

三门峡市医疗保障定点医疗机构服务协议

(2025 版)

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/主要负责人:_____

地址:_____

邮政编码:_____

联系电话:_____

乙方(医疗保障定点医疗机构):_____

定点医疗机构代码:_____

法定代表人/主要负责人:_____

地址:_____

邮政编码:_____

联系电话:_____

目 录

- 第一章 总则
- 第二章 医疗服务
- 第三章 费用结算
- 第四章 医药价格与集采
- 第五章 生育保险
- 第六章 离休保障
- 第七章 医保信息系统
- 第八章 医保绩效考核
- 第九章 违约责任
- 第十章 附则

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,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》《医疗保障基金使用监督管理条例》《社会保险经办条例》等法律法规,以及国家医疗保障局《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》等政策文件,甲乙双方在平等协商的基础上,就医疗保障服务(以下简称“医保服务”)有关事宜签订如下医疗保障服务协议(以下简称“医保协议”),并承诺共同遵守。

第一章 总 则

第一条 甲方为医疗保障经办机构,代表基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险、生育保险等参保人员及医疗救助、军休人员、离休干部医疗保障等对象(以下统称“参保人员”)向乙方购买适宜的医疗服务。乙方为医疗保障定点医疗机构,向参保人员提供门(急)诊、住院及其他医疗服务。

第二条 甲乙双方严格执行国家、省、统筹地区有关法律法规及政策规定,共同促进医疗保障基金(以下简称“医保基金”)合理高效使用,保障参保人员依法享受医疗保障待遇。

第三条 甲乙双方遵循依法、公平、协商原则,按协议约定履行职责、行使权利、承担义务。

第四条 乙方应当为参保人员提供适宜的医疗服务。乙方根

据纳入医保定点类别不同，履行相应协议内容，甲方对乙方实行分类管理。

定点医疗机构级别：

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 省级 | <input type="checkbox"/> 三级 | <input type="checkbox"/> 甲等 |
| <input type="checkbox"/> 市级 | <input type="checkbox"/> 二级 | <input type="checkbox"/> 乙等 |
| <input type="checkbox"/> 区/县级 | <input type="checkbox"/> 一级 | <input type="checkbox"/> 丙等 |
| <input type="checkbox"/> 乡级 | <input type="checkbox"/> 未定级 | <input type="checkbox"/> 无等 |

医疗机构类别：

按照医疗机构执业许可证副本内卫生健康委员会批复医疗机构类别填写，军队医疗机构按照军队单位对外有偿服务许可证行业类别填写。

医疗机构经营性质：

- ☐ 公立
- ☐ 非公立（☐ 参照公立医疗机构管理）

定点医疗机构承担以下医疗服务：

1. 服务险种

- ☐ 职工基本医疗保险
- ☐ 城乡居民基本医疗保险
- ☐ 离休干部医疗保障
- ☐ 职工生育保险

2. 定点服务

- ☐ 职工医保普通门诊定点
- ☐ 职工医保普通住院定点
- ☐ 职工医保门诊统筹定点
- ☐ 职工医保门诊慢性病定点
- ☐ 职工医保门诊特定药品定点
- ☐ 职工医保恶性肿瘤门诊放化疗定点
- ☐ 职工生育保险门诊定点
- ☐ 职工生育保险住院定点
- ☐ 离休干部医疗保障门诊定点
- ☐ 离休干部医疗保障住院定点
- ☐ 军休师职及以上退休干部医疗保障门诊定点
- ☐ 军休师职及以上退休干部医疗保障住院定点
- ☐ 康复医疗定点
- ☐ 公务员体检定点
- ☐ 医疗救助定点
- ☐ 城乡居民医保门诊定点
- ☐ 城乡居民医保住院定点
- ☐ 城乡居民医保门诊慢性病定点
- ☐ 城乡居民医保门诊特定药品定点
- ☐ 城乡居民医保门诊统筹定点
- ☐ 城乡居民门诊两病定点
- ☐ 城乡居民恶性肿瘤门诊放化疗定点

☐ 中医日间病房定点

☐ 日间手术定点

☐ 家庭病床定点

3. 异地结算

☐ 门诊异地就医直接结算定点

☐ 门诊慢性病异地就医直接结算定点

☐ 门诊特定药品异地就医直接结算定点

☐ 住院异地就医直接结算定点

乙方根据承担服务在相应方框内划“√”

定点医疗机构执行（医疗服务项目限额档次）：

☐ 省级一档

☐ 省级二档

☐ 市级一档

☐ 市级二档

☐ 市级三档

☐ 县/区级一档

☐ 县/区级二档

☐ 县/区级三档

☐ 乡级

乙方根据服务项目限额档次在相应方框内划“√”

第五条 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、绩效考核和会计核算所需要的信息数据等资料，药品、医用耗材、医疗服务项目等数量和价格；

（二）接入乙方信息系统（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）有权调查、处理乙方违约行为，发现乙方存在违反协议约定情形的，根据协议约定采取相应处理，对其履约情况进行考核；

（五）有权向卫生健康、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；

（六）通过多种方式获取与医药费用有关的行政处罚信息；

（七）对医务人员开展医保支付资格管理；

（八）有权要求乙方完成各项医保改革任务；

（九）法律法规规章规定的其他权利。

第六条 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、操作流程的宣传和业务培训，为乙方提供医疗保障业务咨询、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、数据质量、支付标准、审核结算、协议管理核查、协商谈判、考核评价等事项；

（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）法律法规规章规定的其他义务。

第七条 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）有权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；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）有权及时获知医保政策、费用结算流程等调整情况；

（七）有权要求甲方提供医保信息平台数据集和接口标准；

（八）法律法规规章规定的其他权利。

第八条 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）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）严格遵循医疗保障、卫生健康、中医药等部门有关法律法规政策和管理要求；

（五）受到卫生健康、中医药、市场监管、药品监督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）应当合理诊疗、合规收费，严格执行医保目录，优先

配备和使用医保目录内的药品，控制患者自费比例，提高医疗保障基金使用效率；

（七）应当建立健全医保服务管理机构，成立由乙方主要负责人任主任委员的医保基金使用管理委员会，明确医保管理和医疗监督职责，设立与医保管理任务相适应的、与本单位医疗行政管理部门相平行的、独立的医保服务管理机构（以下简称“医保办”）。明确医务、财务、价格、质控、病案、信息等部门在医保管理中的职责，配合医保办及甲方开展医保管理工作。乙方开通住院结算服务的，应配备专职医保管理人员，乙方仅开通门诊结算服务的，应至少配备 1 名专（兼）职医保管理人员。开展中医日间病房服务的，独立设置的中医日间病房需指定专（兼）职人员负责。

