附件：

2024-2025年度省本级基本医疗保障定点医疗机构服务协议

（征求意见稿）

|  |  |
| --- | --- |
| 国家医疗保障局定点医疗机构服务协议（范本）（征求意见稿） | 省本级基本医疗保障定点医疗机构服务协议（征求意见）  备注：未表述的条款与原文一致 |
| **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（自治区、直辖市）、统筹地区有关法律法规规章及政策规定，按本协议约定履行职责、行使权利、承担义务，保障参保人员依法享受医疗保障待遇。 | 第一条【签订目的】 甲乙双方应当严格执行国家、省以及本统筹地区有关法律法规规章及政策规定，按本协议约定履行职责、行使权利、承担义务，保障参保人员依法享受医疗保障待遇。 |
| **第二条**【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、生育保险等参保人员以及医疗救助对象（以下统称“参保人员”）提供医疗保障（含生育保险，下同）服务，适用本协议。 | 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、生育保险等参保人员以及医疗救助对象（以下统称“参保人员”）提供医疗保障（含生育保险，下同）服务，适用本协议。  具体适用范围:城镇职工基本医疗保险、城乡居民(大学生)基本医疗保险、生育保险、医疗救助、居民大病保险、离休干部医疗统筹以及上述险种的医疗服务管理、医疗费用审核及支付、异地就医联网结算等相关事宜。 |
| **第三条**【医保服务范围】 经甲乙双方协商，且乙方所提供的医疗服务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的，乙方提供的医疗保障服务内容为（ ）：  （一）门（急）诊；  （二）住院；  （三）其他。 | 第三条【服务范围】经甲乙双方协商，且乙方所提供的医疗服务应当符合卫生健康部门许可的诊疗科目和执业范围，符合药品、医用耗材、卫生技术等准入要求，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的，乙方提供的医疗保障服务内容见附表。 |
| **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、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，以及相关成本、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；  （三）有权对乙方履行医保协议等情况进行绩效考核；  （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。  （五）有权向医疗保障、卫生健康、市场监管、中医药等部门、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）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；  （二）按协议约定及时足额向乙方拨付医保费用；  （三）向乙方提供医保信息平台数据集和接口标准；  （四）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，为乙方提供业务医疗保障咨询、查询服务；  （五）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、考核评价等要求；  （六）对作出的违约处理向乙方进行解释说明；  （七）遵守个人信息保护和数据安全有关制度，保护参保人个人信息及乙方商业秘密；  （八）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）按协议约定及时足额获得应由甲方支付的医保费用；  （二）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；  （三）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纪违规行为；  （四）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；  （五）有权及时获知医保政策、费用结算流程等调整情况；  （六）有权要求甲方提供医保信息平台数据集和接口标准；  （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）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；  （三）定期自查本单位医保基金使用情况，及时纠正不规范行为；  （四）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；  （五）按要求向甲方提供医保费用审核、结算、协议管理核查、绩效考核和财务记账等协议管理所需信息，如实报送药品、耗材的采购价格和数量，并对其真实性负责；  （六）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。  （七）公布医保投诉举报渠道，及时处理举报投诉问题，接受社会监督；  （八）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；  （九）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）法律法规规章规定的其他义务。 |  |
| **第二章医药管理**  **第八条**【医保目录】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，优先配备和使用医保目录内的药品。乙方超出医保目录范围、药品适应症、医保限定支付范围等费用，甲方不予支付。  乙方应当建立《基本医疗保险药品目录》（以下简称《药品目录》）与本机构药品配备联动机制，根据《药品目录》调整结果及时对本医疗机构用药目录进行调整和优化。（1号令）乙方不得以医保总额预算、医疗机构用药限制、药占比等理由，降低目录内药品的配备、使用。 | 第二章医药管理  第八条【医保目录】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，优先配备和使用医保目录内的药品，并确保医用耗材目录、医疗服务项目目录准确对照使用和及时更新。乙方超出医保目录范围、药品适应症、医保限定支付范围等费用，甲方不予支付。  乙方应当建立《基本医疗保险药品目录》（以下简称《药品目录》）与本机构药品配备联动机制，根据《药品目录》调整结果及时对本医疗机构用药目录进行调整和优化。 |
| **第九条**【支付标准】 乙方应执行统筹地区的医保基金支付政策，超出支付标准发生的医疗费用，甲方不予支付。 | 第九条【支付标准】乙方采购使用省药品集中采购平台的药品和医用耗材，以实际网上挂网价作为医保支付标准（国家、省级集中带量采购中选药品和耗材执行集中带量采购支付政策），超过挂网价价格部分统筹基金不予支付。非公立医疗机构提供与公立医疗机构相同的医疗服务项目，以公立医疗机构执行的政府指导价作为医保支付标准，超出部分统筹基金不予支付。  乙方应遵守执行价格有关法律法规和医疗服务价格政策，公示所有医药价格与收费标准或查询途径。 |
