医保信息平台数据集和接口标准；

（四）有权对完善医保政策提出意见建议，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规违纪行为；

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

（六）甲方违反医保协议的，有权要求甲方纠正或者提请医保行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼；

（七）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）依据法律法规、医保政策、诊疗规范和本协议约定，为参保人员提供规范的医疗服务及医保结算；

（二）规范医疗服务行为，提高服务质量，合理使用医保基金，维护参保人员合法权益；

（三）建立医保服务首问负责制，提供咨询服务，公布投诉举报渠道，及时处理举报投诉问题，接受社会监督；

（四）建立健全医疗保障管理机构，建立与医保政策对应的内部管理制度和财务制度，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；

（五）主要负责人负责医保管理工作，配备专（兼）职管理人员实施医保管理；100张床位以上的医疗机构应设内部管理部门，配备专职工作人员；

（六）在显著位置悬挂甲方统一制定的定点医疗机构标牌，设置医疗保障服务窗口和意见箱，宣传医疗保障政策、推广医保码使用；

（七）将病历数据（主要包括病案首页等信息）、诊断治疗信息、结算数据等涉及到医疗保障管理服务和费用结算的各类相关数据当天传输至甲方；

（八）向甲方或符合条件的第三方机构提供医保费用审核、稽核检查、绩效考核、财务记账等所需要的医疗文书、信息数据以及药品、医用耗材、医疗服务项目等进、销、存数量和出入库价格，相关成本、资源消耗、薪酬分配等数据资料，保证提供的材料和信息真实、准确、完整；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；

（九）自觉接受甲方对医保服务行为的监管和检查，对医保服务信息真实性承担法律责任；

（十）按照医疗保障部门要求，配合甲方推进各项医保改革任务；

（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信息、费用结构等信息；

（十二）保护参保人员个人信息，确保医保数据安全；

（十三）法律法规规章规定的其他义务。

第八条【共同监督】甲乙双方均应履行本协议，依照国家、省、统筹地区有关法律法规规章及政策规定，监督对方执行有关

法律法规政策和履约情况，向对方提出合理化建议。

第二章 基础管理

第九条【基本要求】乙方应合法执业、合规服务，在本服务协议履行期间：

（一）保证《医疗机构执业许可证》或《中医诊所备案证》或《军队医疗机构为民服务许可证照》、《营业执照》或《民办非企业单位登记证》或《事业单位法人登记证》等证照合法有效；

（二）服务内容与经卫生健康部门核准的医疗机构执业许可范围一致。

第十条【信息变更】协议履行期间，乙方的单位名称、执业地址、法定代表人、统一社会信用代码、主要负责人或实际控制人、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，并提供批准变更文件（或证照）的原件、复印件及甲方要求的其他资料。同时，乙方应通过国家医保信息业务编码标准数据库动态维护窗口进行变更申请。其他一般信息变更（包括但不限于医疗服务项目、检查检验设备等）应及时书面告知。

乙方发生下列情形之一的，甲方不予受理其信息变更：

- （一）乙方因违法违规违约处于中止协议处理期间的；
- （二）乙方涉嫌违法违规违约处于稽核检查期间的；

(三) 乙方因违法违规违约被解除协议后，通过变更名称、法定代表人、主要负责人等方式提出变更备案申请的；

(四) 法律法规和规章规定的其他情形。

第十一条【基础数据库建设】 甲方应按照国家要求，建立医保药品、诊疗项目、医用耗材、医疗服务项目、疾病诊断和手术操作等基础数据库，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。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。

第三章 医药管理

第十二条【医保目录】 甲方应指导乙方做好青海省基本医疗保险、生育保险药品、医疗服务项目、医用耗材等目录（以下简称“医保目录”）的对应工作。

乙方应严格执行青海省医保目录及医保支付标准，为参保人员提供合理、必要的基本医疗服务。优先配备及合理使用医保目录范围内的药品、诊疗项目、医用耗材，超出目录和支付标准的费用，甲方不予支付。

第十三条【药品及耗材采购】 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”）等信息，建立台账，留存凭证和票据，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、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。

公立医疗机构所使用的药品及医用耗材须在青海省药品耗材采购平台上采购，对于线下采购的药品及医用耗材，应到同级医疗保障部门进行备案，甲方可根据医保管理的需要调查了解上述信息。鼓励非公立医疗机构实行线上采购。

第十四条【集中采购执行】 公立医疗机构应严格执行集中带量采购政策，优先使用集中采购中选药品和医用耗材，不得以费用控制、医疗机构用药品规数量要求、药事委员会审定等为由限制集中带量采购药品和耗材的合理使用。未按规定采购或完不成采购量的，甲方可按比例扣减质量保证金。公立医疗机构每年与生产企业、配送企业签订带量采购购销合同。鼓励非公立医疗机构执行集中带量采购政策。

第十五条【采购回款】 集中带量采购药品及医用耗材货款由医保基金直接向配送企业支付，乙方应及时审核确认配送企业上传的结算数据。

乙方应当按规定与企业结算挂网产品货款，不得拖欠企业货

款，不得变相延长回款时间，并向甲方报送货款结算情况。

第十六条【用药管理】 乙方对参保人员用药应遵循药品说明书，严格执行医保目录内药品限定支付范围规定，并留存用药依据便于甲方核查。乙方超出药品适应症、限定支付范围、缺乏相关依据的费用，甲方不予支付。