乙方开展 DRG/DIP 付费的，还需成立由主要负责人牵头的 DRG/DIP 付费改革领导小组及工作小组，小组成员职责清晰、机制健全，分工明确；

（八）建立医保管理、财务、统计信息和基金使用等内部管理制度，乙方开展 DRG/DIP 付费的，还需建立医院内 DRG/DIP 付费病案、临床路径、成本核算和数据规范安全等配套管理制度；

（九）定期自查本单位医保基金使用情况，及时纠正不规范行为；

（十）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；

（十一）参加由医保行政部门或经办机构组织的宣传和培训，并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；

（十二）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；

（十三）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；

（十四）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；

（十五）遵守数据安全有关制度，保护参保人员个人信息，保证医保数据安全；

（十六）负责本单位医保医师的申报及管理工作；

（十七）按照医疗保障部门要求，积极推进落实各项医保改革任务；

（十八）法律法规规章规定的其他义务。

第二章 医疗服务

第九条 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。

乙方应严格遵循医疗保障、卫生健康、中医药等部门有关规定，依法依规配备卫生技术人员和医疗服务设施设备，按照核准的诊疗科目提供医疗服务。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。

第十条 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。

第十一条 参保人员就医时，乙方应核验其医疗保障有效凭

证，做到人证相符。乙方发现证件无效、人证不符的，不得进行医保结算。

参保人员因特殊原因需要委托他人代为购药的，乙方应核验委托人和受托人身份凭证，并做好相应取药登记记录。对同一人同时为多人代购药品的，应在登记记录上注明理由。

参保人员住院期间，乙方应在其管理系统中标识参保人员类别，并严格落实行政查房制度，查看在院情况，防止冒名住院及挂床住院行为，必要时可拍摄影像资料。

乙方不得收集、留存参保人员医疗保障凭证。不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

第十二条 乙方提供门诊统筹服务的，应严格按照有关政策做好相关工作。参保人员(含异地就医)就诊时，发生的门诊医疗费用通过医疗保障信息系统直接结算。参保人员同时享受门诊统筹和门诊慢特病等待遇的，就诊时应分别开具处方，分别结算。

第十三条 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；乙方在参保人员出院时，可按相关规定提供与疾病治疗相关的药品（限口服药、栓剂或胰岛素类针剂）；乙方应按规定为参保人员开具电子外配处方，并上传。

第十四条 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“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。

第十五条 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。

第十六条 乙方提供门诊慢性病、原重特大疾病门诊病种（以下简称“门诊慢特病”）认定服务的，应严格按照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，应严格执行本统筹区门诊慢特病相关医保规定，门诊特定药品（以下简称“门诊特药”）管理严格按照国家及省相关文件执行。

乙方应加强门诊特药管理，规范诊疗流程和标准，保障门诊特定药品供应和合理使用，门诊特药责任医师发生变更时，应及时将变更情况报送甲方备案。

门诊特药申请表、药品领取登记表、门诊病历、处方等相关材料，乙方应“一人一档”管理（以时间排序）。鼓励为门诊慢特病及门诊特药参保人员实行挂号免费等优惠政策，并在显著位置公示。

第十七条 乙方应当建立健全双向转诊转院制度，严格掌握

转诊转院标准。确因医疗技术和设备条件限制，参保人员需转往其他医疗机构治疗的，乙方应按相关规定办理。乙方未及时将符合转诊转院条件的参保人员转出，造成的后果由乙方承担。无正当理由，乙方不得要求参保人员在相同级别医疗机构间转诊转院。

乙方为参保人员办理转诊转院手续时，应在尊重参保人员选择权的基础上，引导其合理选择就诊医疗机构，不得为参保人员指定医疗机构。

急危重症患者经急诊抢救留观并收治住院的，乙方应将急诊所发生的医疗费用纳入本次住院费用一并结算，收费项目应记录在本次住院的临时医嘱中。

第十八条 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。

乙方应严格执行出入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员办理住院手续，为符合出院条件的参保人员办理出院手续，结算医疗费用。乙方不得推诿或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手续，不得要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院。参保人员住院期间，因病情需院内转科治疗的，乙方不得以医保管理为由要求参保人员中途办理出院结算手续（参保人员因病情重、住院时间长、医疗费用高、资金垫付压力

大，经患者或家属自愿申请办理在院结算费用、签订知情同意书并报甲方备案的除外)；参保人员符合出院条件但拒绝出院的，乙方应当自通知其出院之日起，停止医保结算。

乙方不得分解住院、挂床住院，不得采取减免起付标准、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，诱导参保人员住院。

乙方收治参保人员时，应向其发放“住院须知”。原则上不得要求参保人员全额交纳医疗费用，住院押金总额不得超过预计自费医疗费用，离休干部住院时乙方不得收取住院押金。乙方不得将参保人员未完成的检查和治疗项目出院时医保结算，出院后门诊完成。

第十九条 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。

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。

第二十条 乙方使用物理治疗与康复、中医诊疗、精神科诊疗、口腔科治疗等项目的，应配备有取得相应资格的从业人员；严格掌握适应症，符合卫生健康部门制定的《针灸技术操作规范》《物理医学与康复学技术操作规范》等诊疗标准，避免功效相近的项目叠加使用；病程记录应对使用项目做客观分析及评定，对于预后差的不应盲目使用；可在门诊治疗的，不能放宽入院标准，应按照医疗服务项目价格的内涵及计价单位规范收费。

乙方应建立治疗台账，内容包括但不限于参保人员姓名、身份证号、诊断、治（理）疗项目名称、部位、次数、时长、疗程、治疗日期、操作医（技）师姓名等，且需由操作医（技）师和参保人员（或家属）双方签字确认。

第二十一条 乙方应严格掌握各项化验和检查的适应症和禁忌症，不得将特殊检查项目、非必要的检验项目及临床“套餐式”检验列为常规检查；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。

乙方应当执行相关规定，合理利用参保人员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员负担。对于检查检验项目未予互认的，应在病历中说明原因。

第二十二条 乙方接治意外伤害参保人员时,应认真核验参保人员身份,主管医师应详细询问病史(包括意外伤害发生的具体时间、地点、原因等),在病历中做好详细记录。对于明确不属于医保基金支付范围,乙方应告知参保人员,不得纳入医保基金结算;对于明确无第三人负责的,由患者或者其近亲属、监护人签署外伤无第三方责任承诺书后,纳入医保基金结算;对于需进一步确认的,乙方先按自费病人处理,待核实后再确定是否纳入医保基金结算。

第二十三条 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。

第二十四条 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)、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。

乙方应建立特殊药品、医用耗材(含植入和介入类医疗器械)和诊疗项目内部管理制度。使用植入和介入类医疗器械的,应当

将医疗器械的名称、关键性技术参数等信息以及与使用质量安全密切相关的必要信息记入病历等相关记录中。同时，医疗器械应按照注册登记信息中的适应范围及禁忌症使用，并保存相关使用记录。乙方不得将参保人员住院期间所发生的医疗费用违规转嫁至门诊或定点零售药店。