第十七条【谈判药品双通道管理】 乙方应严格执行青海省医保特殊药品医保支付政策，保证参保人员能够如期享受到相关待遇。乙方应按照本医疗机构功能定位、临床需求、诊疗能力，建立院内药品配备与医保药品目录调整联动机制，要根据临床用药需求，做到应配尽配、合理使用。对于暂时无法纳入本医疗机构供应目录，但临床确需的医保特殊药品，应纳入临时采购范围，建立绿色通道，简化程序、缩短周期、及时采购。对确实无法配备的，要按照“双通道”管理规定及时为患者提供处方外配服务。

第十八条【医疗机构制剂】 乙方经药品监督管理部门批准生产和使用的医疗机构制剂，限乙方及经批准可以调剂使用的特定医疗机构使用，按相关规定纳入医保基金支付。

第十九条【出院带药和门诊处方管理】 乙方应按照国家处方管理相关规定，认真做好处方的开具、审核、调剂、保管工作。乙方应当执行门诊处方外配相关规定，允许参保人员凭处方到零售药店购药。乙方应规范出院带药和门诊用药管理，在参保患者出院时，严格按照处方管理有关规定执行，出院带药的品种与出院诊断相符。

第二十条【诊疗项目】 乙方开展物理治疗、康复诊疗、中医诊疗、精神科诊疗、口腔科诊疗等服务项目时，应严格掌握适应症，建立治疗台账，明确记录治疗部位、次数、疗程等信息。

参保患者每次治疗结束时，相应的诊疗项目执行单上应有具备资质的卫生技术人员（包括医师、技师或护士）及参保患者（或家属）签字确认，确因患者自身情况不允许且无亲属陪伴的，可改为一疗程结束后由家属签字确认，执行单由乙方留存至少五年，随时供甲方抽查。

第二十一条【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、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，不得事先将检查和治疗在住院结算，出院后到门诊完成，不得将应在住院期间完成的检查和治疗项目，要求患者到门诊结算。

第二十二条【重点监控项目】 乙方应当加强医保目录外项目、重点监控药品和高值医用耗材使用管理，严格控制医保目录外项目、重点监控药品和高值医用耗材使用比例。规范医疗服务行为，严控高值医用耗材的不合理使用，切实减轻参保人员个人负担。

第二十三条【植入器材使用记录】 乙方应当建立植入类医疗器械和材料使用内部申请、审核及登记制度，按规定保存相关资料（植入类医疗器械和材料的条形码、标签、增值税发票等）并向参保人员提供使用记录查询服务。

第四章 医疗服务

第二十四条【诊疗服务】 乙方应严格遵循医疗保障、卫生健康等部门有关规定,为参保人员提供基本医疗服务,合理检查、合理诊疗、合理用药、合规收费,不断提高医保基金使用效能,控制医药费用不合理增长,减轻参保人员个人负担。

第二十五条【就医核验】 参保人员就医时,乙方应当严格执行实名就医和购药管理规定,核验参保人员的医保有效凭证,做到人证相符。人证不符的,不得进行医保结算。参保人员因年老体弱、行动不便等特殊原因需要他人代为结算医药费用的,乙方应当要求其出示委托人和被委托人身份证明并做好登记。乙方不得以任何理由收集、留存参保人员医保有效凭证,不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

第二十六条【出入院管理】 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标准的参保人员办理住院手续,为符合出院条件的参保人员及时办理出院手续,并结算医疗费用。

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。

乙方不得分解住院、挂床住院。参保人员住院期间,因病情需要院内转科治疗的,乙方不得中途办理出院结算手续。

乙方对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，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。

乙方为参保人员办理入院、出院手续时，应严格按医保信息系统要求上传相关信息。因乙方上传入出院信息延迟或错误导致参保人员个人负担加重的，由乙方负责解决。

第二十七条【诊疗记录】 乙方应当按照卫生健康部门相关要求为参保人员建立病历，并妥善保存备查。门诊与住院病历的诊疗记录应当真实、完整、清晰，检查检验须有结果分析。中医及藏（蒙）医的理法方药应遵循辩证施治记录及分析说明。住院病历医嘱、病程记录、检查检验结果、诊断、治疗记录和票据、结算清单等 7 项记载医疗服务内容的资料相互吻合（简称“七吻合”，下同），并与实际情况相符合。

第二十八条【院外检查】 乙方应充分利用参保人员在其他医疗机构所做的检查检验结果，避免不必要的重复检查。

乙方与符合规定的临床检验中心、医学检验中心、病理诊断中心、医学影像诊断中心等作为第三方服务机构，签订委托检查协议，需报甲方备案，备案后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的相关费用由甲方与乙方结算。未向甲方备案的第三方服务机构提供医疗服务产生相关费用，医保基金不予支付。

乙方不得要求参保人员到院外检查及购药，确因需要，对于合理且必须的院外检查，乙方应做好管理登记，并配合甲方做好检查。

第二十九条【转诊转院】 乙方严格落实分级诊疗制度，认真执行差别化支付政策，确因病情需要转诊转院的，应及时办理相关手续，不得将在本机构住院作为转诊的先决条件。

第三十条【门诊慢特病】 乙方提供门诊慢特病（含“两病”）认定服务的，应制定与门诊慢特病政策配套的管理制度和措施，严格按照门诊慢特病病种认定标准进行认定，如实完整填写门诊慢特病认定表，全面、真实的提供与认定病种相关的化验、检查等资料，及时将相关材料上传至医保信息系统，并将相关认定材料按甲方要求保存归档，不得出具虚假的门诊慢特病疾病认定证明，不得跨科室认定。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。

第三十一条【异地就医】 乙方应严格执行异地就医管理相关规定，为异地就医参保人员提供与本地参保人员相同的服务和管理，配合甲方开展异地就医转诊备案管理工作，提供异地就医直接结算服务，并做好异地就医政策宣传解释。配合做好医疗费用手工报销线上办理等事项。配合异地医保部门核实有关医疗费用情况。

第三十二条【互联网+医疗服务】 乙方经卫生健康行政部门批准设置互联网医院或批准开展互联网诊疗活动，应向甲方申请

备案。乙方应完整保存患者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。

第三十三条【意外伤害】 乙方收治意外伤害参保人员时，首诊医生应如实在医疗文书中记录外伤时间、地点、原因、诊疗经过，参保人员主诉无第三方责任的医疗费用，乙方应为参保人员办理直接结算，不得以外伤为由按自费处理；涉及第三方外伤医疗费用，按《社会保险法》相关规定执行。

第三十四条【知情同意权】除急诊、抢救等特殊情形外，乙方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。由于未签知情同意书而发生费用纠纷的，由乙方承担责任。

第三十五条【病案质量管理】 乙方要加强病案质量管理，严格按照《国家医疗保障局办公室关于修订<医疗保障基金结算清单><医疗保障基金结算清单填写规范>的通知》规范填写病案首页，参保患者出院结算7个工作日内完成病案审核，并上传至甲方，确保住院病案首页完整度、合格率、准确性、及时性，不得高编或高靠疾病诊断、手术操作编码，不得高套点数或权重。

对病案首页中的疾病诊断和手术操作编码，乙方应按照国家医保版疾病诊断、手术操作分类与代码（《医疗保障疾病诊断分类与代码》、《医疗保障手术操作分类与代码》、《医疗保障中医病症分类与代码》、《疾病诊断和手术编码对照库》）映射后再准确

上传至医保信息系统。

第五章 医疗费用结算

第三十六条【收费标准】 乙方应严格按照国家和青海省的有关规定进行收费管理。

（一）公立医疗机构（含军队医疗机构）所使用的药品及医用耗材，以实际购进价格为基础实行“零差率”销售，不得加价。

（二）非公立医疗机构应发挥定点属性，合理定价，即药品及医用耗材单价 50 元以下（含 50 元）的在实际购进价格的基础上加价率不高于 15%、50-100 元（含 100 元）的加价率不高于 12%、100 元以上的加价率不高于 10%，但最高加价额不超过 75 元。非公立医疗机构在平台采购的集中带量中选药品及医用耗材，按照中选价格进行结算，不得加价。

（三）中药饮片、中药配方颗粒按照相关规定，加价率严格控制在实际购进价格的 25%以内。经药监部门批准允许调剂使用的院内制剂，调剂使用的医疗机构不得加价。

第三十七条【医疗收费】 乙方应严格执行国家和青海省医疗保障部门制定的医药价格政策，规范医疗收费，按要求公示所有医药价格与收费标准。

乙方应合规收费，未经省级医疗保障行政部门批准的项目不得收费，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给参保人员自费，也不得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。

第三十八条【费用结算】 乙方应按医疗保障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，属于参保人员个人承担的费用，由乙方直接与参保人员结算，并出具医疗收费专用票据（电子发票）。属于医保基金支付的费用，由乙方先垫付，合规费用由甲方按相关规定与乙方结算。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。

未经甲方批准，乙方不得擅自将不具备医保结算资格的分支机构或其他机构的医疗费用纳入申报结算范围。

第三十九条【费用查询】 乙方为参保人员办理出院手续及医疗费用结算时，应如实提供医疗费用结算单据和相关资料，并承担其解释工作。

第四十条【费用申请】 乙方应于每月20日前完成上月医疗费用的拨付申请，同时向甲方报送加盖乙方公章或医保业务专用章的基金拨付单、医疗收费专用票据等相关资料，并按规定留存相关资料备查。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。

甲方及时完成医疗费用的审核拨付。乙方逾期未申报医疗费用，甲方采取电话、书面函告等方式通知乙方。

第四十一条【付费方式改革】 甲方结合实际，推行住院费用按疾病诊断相关分组（DRG）付费或按病种分值付费（DIP）等付费方式，医疗康复、慢性精神疾病等长期住院费用可按床日付费，符合条件的日间手术按病种付费，鼓励提供和使用适宜的中医药服务。乙方应按照甲方要求，配合推进医保付费方式改革。