第二十五条 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、异地就医直接结算服务相关工作，推进省内异地就医住院费用纳入就医地按病种付费管理相关工作，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。乙方应指定至少 1 名工作人员，负责异地就医管理工作。

异地参保人员因急诊抢救就医的，乙方在为参保人员办理“门诊结算”或“入院登记”时，应按接口标准规范要求如实上传“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”，自动获取参保人员备案信息。

参保人员就医时未办理异地就医备案，出院结算前补办备案的，乙方应为其办理异地就医直接结算。

乙方应将符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用纳入异地就医直接结算范围，并按照外伤管理规定执行，签署外伤无第三方责任承诺书。

异地就医患者住院期间确因病情需要到其他定点医疗机构

检查治疗或到定点药店购药的，乙方需提供《住院期间外院检查治疗或定点药店购药单》，并加盖医保办章，相关费用纳入本次住院费用直接结算。

乙方应将自费结算患者的医疗费用明细、诊断等就诊信息及时全量上传至医保信息平台，支持开展异地就医手工报销线上办理。

异地参保人员就诊时，乙方应主动甄别、认真核对参保人员身份，必要时拍摄影像资料，并审核转诊信息、备案手续等相关材料。引导参保人员完善异地就医备案手续，及时告知异地就医直接结算相关政策，确保异地参保人员直接结算应结尽结，住院费用直接结算率达到90%以上。

乙方应对未按规定办理转诊、备案手续的参保人员履行告知义务，并协助其补办相关手续。如参保人员仍坚持直接住院的，应要求其在知情同意书上签字。其住院医疗费用按参保地规定降低比例报销。乙方对不符合急诊入院条件而随意出具急诊证明的，发生的应由基本医疗保险、公务员医疗补助、离休干部医疗保障、职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险、医疗救助等基金支付的费用由乙方承担。

乙方开展异地就医直接结算服务的，应向异地参保人员提供结算票据和结算清单。乙方应畅通异地参保人员投诉通道，不得侵害异地参保人员直接结算的权益。

第二十六条 乙方提供中医日间病房、日间手术、家庭病床服务、恶性肿瘤门诊放化疗的，应严格按照相关政策、规定执行。

第二十七条 职工大额医疗费用补助定点管理、经办流程、支付范围等同基本医疗保险保持一致。

第二十八条 医疗救助对象住院时，乙方应准确识别救助对象身份信息。乙方应加强对救助对象就医行为的引导，落实基层首诊，规范转诊转院及异地就医备案。乙方应优先选择纳入基本医疗保险支付范围的药品、医用耗材、诊疗项目，严控不合理费用支出。乙方不得以任何理由推诿或拒绝符合入院标准并按规定转诊转院的医疗救助对象住院治疗；不得无故要求医疗救助对象全额垫付医疗费用，回参保地手工报销。

医疗救助对象每次在基层定点医疗卫生机构(包括一级医疗机构、乡镇卫生院和城市社区卫生服务机构)、二级定点医疗机构、三级定点医疗机构住院超出医疗保险支付范围的医疗费用，分别不得超过其当次住院医疗总费用的 2.5%、5%、10%，超出部分由乙方承担。经基层首诊转诊的特困人员、低保对象、返贫致贫人口在市域内定点医疗机构住院实行“一单制”结算。

第二十九条 乙方应当保证参保人员知情同意权，及时向参保人员提供门诊、住院日费用清单和住院费用结算汇总清单。提供医保基金支付范围以外的医药服务的，须经参保人员或者其近亲属、监护人签字同意确认（急诊、抢救等特殊情形除外）。

第三章 费用结算

第三十条 甲方与乙方建立协商谈判机制，就服务内容、付费方式、结算标准等相关事宜进行协商谈判。

第三十一条 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，与乙方建立医保基金风险共担机制，实行总额预算管理与医疗服务质量管理、协议履行情况、绩效考核结果等关联管理。

第三十二条 甲方按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，结合统筹地区实际，推行以按 DRG/DIP 付费为主的多元复合式医保支付方式改革，建立与 DRG/DIP 相适应的监管制度，充分利用大数据分析等技术手段，对乙方的医保结算清单质量、医疗行为、资源使用效率、费用控制、医疗质量和服务能力等进行监测分析，重点对覆盖 DRG /DIP 组数、CMI 值变化率、30 天内返住率、人次人头比变化率、费用消耗指数、时间消耗指数、个人负担比等开展监测，并对监测发现的疑点问题抽调病历进行审核。

乙方应按照甲方要求，配合推进医保支付方式改革。制定与 DRG/DIP 付费相适应的保障措施，加强病案质量管理，确保医保结算清单填写的规范性、完整性、一致性、逻辑性、上传及时率、病案数据入组率、结算清单质控通过率等，不得存在低标准入院、分解住院、高套高编、让患者在住院前（需要紧急救治的急危重症除外）或者住院期间到门诊缴费等违规现象，乙方不得歪曲 DRG/DIP 改革并冠以病种费用医保打包不足为由拒收患者、转嫁参保人员医疗费用、降低参保人员的医疗质量、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。

第三十三条 甲方按国家及省相关规定向符合条件的医疗机构预付部分医保资金。预付的统筹基金按规定每年重新核定，与上年预付金额进行清算轧差，原则上于每年一季度结束前，通过线上预拨。在医保协议中止、终止或解除时，乙方应在 7 天内退回预付医保资金。

在突发疫情等紧急情况时，可按国家规定预拨专项基金。

第三十四条 乙方应当按照医保政策规定为参保人员直接结算医疗费用，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，属于医保基金支付的费用，由乙方记账后按规定与甲方结算。因未按规定结算导致医疗费用不能核拨的，责任由乙方承担。

异地参保人员在乙方所发生的医疗费用“一站式”结算，乙方应当开具医疗收费专用票据。对于因信息系统故障、年度结转等因素不能在乙方直接结算的，乙方应及时联系其所在统筹地区经办机构说明情况，并出具诊断证明、费用汇总清单、收费票据、病历资料等，由参保人员带回统筹地区经办机构办理报销手续。

第三十五条 乙方因条件限制无法开展的检查检验病理诊断等项目，在确保医疗质量和医疗安全的前提下，可委托省内独立设置的医学检验实验室（医学检验所）、病理诊断中心、医学影像诊断中心或具备检验能力的医疗机构（以下简称“第三方机构”）提供服务。乙方应将与第三方机构协议签订、调整及解除