第四十二条【院内审核】 乙方应当按照医疗保障、卫生健康等部门政策规定，建立健全医保费用内部审核制度，规范医疗服务行为和医疗保障基金使用行为，确保提交至甲方申报资料的真实性、合规性及合理性。乙方应当定期对本单位申报的医保费用进行分析，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员权益，不得推诿拒收病人、不得转嫁医疗费用。

第四十三条【医保审核】 甲方不断完善医疗费用审核制度，加强对乙方医疗费用的审核。

甲方通过智能审核、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，应及时告知乙方并说明理由或通过信息系统提示乙方。乙方对审核情况存在异议的应在5个工作日内（遇法定节假日及系统故障顺延）向甲方提交文字说明及相关佐证材料，乙方逾期未提出书面异议和佐证材料的，视同认可扣款事由及金额，甲方可拒付有关费用。

甲方开展医保审核大数据分析，对增长快、用量大、费用高

的药品、诊疗项目、医用耗材等进行病案抽查，对抽查发现的违规费用不予支付。

第四十四条【费用拨付】 甲方原则上应当在乙方申报医保费用后 10 个工作日内拨付符合规定的医保费用（遇系统故障等特殊情况顺延）。相关医保费用需进一步调查核实的，可暂缓支付。经核实的乙方违法违规违约费用，甲方不予支付，已经支付的责令退回。

根据实际情况需要向乙方拨付周转资金的，乙方应配合甲方做好周转金的回收工作，在规定时限内按甲方要求返还周转金，可原路退回或由甲方从申请拨付的医疗费用中冲抵。

甲方不予支付的费用、乙方因违规产生的费用等，乙方不得作为医保欠费处理，不得长期挂账不予处理。

第四十五条【质量保证金】 为确保乙方严格履行协议，提高医疗服务质量，维护医保基金安全，甲方每月预留拨付费用的 10% 作为医保服务质量保证金。甲方根据乙方履行协议情况、年度考核情况等与乙方清算质量保证金。

第四十六条【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。

乙方有权对甲方认定的乙方违规结论进行陈述、申辩，确有争议的有权向同级医保行政部门申请调解。

第四十七条【医疗纠纷费用】 参保人员与乙方发生医疗纠

纷并涉及医保费用结算的，乙方应当及时报告甲方。在医疗纠纷处理终结之前，相关医疗费用甲方暂不予支付。经合法有效的法律文书确认乙方有责任的，乙方责任范围内及治疗其后遗症所产生的医疗费用甲方不予支付。

第四十八条【结算资料存档】 乙方应按照国家档案管理有关规定，按年度将参保人员医疗费用结算票据、出院诊断证明等医疗保障结算资料存档归卷，以备甲方随时核查。医疗费用结算票据等相关结算资料须加盖乙方公章或医保业务专用章。

第六章 监督考核

第四十九条【协议管理核查】 甲方应建立并完善医保协议管理核查制度，依法依规开展协议管理核查。

甲方或甲方委托的第三方，可定期、不定期的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。

第五十条【协议管理核查实施】 甲方或甲方委托的第三方实施协议管理核查时，核查人员不少于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。核查完毕后，甲方应及时将核查结果以书面形式反馈乙方。

乙方应当积极配合核查，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、阻碍核查或者谎报、瞒报。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。

第五十一条【医保考核】 甲方或甲方委托的第三方机构按照医保行政部门制定的考核办法，对乙方履行医保协议等情况进行绩效考核，并以适当形式反馈绩效考核结果，考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。

第五十二条【争议处理】 甲乙双方均应履行协议约定，监督对方执行有关法律法规政策和履约情况。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。

第五十三条【处罚信息报送】 甲方应与医疗保障、卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门建立费用发生有关的行政处罚信息共享机制。暂不具备条件的地区，乙方受到上述部门费用发生有关的行政处罚的，应在行政处罚决定书送达之日起30个工作日内向甲方报送行政处罚相关信息。

第五十四条【异地就医考核】 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。其他医保部门委托甲方对乙方实行监督检查的，乙方应予以配合。

第五十五条【退出机制】 乙方年度考核不合格的，甲方可以中止乙方服务协议，并限期整改，整改不到位的，甲方终止乙方服务协议。

第五十六条【重大风险处置】 甲方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，有权要求乙方配合检查。检查期间，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，直至检查处理结束，查证属实的，甲方依据本协议约定进行处理。相关情况应及时向同级医疗保障行政部门备案。

第七章 信息系统管理

第五十七条【信息管理】 甲乙双方应严格遵守国家、省信息系统安全管理的相关规定，建立信息安全体系，协调做好医保信息系统的安全工作，保障网络畅通、系统稳定运行，确保数据传输高效、参保人员结算方便快捷，保证参保人员基本信息和结算信息的完整性、准确性和安全性。甲乙双方不得随意泄露参保人员参保及就医信息。

第五十八条【医保网络安全】 医保数据应当在合规、安全的前提下使用，并按照职能分工和工作需要访问。乙方应建立数据安全审批制度，分级分类管理，落实重要数据保护目录，建立完善的智慧医保和安全医保系统，提升医疗保障系统的网络安全和数据安全保护水平。

第五十九条【管理职责】 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单位信息系统与医保信息平台的对接及更新，安装和维护费用由乙方承

担。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费用及指定运行维护供应商。

乙方应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。甲方应根据需要组织乙方专职管理人员进行业务培训。乙方负责医保信息管理的分管领导和具体负责人发生变动时及时向甲方报备。

第六十条【设施要求】 乙方应当完善医疗机构信息系统（即 HIS 系统），经甲方验收合格后与医保信息系统有效连接。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取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，应保存各类检查检验等医疗文书的原始信息，并向甲方备案。因乙方原因造成的数据丢失，产生的损失均由乙方承担。

第六十一条【处方流转平台、进销存系统建设】 甲方应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，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。

第六十二条【结算和服务技术支撑】 乙方应按照甲方要求配备必要的医保费用结算设备，加强对医保结算和服务设备的宣传推广，不断提高医保结算和相关服务的便捷性，引导参保人员使用医保码、社会保障卡、身份证、人脸识别联网结算医疗费用。积极探索上线移动支付、信用就医等线上支付渠道。乙方要配备

支持医保码使用的自助服务端或扫码设备，确保参保人员通过医保码和移动支付实现挂号、就诊、取药、取报告和结算全流程服务。

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。

乙方新增结算设备，应向甲方备案。解除或终止协议时，乙方应妥善处置结算设备。

第六十三条【信息维护】 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。

乙方的基本情况、医保医师、医保护士、医疗设备设施、药品和医用耗材等新增、变更信息应及时维护至甲方信息系统。因乙方信息维护对映不正确发生的错误费用，由乙方自行承担。

第六十四条【信息传输】 乙方应建立医生（护理）工作站，保证医嘱、护理工作记录的可追溯性。参保人员入院时，乙方须24小时内完成病案信息录入，确保数据的准确性、真实性和完整性，并按要求做好数据备份。

乙方应当按照甲方要求，通过医疗保障信息系统实时将参保人员发生的诊疗服务、医药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，并确保信息真实、准确、完整。特殊情况不能实时传输的，应在故障排除后24小时内上传。因

提供不实资料、传输虚假数据产生的责任由乙方承担。

乙方应按要求向医保信息平台传送全部就诊人员相关信息。

第六十五条【应急预案】 甲乙双方应制定应急预案，任何一方的信息系统出现故障并影响到参保人员就医结算的，须及时通知对方且启动应急预案，保障参保人员合法权益。因信息系统故障暂时不能结算的，甲乙双方应做好解释工作，待故障排除后再行结算。

第八章 违约责任

第六十六条【甲方违约责任】 甲方有下列情形的，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）未按规定向乙方提供咨询查询服务的；

（三）未按协议规定拨付医保费用的；

（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）未指导乙方做好医保目录对应工作的；

（六）未提供医保信息平台数据集和接口标准的；

（七）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，或向乙方收取费用；

（八）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；

（九）工作人员违反工作纪律规定，对乙方造成影响的；

（十）其他违反法律法规、规章及本协议约定的行为。

第六十七条【乙方违约责任】甲方发现乙方存在违反协议约定情形的，可采取约谈、暂停拨付、不予支付费用或追回已支付医保费用、支付违约金、中止相关责任人或所在部门涉及医疗保障基金使用的医药服务，直至中止或解除医保协议。

（一）【约谈】经查实，乙方未按本协议要求落实管理措施及乙方义务或违反医疗保障政策，尚未造成医保基金损失的，甲方可以约谈乙方，督促乙方限期整改。

（二）【暂停拨付】经查实，乙方有下列违约情形之一的，甲方在约谈、限期整改的基础上，可以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）：

1.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；

2.未准确真实提供基础数据库信息，或未做好本机构信息系统与甲方数据信息准确对映的；

3.未按甲方的医保数据库及时更新维护本机构系统的；

4.未做好医保信息系统安全防护措施的；

5.收费印章与定点医疗机构名称不相符的；

6.有效证件未通过年度校验仍提供服务的；

7.未按第十条规定时限内向甲方履行变更手续的；

8.未在规定时间内签订集中带量采购中选产品购销合同、确认集中带量采购中选产品货款结算数据、未及时与企业结算挂网产品货款的；

9.未在规定时间内返还周转金、及时清退违规医疗费用，或未支付违约金的；

10.对甲方不予支付的费用、违规费用及向甲方支付的违约金等，未按财务会计制度规定及时销账的；

11.未按要求及时结算医疗费用，或结算票据、出院诊断证明等相关结算资料未加盖乙方医保业务专用章的；

12.具备条件但拒不配合医保支付方式改革的；

13.未建立医疗保障基金使用内部管理制度，或者财务制度、管理制度等不健全、管理混乱；没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作；

14.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；

15.未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据；

16.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；

17.未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息；

18.除急诊、抢救等特殊情形外，未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务；

19.拒绝医疗保障等部门监督检查或者提供虚假情况；

20.其他违反医疗保障政策或医保协议约定，情节较轻的。

13至19项在规定时限内未整改或整改不到位的，提交行政部门予以行政处理。

(三)【不予支付违规费用并处加收违约金】经查实，乙方有下列情形之一的，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。同时，予以乙方支付违约金处理，违约金原则上不得超过乙方违规费用的30%(下同)；拒不改正或造成严重后果的，甲方给予乙方暂停相关责任人或责任部门3个月以上6个月以下的涉及医疗保障基金的医药服务：