等情况及时向甲方备案及申请变更。委托服务项目医疗费用由乙方与第三方机构结算。参保人员的其他医疗费用和委托服务项目费用一并与乙方结算。委托服务项目医疗费用应由基本医疗保险基金支付的，由甲方与乙方按规定结算。

参保人员住院期间，如因条件限制须到本地其他定点医疗机构进行检查，检查前经乙方办理外检手续并登记备案的，相关检查费用按外检医疗机构收费标准计入当次住院费用中。

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外送检测结果、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。

第三十六条 乙方下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）健康体检；
- （五）使用丙类项目发生的费用以及因使用该项目所产生的其他医药费用。

第三十七条 乙方下列医疗费用不纳入生育保险支付范围：

（一）不符合本省基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施项目规定的；

（二）治疗生育合并症的费用；

（三）因医疗事故造成的医疗费用；

（四）不属于生育保险医疗服务范围内的其他费用。

第三十八条 乙方开展付费方式改革的，甲方应制定年终清算方案，按照“结余留用、合理超支分担”的原则，结合乙方年度综合考评结果，完成对乙方上年度费用清算。

第三十九条 乙方应于每月5日前（遇节假日顺延），依托医保信息平台按规定向甲方发起医疗费用结算申请，并留存结算清单、票据、出院诊断证明等相关资料备查，确保申请结算的材料真实，费用合法合规。当月未按时进行对账并发起结算申请的，顺延至下一结算周期。原则上每月10日前，应按要求将本地和异地直接结算明细、质控后的医保结算清单等数据上传。乙方逾期未申报费用，后果由乙方自行承担。

乙方纳入医保基金与企业集采中选药品和医用耗材直接结算的，应承担采购结算主体责任，及时做好中选产品的验收入库、审核对账工作，确保网采数据真实准确，并将医保基金结算款不足以抵扣中选产品货款的部分返还至直接结算子账户。

乙方应提供一个按中国人民银行规定开立的银行账户，用于办理医保基金收付。甲方以银行转账的方式向乙方拨付医保费用。

第四十条 乙方应加强院内医保费用审核，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。

第四十一条 乙方应当按要求向甲方申报医保费用，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。

第四十二条 甲方采取先结算后审核的方式，对乙方申报的结算费用按规定进行结算。甲方待乙方申报结算费用成功之日起开始确认应拨付费用，乙方待申报结算费用成功之日起开始确认应收费用。甲方自乙方申报医保费用成功之日起 30 个工作日内拨付符合规定的医保费用。对于审核认定拒付的不合理费用，于下期结算时扣除，当期不够扣除的顺延扣除。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。乙方收到医保费用后应在医保信息平台进行收款确认。甲方以银行转账的方式向乙方支付医保费用。

第四十三条 乙方因违反协议约定等中止医保协议的，中止期内，甲方暂停医保结算(含已结算但尚未支付的费用)；乙方被解除或终止医保协议的，甲方应停止医保结算，并按规定进行清算。

第四十四条 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，经甲乙双方商定，甲方对乙方申报的费用进行月结算，统筹基金和个人账户按应支付金额的 5%预留服务质

量保证金（以下简称“质保金”），离休干部医疗费用按离休干部医保基金应支付金额的 5%预留质保金。甲方根据乙方履行协议情况、考核结果等，按规定与乙方清算质保金。乙方因违反本协议约定等应当向甲方支付违约金的，可以从乙方质保金予以抵扣；不足抵扣的，由乙方补足。

第四十五条 甲乙双方建立基金收付对账机制，定期核对账目，规范年终清算和结算清账管理。双方应积极完善结算系统，实现单据系统内上传。

乙方按规定开展账务处理，因支付方式改革、紧密型县域医共体改革等产生的应由乙方负担的资金，不得计入医保基金应付金中，乙方要及时核销财务账目，不得挂账做往来处理。

年度清算后不予分担费用、扣减或拒付的违规费用、按医保协议约定被扣除的质保金及向甲方支付的违约金等，乙方应按财务会计制度规定及时进行账务处理，不得作为医保欠费。

第四十六条 参保人员与乙方发生医疗纠纷并涉及医保基金支付费用的，乙方应履行告知义务，在医疗事故鉴定委员会认定前，相关医疗费用甲方暂不予支付。经认定为医疗事故的，因医疗事故及其后遗症所产生的医疗费用甲方不予支付，已经支付的费用，乙方应退回甲方。

第四十七条 乙方应严格按照相关要求，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。

第四十八条 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%。

第四十九条 对实行限额管理的门诊慢特病病种，限额标准内符合基金支付的，纳入统筹基金支付范围；对不实行限额管理的门诊慢特病病种，按规定纳入统筹基金支付范围。

第四章 医药价格与集采

第五十条 乙方为公立医疗机构（含军队医疗机构、参照公立医疗机构管理）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本统筹地区其他医疗机构价格水平。

第五十一条 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，不得以高于非医保患者的价格收费。

第五十二条 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。

第五十三条 医保协议期内甲乙双方应严格执行药品、医用耗材集中带量采购和使用（以下简称“集采”）有关政策规定，保证参保人员享受到集采中选药品及医用耗材医保待遇。

第五十四条 乙方为公立医疗机构（含军队医疗机构、参照公立医疗机构管理）的，所使用的药品、医用耗材应当按规定在省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，按照相关规定采购。乙方应根据临床需要精准报量，优先使用集采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甲方报送药品、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。

第五十五条 甲方应做好监测范围内可替代和流标药品的监测工作。在有同类集采中选品种供应的情况下，乙方确需使用监测范围内完全可替代和流标药品的，须在病历资料（含门急诊病历及住院病历）中说明原因。

第五十六条 乙方在确保完成约定采购量前提下，可通过省医药采购平台采购其他价格适宜的品种。采购量完成后，仍应优先使用中选品种，同一通用名下非中选药品使用量不得超过中选药品使用量（医疗保障行政部门有另行规定的，按规定执行）。

乙方应严格执行中选产品价格和医保支付政策，及时将中选

药品纳入药品处方集和基本用药供应目录，并在医生处方信息系统设定优先使用集采中选产品程序。将中选产品使用情况纳入本单位医务人员绩效考核，制定具体考核办法。对使用中选药品可能导致参保人员用药调整的情况，乙方要做好临床风险评估、预案制定和物资储备，开展用药情况监测及应急处置，并对参保人员做好解释说明。

第五十七条 甲方未对集采中选药品及医用耗材开展医保基金与企业直接结算的，应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，并向医保部门报送集采中选药品及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。

乙方要畅通进院渠道，不得以医疗机构用药品种规格数量要求、药事委员会审定等为由影响中选产品的合理使用。加强集采药品信息化系统建设，实现中选药品生产、流通、使用全周期可查询、可追溯。