1.误导宣传、错误解释医疗保障政策规定，损害参保人员权益，造成参保人员群访、缠访的；

2.以医保定点名义从事商业广告和促销活动，诱导医药消费的；

3.不执行实名就医和购药管理规定，不核验参保人员就医凭证，造成被他人冒名顶替就医的；

4.拒收、推诿参保人员，或以定额、支付标准等为由降低参保人员的医疗质量，减少合理和必要的药品及治疗的；

5.将应当由医保基金支付的医疗费用转嫁给参保人员个人自费，或将超过限额结算标准的医疗费用转嫁给患者自费的；

6.参保人员出院超量带药，带检查或治疗项目出院的；

7.违反用药管理规定，超使用范围及适应症用药，将无指征、

超疗程、超剂量，或超医保目录限定支付范围用药等违规费用纳入医保结算范围的；

8.未向甲方备案的第三方服务机构提供医疗服务所产生相关费用，医保基金不予支付的；

9.出具虚假的门诊慢特病、“两病”疾病认定证明，为不符合条件的参保人员办理门诊慢特病和“两病”认定的；

10.未建立药品、医用耗材“进、销、存”台账、未实现全程信息化管理并按要求传输相关数据，台账和信息系统不能做到账账相符、账实相符的；

11.医保药品库、医用耗材库、诊疗项目库和服务设施目录对照管理混乱的；

12.违反“七吻合”或与实际使用情况不一致的；

13.将大型仪器检查项目、非必要的特殊检查项目、与疾病无关的临床“套餐式”检验项目等列为常规检查的；

14.未按规定书写及管理医疗文书，建立治疗台账的；中医及藏（蒙）医的理法方药未遵循辩证施治原则进行记录及分析说明的；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症，或未按要求记录治疗部位、次数、疗程等明细的；物理治疗无记录及疗程分析的；

15.未严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策的，或药品、医用耗材等违反加价规定或违反其他医疗收费规定的；

16.违反医疗保障信息系统管理规定，违规操作造成医疗保

障基金损失的；

17.乙方诊治参保患者时，发生医疗纠纷未向甲方报告或将不予支付的费用（含后续治疗费用）纳入医疗保障基金支付的；

18.未按规定向甲方进行医保医师备案、不符合备案规定，或者被停止医保结算资格的医师为参保人诊治产生相关费用纳入医保支付的；

19.升级疾病诊断、违规高编或高靠疾病诊断、手术操作编码或未按照病种结算适用范围及认定标准进行上报，造成低点数或权重病种高套点数或权重病种导致结算标准偏高的；

20.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；

21.未严格执行入出院和重症监护病房收治标准，造成医保基金不合理支出的；

22.违反其他行业监管部门规定的或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；

23.其他造成医保基金损失的行为。

（四）【衔接行政处理 1】经查实，乙方有下列情形之一的，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，情形较重的可要求乙方支付违约金，或暂停相关责任部门6个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药

服务，同时提交行政部门予以行政处理：

1.分解住院、挂床住院；

2.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；

3.重复收费、超标准收费、分解项目收费的；

4.串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；

5.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；

6.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；

7.造成医疗保障基金损失的其它违法行为。

（五）【衔接行政处理 2】经查实，乙方有下列情形之一的，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，并处支付违约金，暂停相关责任部门 6 个月以上 1 年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务处理，同时提交行政部门予以行政处理：

1.诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，串通他人虚开医药费用票据；

2.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；

3.虚构医药服务项目、虚记医疗费用等；

4.其他骗取医疗保障基金支出的行为。

(六)【中止协议】乙方发生下列情形之一的或发生本协议第(三)、(四)、(五)项违约行为造成医保基金较大损失及社会影响较大的,甲方在按第(三)、(四)、(五)项处理的基础上予以乙方中止协议处理,中止时间3个月以上6个月以下:

1.拒绝、阻挠、谎报、瞒报或不配合医保部门(包括委托第三方机构)开展日常检查、专项检查、监督检查、智能审核、绩效考核等情节恶劣的;

2.限期整改期间未按时限要求整改或整改不到位的;

3.《医疗机构执业许可证》、《营业执照》有效期已届满,仍继续经营的;

4.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;

5.法律法规和规章规定的其他情形,或其他违反医疗保障政策且情节较重的。

乙方违反本协议约定,被甲方给予中止协议处理的,中止协议期满应向甲方提交继续履行本协议的书面申请及相关资料。经甲方审核合格的,恢复协议管理,乙方按约定提供医保服务;审核不合格的,甲方按协议约定进行处理。

(七)【解除协议】乙方发生下列情形之一的,或发生本协议第(三)、(四)、(五)项情形且性质恶劣,造成医保基金重大损失或社会影响严重的,甲方不予支付违规费用,已经支付的予

以追回，并解除乙方本协议，同时向社会公布，并纳入失信管理范围：

1.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；

2.协议期内累计 2 次及以上被中止协议的；

3.将科室承包、出租给个人或其他机构，并以乙方名义开展医疗服务的；

4.为不具备医保结算资格的分支机构、非定点医疗机构以及其他机构（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）、或处于中止协议、解除协议的医药机构提供医疗费用结算的；

5.乙方以弄虚作假等不正当手段申请取得医保定点的；

6.被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的；

7.乙方停业或歇业后未按规定向医保经办机构报告的；

8.擅自提供、复制、公布、出售或变相交易透露参保人员个人资料内容的；

9.篡改医保网络数据、恶意攻击医保网络的；

10.将医保结算设备转借、赠与给中止协议、解除协议的医疗机构、非定点医疗机构以及其他机构使用，或改变收费系统终端设备使用地点的；

11.将其他商品串换成医保药品套取医保基金，或倒卖医保药品的；

12.在突发重大公共卫生事件期间，擅自提高医疗服务收费价格，囤积居奇、哄抬药价的；

13.中止协议期间未按时限要求整改或整改不到位的；

14.未依法履行医保行政部门作出的行政处罚决定的；

15.医保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；

16.违反相关部门管理规定，造成严重后果或重大影响违约行为的；

17.法律法规和规章规定的其他情形。

第六十八条【解除协议后处理】 乙方因严重违反医保协议约定而被解除协议未满1年或已满1年未完全履行违约责任的，甲方不受理其医保定点申请；乙方因存在违法违规行为被解除服务协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的，甲方不受理其医保定点申请；乙方解除协议后通过变相的更改名称、法定代表人等信息后在原址重新取得医疗机构执业证照相关资质申请医保定点的，甲方视原协议解除违约违法情况，1年或3年不受理其医保定点申请；法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医疗机构被解除医保协议，甲方5年内不予受理医保定点申请。

第六十九条【缴纳时限】 乙方应当清退的违规费用、支付的违约金等，应在接到甲方通知后10个工作日内缴清，该约定不受乙方主张权利的影响。逾期未缴清的，甲方可以从乙方申请

拨付的医疗费用或质量保证金中予以抵扣，不足抵扣的，由乙方补足。

第七十条【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的，甲方可提请医疗保障行政部门将乙方和相关人员纳入医保领域失信名单，并按相关规定进行处理。

第七十一条【信息泄露处理】 甲方或乙方违规泄露参保人员信息的，按有关法律法规规定处理。

第七十二条【违法违规行为移交】 乙方存在违反法律法规行为，甲方按规定报有关部门追究其相应责任；涉嫌犯罪的，移交司法机关处理。乙方受到行政、刑事处罚，不影响乙方按照本协议约定承担违约责任。

第七十三条【责任承继】 乙方整体发生重大变化的（如：分立、合并、经营地址、经营主体、法定代表人变更等），应在有关部门批准之日起 30 个工作日内告知甲方。乙方整体重大变化前的违约行为，由整体重大变化后的经营主体承担违约责任。乙方股权变动、负责人、名称发生变更的，变动或变更前的违约行为，由变动或变更后的经营主体承担违约责任。乙方应将本协议相关约定内容告知变动或变更后的经营主体。

第七十四条【公示义务】 乙方在停止医保服务期间（含中止协议、解除协议、终止协议等），应在其营业场所显著位置将有关情况进行公告，并向参保人员予以解释说明。乙方未公告或未解释说明，导致参保人员医疗费用不能报销的，由乙方承担相

关责任和后果。

第七十五条【自律管理】 为推进医保社会治理，鼓励乙方加强自律管理，在甲方或甲方委托的第三方介入检查前以及医保专项检查自查阶段，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、限期整改、清退违规费用，不再给予其他协议处理。

第九章 附 则

第七十六条【协议续签】 协议续签由甲方统一组织，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。

第七十七条【效力约定】 协议执行期间，相关法律法规和政策发生调整的，应按新的规定执行。新规定与本协议不一致的，由省医疗保障行政部门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。

在履行本协议期间，乙方开展新的医疗保障服务类别，按照本协议相关约定执行。

第七十八条【申请协议中止】 协议履行期内，乙方因停业或歇业等原因在 30 日内向甲方提出中止协议申请，经甲方同意，可以中止协议但中止时间原则上不得超过 180 日，协议中止超过 180 日，乙方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。

第七十九条【协议自动终止】协议履行期间，有下列情形之一的，本协议自动终止：

（一）乙方主动提出终止协议的（应提前3个月向甲方提出申请）；

（二）乙方因停业或歇业等原因在规定时限内未向甲方申请保留医保协议的；

（三）协议期满，非甲方原因未与甲方续签协议的；

（四）因不可抗力致使协议不能履行的；

（五）法律法规规章规定的其他情形。

终止协议的，甲乙双方应共同做好善后工作，保证参保人员正常权益。乙方于协议终止之日起摘除定点医疗机构标牌，7个工作日内完成周转金退回等工作。

第八十条【争议处理】甲乙双方因协议的签订、履行、变更和解除等发生争议的，可通过协商解决；协商未果的，乙方可以申请甲方所属地医疗保障行政部门进行协调处理；对协调处理结果不服的，乙方可依法申请行政复议或直接提起行政诉讼。乙方依法提起行政诉讼的，应向甲方所在地有管辖权的人民法院提起诉讼。

乙方未按照本协议约定履行义务，经甲方催告后不履行，甲方可以作出要求其履行协议的书面决定。乙方收到书面决定后在法定期限内未申请行政复议或者提起行政诉讼，且仍不履行，协