乙方销售集采药品时应认真核对相关人员有效身份凭证，做到人证相符。对用量较大的中选药品，必要时可采用拆剪零售包装等措施，防止倒药、串药等现象。严禁超过患者实际用量开具和销售集采药品。

第五十八条 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、先常释剂型后缓(控)释剂型等原则选择

药品；药品目录中最小分类下的同类药品原则上不叠加使用。目录内的同一品种（通用名相同，商品名不同）有若干选择时，在质量标准相同的情况下，乙方应选择价格较低的品种。开具处方和医嘱时，应使用药品通用名，如需使用商品名的要加注通用名。

第五十九条 乙方应按照相关规定和本机构功能定位、临床需求、诊疗能力等，及时配备国家医保谈判药品（以下简称“谈判药品”），谈判药品原则上按照谈判支付标准直接在省医药采购平台上采购，同通用名药品在价格不高于谈判支付标准的情况下，不得高于挂网价，对确无法配备的谈判药品，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。

第五章 生育保险

第六十条 乙方为生育保险定点医疗机构的，参保人员在乙方实施生育或计划生育手术发生的医疗费用，甲方按限额(或定额)标准支付，医疗费用低于限额标准的据实结算，高于限额标准的按限额结算。参保人员因生育引起并发症的医疗费用，在产假期间由生育保险基金支付；产假期满后需继续治疗的费用，按照基本医疗保险规定办理。

乙方在结算参保人员医疗费用时应确保录入的生育登记信息单编号、生育类别、计划生育手术类别、妊娠周数、胎次、胎儿数、生育或计划生育手术时间。等信息真实、准确、完整。因录入信息错误造成基金损失的，由乙方承担并负责追回。乙方应留存参保人员生育相关材料复印件及其签署的信息确认单备查，并实

时将相关信息上传至河南省医疗保障信息平台两定门户系统；因上传信息不及时或有误造成基金损失的，由乙方承担并负责追回。

参加城乡居民医保的孕产妇住院分娩，住院医疗费实行定额支付。分娩同时有并发症、合并症发生的，按普通住院结算。

第六章 离休保障

第六十一条 乙方应认真贯彻执行离休干部医疗保障相关规定，设立离休干部优诊室，建立离休干部就诊绿色通道，确保“五优先”（即优先挂号、优先交费、优先检查、优先取药、优先诊治）。

乙方应确保离休干部持医保码或社会保障卡、专用处方本就医即时结算，应明确离休干部就医流程。诊疗过程中，严格按照卫健部门要求和有关规定为离休干部提供必要、合理的医疗服务。应认真查看专用处方本上就诊记录，开具检查、治疗项目必须见到离休干部本人；为离休干部开具处方，应按照《处方管理办法》及《长期处方管理规范（试行）》的相关规定执行。离休干部就诊前，若已在其他医疗机构就诊，乙方应认真核查其以往就诊记录及用药量等，若因核查不严，造成重复用药的，其费用由乙方承担。乙方不得在离休干部住院期间以任何理由停药、停治疗，治疗未终结的，不得以任何理由重新办理出入院手续。对于长期住院的离休干部，在院结算周期原则上不能低于三个月，故意缩短结算周期增加的不必要费用，甲方不予支付。

乙方应及时将在本院就医去世的离休干部名单告知甲方，并

及时结算去世离休干部的医疗费用。

第七章 医保信息系统

第六十二条 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单位信息系统与医保信息平台的对接及更新，并及时将各项数据准确、完整上传至医保信息平台。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，安装和维护费用由乙方承担。甲方不得以任何名义收取费用及指定运行维护供应商。

乙方应当具备完善的医院信息系统(即 HIS 系统),按甲方要求全量完成医院 HIS 接口改造、医保网络接入,配备医保联网相关的设施设备,经甲方备案通过后实现与医保信息系统有效对接;乙方因系统升级、更换硬件等原因重新安装信息系统时,按照甲方相关要求与医保信息平台对接。未经甲方允许,不得将不具备医保结算资格的分支机构或未向甲方备案的终端设备接入医保信息平台。

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。

第六十三条 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。

第六十四条 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。乙方应按甲方要求做好医保信息化标准化其它相关工作。

第六十五条 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。乙方应在显著位置张贴、摆放医保码和医保移动支付宣传物料，并安排专人引导参保人员应用医保码。乙方所有需要出示身份凭证进行身份核验的就诊环节、服务窗口和自助设备，均需支持使用医保码，实现医保码用于挂号、取药、结算和检查等环节的全流程应用，及时更新国家医保码动态库，按标准上传机构代码、用码业务类型等信息。三级定点医疗机构医保码结算率不低于 50%，二级及以下定点医疗机构医保码结算率不低于 60%。乙方应加强对医保结算设备的管理，不得转借或赠与他人，不得改变使用场地和用途，不得通过录入身份证号码方式进行医保结算，因乙方管理使用不当造成的损失由乙方自行承担。

第六十六条 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。

第六十七条 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，及时对非标数据进行全量数据治理。特殊情况不能及时传输的，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系统传送全部就诊人员基本信息费用信息、电子票据信息、医保药品追溯信息等相关信息。

第六十八条 乙方保证对接医保信息平台的网络、设备与互联网物理隔离，做到专机专用、专网专用，不得私自更改医保网络 IP 地址，与其它外部网络联网时采用有效的安全隔离措施，医保信息数据同步存储备份。乙方因系统升级、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。

第六十九条 甲乙双方应当严格遵守国家、省级医保信息平台安全管理的相关规定，建立信息安全体系，加强网络安全管理，乙方应确保与甲方连接的网络、信息系统及数据传输的安全性、规范性和准确性。乙方要加强数据安全，采取有效措施保护参保人员信息，乙方违规泄露参保人员信息的，按相关法律法规处理。

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，并做好解释工作；乙方应先对医药费用做挂账处理，待故障排除后再办理医保登记或费用结算。

第八章 医保绩效考核

第七十条 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。甲方可通过智能审核、人工复审或甲方委托的第三方(包括但不限于机构、组织、检查组等，下同)，可定期、不定期的对乙方履行医保协议、申报医疗费用等情况进行核查。核查范围和对象可延伸至乙方的内部科室和医务人员。在核查中查实的违规费用及部分存疑违规费用，应及时书面(或通过信息系统反馈)告知乙方，乙方应在5个工作日内就存疑违规费用向甲方作出书面(或通过信息系统反馈)说明，逾期不说明或不按规定提供申诉材料的视同放弃。

第七十一条 甲方或甲方委托的第三方实施核查时，应确保核查人员不少于2人，并主动表明身份、出示工作证件或检查告知通知书。甲方或甲方委托的第三方实施核查，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给乙方。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。乙方在保留申诉权利的前提下，须对核查情况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。对乙方提供的资料，甲方应当予以保密。

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审查审核的，乙方应予以配合。

甲方每月对门诊慢特病网上评审医师认定任务量进行统计，鉴定专家连续三次不受理或者拒绝受理的，可取消慢特病认定专家资格并予以通报。

甲方年底对参保人员突击购药、冲顶年度支付限额等相关行为进行重点核查，乙方应予以配合。

第七十二条 甲方建立年度考核评价机制，完善考核流程，加强对乙方履行医保协议等情况的考核，突出对乙方医疗服务行为、服务质量、医疗费用、药品溯源码采集、医保支付方式改革和落实集中带量采购政策的考核评价，并将考核结果与本年度质保金返还、协议续签等挂钩。

第七十三条 甲方有权通过公开途径将协议考核、医保支付资格管理记分、医保基金监督检查和行政处罚结果向社会予以公示，有权要求乙方将相关结果在乙方服务场所予以公告。

第七十四条 甲方发现乙方涉嫌违反协议约定，可能对医保基金安全、参保人员权益造成重大风险的，有权要求乙方配合核查。核查期间，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)、中止协议，直至核查结束。查证属实的，甲方依据协议约定进行处理。

第七十五条 在已支付的医保费用中，乙方存在虚假申报或

者申报费用不符合医保基金支付规定的，乙方应予以清退。涉及违法违规的，按相关规定处理。

第七十六条 乙方受到医疗保障、卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门行政处罚的，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。

第九章 违约责任

第七十七条 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协调处理、督促整改：

（一）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；

（二）未提供医保信息平台数据集和接口标准的；

（三）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，或向乙方收取费用的；

（四）未按协议约定及时足额向乙方支付医保费用的；

（五）未对作出的违约处理结果向乙方进行说明的；

（六）未对乙方的意见建议及时接收、解答、解释说明的；

（七）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；

（八）工作人员违反工作纪律，对乙方造成影响的；

（九）其他违反法律法规规章及协议约定的行为。

第七十八条 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）未建立医保管理、财务、统计信息和基金使用等内部管理制度，或制度不健全、管理混乱的；

（二）未按规定配备医保管理人员、设置医保管理部门，未按规定成立 DRG/DIP 领导小组或工作小组的；

（三）未按规定向参保人员提供费用明细清单、出院结算单、有效费用票据等相关资料，或者未履行知情同意手续的；

（四）未按要求配置医保费用结算设备，不支持参保人员使用医保码、社会保障卡联网结算医疗费用的；

（五）未执行处方外配制度，拒绝为门诊参保人员开具处方到定点零售药店购药的；

（六）未公示医药价格与收费标准，未按规定向社会公开医药费用、费用结构等信息的；

（七）医疗费用、就诊人次(数)等指标异常增长的；

（八）以医保支付、管理政策为由拒收参保人员的，或要求未达到出院标准的参保人员提前出院的；

（九）未按要求向医保信息平台传送全部就诊人员相关信息；

（十）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；

（十一）未开展药品、医用耗材“进销存”管理，以及未留存相关凭证、票据的；

（十二）未如实报送集中带量采购药品、耗材需求量的；

（十三）乙方对年度清算后不予分担费用、扣减或拒付的违

规费用、按医保协议约定被扣除的质保金及向甲方支付的违约金等，未按财务会计制度规定及时进行账务处理或作为医保欠费的；

（十四）收费印章与定点医疗机构名称不相符的；

（十五）未公布投诉举报渠道，未及时处理参保人员投诉和社会监督反映问题，未造成不良影响的；

（十六）医生处方信息系统未设定优先使用集采产品程序，未将集采产品采购使用纳入院内绩效考核的；

（十七）未按规定时间返还药品、耗材集中采购款预付金、本金及利息的；

（十八）未按规定及时结算集采产品采购款，逾期 3 个月以内的；

（十九）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；

（二十）存在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交费等拆分住院医疗费用行为的；

（二十一）将应当由医保基金支付的医疗费用转嫁给参保人员自费结算的；

（二十二）其他未按协议约定落实管理措施，但未造成基金损失的。

第七十九条 经查实，乙方有下列情形之一，或存在第七十八条情形，且造成较大社会影响的，甲方在约谈乙方法定代表人、主要负责人或实际控制人、督促其限期整改基础上，暂停拨付医

保费用，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、数据的；

（二）未按规定使用国家统一的医保信息业务编码的；

（三）未配合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；

（四）发生一般信息变更，但未及时告知的；

（五）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；

（六）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；

（七）未做好医保信息平台的网络设备安全隔离措施，未与互联网物理隔离的；

（八）具备条件但拒不配合医保支付方式改革的；

（九）未按规定报送医保基金结算清单的；

（十）纳入医保基金与企业集采中选药品和医用耗材直接结算的，当月医保基金结算款不足以抵扣直接结算货款部分，逾期未返还的；

（十一）未按规定及时结算集采产品采购款，逾期超过3个月的；

（十二）无正当理由未按要求通过省医药采购平台采购药品、

医用耗材的；

（十三）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；

（十四）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；

（十五）甲乙双方应按照规定医疗机构年终清算结果完成清算资金差额确认，乙方未按要求完成的（未及时退回的）；

（十六）存在第七十八条情形且限期整改不到位的；

（十七）其他对基金支付造成影响，乙方应予以整改的情形。

第八十条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第七十八条、第七十九条情形造成医保基金较大损失，或社会影响较大的，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，发生的违规费用不予支付、已支付的予以追回；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%，下同）：

（一）无正当理由未完成中选药品约定采购量，采购高于中选产品价格的非中选药品和监测范围内完全可替代品种、可替代非医保品种，造成医保基金多支出的；

（二）无正当理由不报量不采购，或报量但不采购中选产品而只采购非中选或替代产品，造成医保基金多支出的；

（三）非中选药品采购、使用比例超出规定比例，造成医保基金多支出的；

（四）在有同类集采中选药品供应的情况下，使用监测范围

内完全可替代品种或流标品种，未在病历资料中说明合理理由的；

（五）串换医保药品、医用耗材、医疗服务项目的；

（六）乙方提供的票据、结算清单、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；

（七）分解住院、挂床住院的；

（八）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；

（九）重复收费、分解项目收费、超标准收费的；

（十）未核验参保人员医疗保障凭证，造成冒名就医的；

（十一）未严格执行入院、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；

（十二）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造成医保基金不合理支出或未执行本统筹地区医疗保障相相关规定的；