议内容具有可执行性的，甲方可以向人民法院申请强制执行。

第八十一条【相关术语】 本协议涉及的相关术语解释口径为：

（一）分解住院：指医疗服务提供方为未达到出院标准的参保人员办理出院，并在短时间内因同一种疾病或相同症状再次办理入院，将参保人员应当一次住院完成的诊疗过程分解为两次及以上住院诊疗过程的行为。

（二）挂床住院：将不符合入院指征的参保人员收治入院，以获得更高的医保报销额度；已达到出院标准的参保人员不办理出住院手续滞留在院，或医患串通，不办理出院手续空挂床，方便参保患者离院后继续门诊诊疗用药，以套取医保基金的行为。

（三）过度诊疗：指医疗服务提供方违反诊疗规范实施不必要的诊疗项目或实施与疾病关联性不高的诊疗的行为。

（四）过度检查：指医疗服务提供方违反诊疗规范实施不必要或与疾病关联性不高的检查的行为。

（五）分解处方：指应当在一次就诊或一张处方完成的，故意分多次就诊或分多张处方完成，以收取更多服务费用的行为。

（六）超量开药：指超过规定剂量开药，或超过《处方管理办法》规定的最大开药量的行为。

（七）重复开药：指医疗服务提供方违反临床用药指南或规则，为患者开具多种药理作用相同或作用机制相似的药物行为。

（八）分解项目收费：指违反医疗服务项目及价格收费政策规定，将某一诊疗项目的费用分解成多个项目进行收费。

（九）重复收费：指收费项目的内涵已包含某操作，在收取该收费项目的同时又单独将项目内涵中包含的操作单独收费，或者使用某一诊疗项目、药品、医用耗材后，反复多次收取费用。

（十）超标准收费：指超出某一诊疗项目的收费标准进行收费。

（十一）串换药品、医用耗材、医疗服务项目：指不如实记录药品、医用耗材、医疗服务项目的名称、规格、剂型及价格标准等的；将非目录内的或医疗保障不予支付的药品、医疗服务项目、耗材等串换成医疗保障目录内医保基金可支付的药品、医疗服务项目、耗材等进行结算的；将低标准收费项目套入高标准收费项目结算的行为。

（十二）虚记医疗费用：将未施行的检查、检验、治疗、诊疗项目或药品、医用耗材记入基本医疗保障结算的行为。

（十三）虚构医药服务项目：指利用参保人员信息，办理虚假住院、门诊慢特病、门（急）诊或虚假购药服务等行为。

（十四）伪造医疗文书：指利用参保人员信息，伪造病情证明、病程记录、手术记录、治疗记录、护理记录、处方、检查报告单等病历相关内容的行为。

（十五）分支机构：指定点医疗机构的同一《医疗机构执业许可证》登记多个执业地址，在本部以外的其他执业地址开设的

院区或病区。

（十六）违规费用：指定点医疗机构履约过程中的违法、违规、违约行为所涉及的医疗费用中应当由医保基金支付的部分。

（十七）中止协议：指医疗保障经办机构与定点医疗机构暂停履行医保协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。

（十八）解除协议：指医疗保障经办机构与定点医疗机构之间的医保协议解除，协议关系不再存续，解除协议后产生的医药费用，医疗保障基金不予结算。

（十九）绩效考核：指医疗保障经办机构依法依规对定点医疗机构履行医保协议情况的考核评价。

（二十）医保医师：指依法取得执业医师或执业助理医师资格，在统筹地区定点医疗机构中注册执业并具备处方权，经医疗保障经办机构登记备案、为参保人员提供医疗服务的医务人员。

（二十一）七吻合：住院病历医嘱、病程记录、辅助检查结果（含原始电子数据记录、影像图文记录等）、诊断、治疗记录（含医嘱执行记录、手术记录、理疗记录等）和票据、结算清单等七项记载医疗服务内容的资料保持一致或吻合。

第八十二条【协议有效期】 本协议有效期自 XXXX 年 1 月 1 日起至 XXXX 年 12 月 31 日止。协议期满后，因甲方原因未续签协议的，本协议继续有效，有效期至下一年度协议签订之日止。

第八十三条【文书送达】 甲、乙双方一致确认本协议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。

乙方违反本协议约定被甲方给予协议处理的，乙方应按规定时限在相关处理文书上签字确认。乙方未在规定时限签收或拒不签收的，相关处理文书自甲方参照《民事诉讼法》有关送达的规定送达乙方时，视为乙方已签收确认。自送达之日起15日内乙方未提出异议，视为乙方同意相关处理文书中的处理意见，并放弃申辩、诉讼等权利。

第八十四条【协议的生效与解释】 本协议原则上市（州）级医疗保障经办机构与区域内定点医疗机构签订，省级医疗保障经办机构与省属定点医疗机构签订，甲乙双方法定代表人或授权代表签字并加盖公章后生效，一式两份，甲乙双方各执一份，并向同级医疗保障行政部门备案。

甲方（签章）：

乙方（签章）：

法定代表人或委托代理人（签名）：

法定代表人或委托代理人（签名）：

年 月 日

年 月 日