（十三）超出医保目录范围、药品及医用耗材说明书、医保限定支付范围并纳入医保统筹基金结算范围的；

（十四）通过虚增诊断、虚增手术等方式使病案进入费用更高分组的；

（十五）未如实记录病人意外伤害原因或记录不明确，将应由第三方负担的医疗费用纳入医保基金支付的；

（十六）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；

（十七）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；

（十八）未严格掌握辅助检查的适应症和禁忌症，将大型仪器检查项目、非必要的检验项目等作为常规检查的，或者未按规定开展检查检验结果互认的；

（十九）未按时完成对账及结算清单等信息上传的；

（二十）参保人员带检查检验或治疗项目出院的；

（二十一）将不符合规定的医疗机构制剂纳入医保基金支付的；

（二十二）违反第三方委托服务项目相关规定造成医保基金损失的；

（二十三）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；

（二十四）其他造成医疗保障基金损失的情形。

第八十一条 经查实，乙方发生下列情形之一的，或存在第八十条情形，且造成医保基金较大损失或社会影响较大的，或有第八十条情形以骗取医疗保障基金支出为目的，给予中止医保协议处理（中止时间不超过 180 日，下同。可视情况执行到相关责任人员或者所在部门涉及医保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) 中止医保协议小于(含)2个月的情形:

1. 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;

2. 在甲方规定时间内未及时退回违规费用、支付违约金的,未按规定开展账务处理的;

3. 未执行实名就医和购药管理规定,结算环节存在手工录入身份证号进行核验完成结算的;

4. 未按甲方要求实现医保码全场景应用的。

(二) 中止医保协议2—4个月(含4个月)的情形:

1. 未建立药品、医用耗材“进销存”电子台账或不能做到账帐相符、账物相符,医保药品库、诊疗项目库对照管理混乱的;

2. 违规线下采购药品、医用耗材金额占比超过20%的;

3. 以付费方式改革为由,减少必要诊疗服务、降低服务标准造成不良社会影响的;

4. 未按医院服务项目限额档次,超标准收费的;

5. 医保费用审核拒付统筹基金金额占当月申请金额的50%以上或全额拒付病历数占当月出院总人次30%以上的;

6. 为门诊慢特病病种认定出具虚假认定资料的;

7. 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;

8. 药品或医用耗材等违反规定加价销售或违反其他医疗收

费规定的；

9. 中选药品处方量明显下降，或者同一通用名非中选药品采购量大于中选药品采购量的；

10. 未严格履行集采产品管理规定，导致集采产品流入非法渠道的；

11. 异地参保人员的医疗费用明显高于本地同类病例的或异地就医直接结算率在 90%以下的。

（三）中止协议 4-6 个月(含 6 个月)的情形：

1. 根据费用审核、日常核查、专项检查等，发现对医保基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的；

2. 不配合费用审核、协议管理核查和年度考核的；

3. 采取虚假宣传、采取减免起付标准、减免个人负担、返现回扣、发放实物、卡券、赠送礼品、免费体检等让利或变相让利等方式，诱导参保人员就医、住院的；

4. 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；

5. 通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息或医师签名等有关资料，或者虚构医药服务项目等方式，骗取医保基金的；

6. 未按规定提供有关数据、资料，或提供数据、资料不真实的；

7. 将科室承包、出租给个人或其他机构的；

8. 为参保人员套取个人账户基金的；

9. 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；

10. 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；

（四）其他：

1、根据医保协议约定应当中止医保协议的；

2、法律法规规定的应当中止医保协议的其他情形。

第八十二条 经查实，乙方发生下列情形之一的，或存在第七十八条、第七十九条、第八十条、第八十一条情形，且性质恶劣，造成医保基金重大损失的，或社会影响严重的，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），发生的医保费用不予支付、已支付的予以追回，可要求支付违约金（违约金原则上不得超过违规费用的 30%），并向社会公布解除医保协议情况：

（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）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；

（五）重大信息发生变更但未办理重大信息变更的；

（六）乙方停业或歇业后未按规定向甲方报告的；

（七）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保基金重大损失的；

（八）医疗机构执业许可证、诊所备案证或中医诊所备案证等证照被吊销、注销、过效期的；

（九）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）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

（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）将不具备医保结算资格的分支机构的医疗费用纳入医保结算的；

（十三）乙方在涉嫌违法违规违约被调查期间，擅自变更地址、法定代表人等的；

（十四）从非法渠道购进药品、医用耗材进行医保销售或销售过期药品、医用耗材，存在药品、医用耗材安全问题的；

（十五）经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；

（十六）年度内发生医疗事故并造成严重后果的；

（十七）不能按协议约定为参保人员提供基本医保服务的，

一年内无医保费用发生的；

（十八）法律法规规章规定的应当解除协议的其他情形。

第八十三条 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。

第八十四条 乙方违反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，甲方应当移交违法行为发生地的医疗保障行政部门处理。乙方被追究行政、刑事责任的，不影响乙方按照协议约定承担违约责任。

第八十五条 甲方对医保医师违规行为实施扣分处理，对积分值达到相应标准的医保医师由医保经办机构给予约谈、中止该医师所在科室医保服务及解除医保医师服务协议等处理。

乙方的相关科室、人员有违法违规及违反协议约定的，可对该科室、相关人员中止或解除协议。

第八十六条 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，甲方可提请有关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。

第八十七条 乙方被所在地的医保经办机构中止或解除协议的，乙方与其他统筹地区的医保协议也同时中止或解除。

第八十八条 甲方或乙方及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。

第八十九条 乙方在停止医保服务期间(含中止、解除、终止协议等),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。

第九十条 在甲方或甲方委托的第三方介入检查前,乙方自查发现并进行整改的违约行为(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,甲方可不再向乙方追究本协议约定的其他违约责任。

第十章 附 则

第九十一条 原则上由地市级及以上的统筹地区经办机构与医疗机构签订医保协议。

第九十二条 医保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。

第九十三条 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。乙方变更地址或控股发生变化时,应主

动停止医保服务，并及时向甲方提出书面申请，甲方应组织现场评估，根据评估结果决定是否继续履行协议，乙方不得以“变更法定代表人/负责人”为名，转让、买卖医保协议签订资格。乙方增设科室、执业地点或分支机构的，应向甲方提出定点申请，甲方按规定组织实地评估，评估通过的方可纳入医保结算。

乙方发生下列情形之一的，甲方不予受理其信息变更：

- （一）乙方处于中止医保协议处理期间的；
- （二）乙方涉嫌违法违规违约处于核查期间的；
- （三）法律法规规章规定的其他情形。

第九十四条 医保协议履行期内，乙方因停业或歇业等原因应及时内向甲方提出中止医保协议申请，经甲方同意，可以中止医保协议，医保协议中止超过 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。

乙方主动提出终止协议的，甲方应当对与乙方结算的医保费用开展复核（近期接受过核查除外）。

第九十五条 有下列情形之一的，医保协议终止：

- （一）协议履行期间，乙方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）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）乙方主动提出且甲方同意的；
- （四）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;

(五) 因不可抗力致使协议不能履行的;

(六) 法律法规规章规定的其他情形。

乙方申请中止、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不得主动提出中止或解除医保协议。

第九十六条 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申请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。

乙方未按照协议约定履行义务,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。

第九十七条 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。

第九十八条 甲、乙双方一致确认医保协议中记载的双方联系方式(包括但不限于:通讯地址、联系电话、电子邮箱、微信号等,下同)均真实有效。任何一方变更联系方式的,应提前5个工作日书面通知对方,否则原联系方式继续有效,因未通知导致的送达失败责任由变更方承担。

甲、乙双方一致确认医保协议中记载的双方联系方式为双方履行医保协议、解决医保争议及人民法院/仲裁机构送达法律文书时接收文件、通知及其他信息的有效送达方式。双方及人民法院/仲裁机构有权按照以下任一方式进行送达：

（一）直接送达，以对方签收之日视为送达日。

（二）邮寄送达：通过邮政 EMS 或挂号信寄送至协议记载地址的，自寄出之日起第 3 日（含寄出日）视为送达日。

（三）电子送达：短信/微信/电子邮件发送至协议记载的手机号/微信号/电子邮箱，以发送之日视为送达日。前述送达指相关信息进入服务商的服务器终端而不以相关信息实际在乙方终端显示为标准。

（四）电话通知：紧急事项可通过协议记载的电话号码通知，通话录音或通话记录可作为送达凭证。

（五）公告送达：若通过上述方式仍无法送达，可采用公告方式送达。公告方式包括：本协议约定的住所地或通讯地址张贴公告，或在全国范围具有传播力、影响力的报纸、信息网络等媒体上刊登公告等。公告期限依照《中华人民共和国民事诉讼法》第九十五条规定执行，自发出公告之日起，经过三十日视为送达。

本条约定属于医保协议中独立存在的解决争议条款，医保协议无效、被撤销或者终止的，不影响本条款的效力。

第九十九条 医保协议执行期间，国家法律法规和政策发生调整的，从其规定。针对调整部分，甲乙双方可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。

第一百条 如因国家、省、统筹地区相关重大政策调整、重大公共卫生事件、自然灾害等特殊情形，甲方可按规定调整医保基金支出预算及医保支付方式等。

第一百零一条 下列用语的含义为：

（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：指住院期间参保人员长时间离开医疗机构或实际未进行相关诊疗的行为，未履行请假手续不在医院、无固定床位或多人共用一个床位、住院期间请假超过3次、病区总请假人数超过总住院人数的10%。

（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项目的行为。

（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的行为。

（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：指项目内涵已包含某操作、药品或医用耗材，在收取该项目费用时又将项目内涵中已包含的操作、药品或医用耗材另行收费，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：指不执行药品、医用耗材、医疗服务项目的支付名称及价格标准，将医疗保障不予支付的药品、医用耗材、医疗服务项等非目录内项目串换成医疗保障目录内的药品、医用耗材、医疗服务项等进行报销，或将低标准收费项目套入高标准收费项目结算。

（十二）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。

（十三）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。

（十四）分支机构：指乙方的同一《医疗机构执业许可证》登记多个执业地址，或在超过《医疗机构执业许可证》登记范围的其他地址开设的院区或病区。

（十五）异地就医直接结算率：异地就医住院直接结算人次占异地就医住院总人次的比例。

(十六) 数据入组率: $\text{数据入组率} = (\text{入组病例数} \div \text{纳入 DRG/DIP 管理总病例数}) \times 100\%$ 。

(十七) 结算清单质控通过率: $\text{通过率} = \text{通过质控清算数量} \div \text{全部清单数量}) \times 100\%$ 。

(十八) 覆盖 DRG/DIP 组数: 医院收治病例覆盖的 DRG/DIP 组数。

(十九) CMI 值变化率: CMI 值用于评估医院病例的复杂程度($\text{CMI 值} = \Sigma(\text{某 DRG 权重/DIP 病种分值} \times \text{该医院该 DRG 病组/DIP 病种的病例数}) \div \text{该医院或该学科全体病例数}$)、医院 CMI 值变化率= $[(\text{本年度 CMI 值} - \text{上年度 CMI 值}) \div \text{上年度 CMI 值}] \times 100\%$ 。

(二十) 30 天内返住率: $30 \text{ 天内因同一疾病再次入该院比率} = (\text{出院患者 30 天内再住院人数} \div \text{出院患者总数}) \times 100\%$ 。

(二十一) 人次人头比变化率: $\text{人次人头比变化率} = [(\text{本年度住院患者人次人头比} - \text{上年度住院患者人次人头比}) \div \text{上年度住院患者人次人头比}] \times 100\%$ 。

(二十二) 费用消耗指数: $\text{费用消耗指数} = (\Sigma(\text{该院各 DRG 病组 /DIP 病种平均费用} \div \text{区域对应 DRG 病组/DIP 病种平均费用} \times \text{该院对应 DRG 病组/DIP 病种病例数})) \div \text{该院总病例数}$ 。

(二十三) 时间消耗指数: $\text{时间消耗指数} = (\Sigma(\text{该院各 DRG 病组/DIP 病种平均住院日} \div \text{区域对应 DRG 病组/DIP 病种平均住院日} \times \text{该院对应 DRG 病组/DIP 病种病例数})) \div \text{该院总病例数}$ 。

(二十四) 个人负担比: $\text{个人负担比} = \text{个人负担总费用} \div \text{按}$

项目实际发生的费用。

(二十五) 中医日间病房: 指符合住院条件, 以中医适宜技术和中药药物治疗为主, 且在非治疗期间不需住院持续观察的患者, 经患者和医疗机构双方同意, 在当日治疗结束后即可离院的中医诊疗模式。

(二十六) 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由医保基金支付的部分。

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

(二十八) 解除医保协议: 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, 医保基金不再结算。

(二十九) 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。

第一百零二条 本协议未尽事宜, 甲乙双方在遵循国家、省、统筹地区有关法律法规及政策规定前提下, 可根据统筹地区实际、医保管理需要或医保政策变化及具体结算规定等, 另行签订《补充服务协议》或以换文形式进行补充, 《补充服务协议》需在河南省医疗保障行政部门及经办机构进行备案, 其效力等同。本协议及《补充协议》均需向同级医疗保障行政部门备案。

第一百零三条 本协议有效期自 2025 年 1 月 1 日至 2025 年 12 月 31 日止。医保协议期满后, 因甲方原因未签订新医保协议

前，原医保协议继续有效。

第一百零四条 本协议一式两份，甲乙双方各持一份，医保协议经甲乙双方法定代表人或主要负责人签字并加盖公章后生效。医保协议最终解释权归甲方所有。

甲方（公章）：

乙方（公章）：

法定代表人/主要负责人（签章）： 法定代表人/主要负责人（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，愿按照与（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：

年 月 日