| **第十条**【集中采购】 乙方为公立医疗机构的，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平台上采购，短缺药品采购须在平台及时备案。乙方应严格执行集中带量采购和使用相关规定，优先使用集中采购中选的药品和耗材，不得以任何理由拒绝中选产品进入医疗机构、拒绝使用。甲方未对集中带量采购药品、医用耗材开展医保基金与企业直接结算的，可按规定向乙方预付资金。甲方可对乙方药品、医用耗材的采购和使用情况进行考核。 |  |
| **第十一条**【采购回款】 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，并向甲方报送货款结算情况。 | 第十一条【采购回款】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，并向甲方报送货款结算情况。乙方采购集中带量采购的中选药品、医用耗材，从收货验收合格到付款不得超过30天。 |
| **第十二条**【国谈药品配备使用】 乙方应按照相关规定及时配备国家医保谈判药品，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。 | 第十二条【用药管理】乙方应建立本机构药品目录与医保目录调整联动机制，根据功能定位、临床需求和诊疗能力等及时调整、配备、合理使用国家医保目录药品。不得以医保总额控制、医疗机构用药目录限制、药占比等为由影响目录内药品的配备、使用。细化采购、使用、结算等各项管理措施。严格执行目录内药品限定支付范围，加强使用管理，并做好对参保患者的医保政策宣传解读工作。  （一）乙方纳入医保报销的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并留存用药依据，鼓励提供医保服务时优先选用药品目录内甲类药品，优先选用国家基本药物，优先选用通过一致性评价的品种，优先选用集中招标带量采购中选药品。  （二）乙方应当按要求如实向甲方报送药品、耗材的采购价格、数量和采购渠道。药品按最小剂量单位上传结算。  （三）乙方应落实谈判药品相关政策，畅通谈判药品进院渠道，建立健全管理机制，按照相关规定及时配备国家医保谈判药品，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。乙方不得以药占比、门诊次均费用增幅、门诊次均药品费用增幅、住院次均费用增幅、住院次均药品费用增幅为由影响药品的采购、供应和合理用药需求。 |
| **第十三条**【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。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。 | 第十四条【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。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。  （一）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。  （二）乙方应建立重点监控药品目录，完善重点监控药品定期监测评价和超常预警制度，合理确定药品使用范围，科学设置预警标准。统计分析重点监控药品使用信息，对临床使用异常增量的药品及时分析查找原因，制定预警干预措施并监督实施。对重点监控药品目录实行动态管理，适时调整。 |
| **第三章医疗服务**  **第十五条**【基本要求】 乙方应为参保人员提供合理、必要的医疗服务，不得推诿拒收参保患者，合理使用医保基金，控制医药费用不合理增长，减轻参保人员个人负担。 |  |
| **第十六条**【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，核验参保人员有效身份凭证，做到人证相符。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。 | 第十六条【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，核验参保人员有效身份凭证，做到人证相符。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。乙方发现证件无效、人证不符的，不得进行医保结算，必要时提请甲方进行核查。特殊情况按医保部门有关规定执行。 |
| **第十七条**【出入院管理】 乙方应严格掌握出入院指征和重症监护病房收治标准。  参保人员住院期间，因病情需院内转科治疗的，无特殊情况，乙方不得因医保管理原因要求患者中途办理出院结算手续。  乙方不得分解住院、挂床住院，不得以减免起付标准、减免个人负担费用、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。 | 第十七条【出入院管理】 乙方应严格掌握出入院指征和重症监护病房收治标准。  （一）已向统筹地区医保行政部门备案的具备开展预住院相关服务能力的三级甲等定点医疗机构，参保人员病情符合预住院相关要求的，可以自愿选择办理预住院。  （二）参保人员住院期间，因病情需院内转科治疗的，无特殊情况，乙方不得因医保管理原因要求患者中途办理出院结算手续。  （三）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，不得要求参保人员多次办理出、入院手续或转换病种住院，不得要求尚未治疗结束或未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院。  （四）乙方不得分解住院、挂床住院，不得以减免起付标准、减免个人负担费用、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。 |
| **第十八条**【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。参保人员住院期间，确因病情需要外购药品的，外配药品费用应计入乙方医保总额。 | 第十八条【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。 |
| **第十九条**【诊疗记录】 乙方诊疗记录应当真实、准确、完整、清晰（收治意外伤害病人时，应载明意外伤害的时间、地点、原因）。检验检查须有结果记录，并做好诊疗相关检验检查报告存档工作。病历相关信息应与实际使用情况相符，并与票据、结算清单等相吻合。 | 第十九条【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就医病历，并妥善保存备查。诊疗记录应当真实、完整、清晰，有临床意义（收治意外伤害病人时，应载明意外伤害的时间、地点、原因）；检验检查须有结果记录，并做好诊疗相关检验检查报告存档工作。病历相关信息应与实际使用情况相符，并与票据、结算清单等相吻合。  （一）乙方应严格掌握诊疗指征，并认真填写吸氧、心电监护等相关记录表，由参保人员或家属签字认可，并保留相关资料备查。  （二）乙方使用物理治疗与康复项目、中医诊疗项目、精神科诊疗项目等项目应严格掌握适应症，病程记录应明确记录辅助检查的必要性并有结果分析。乙方应建立治疗台账，明确记录治疗部位、次数、疗程和治疗目的等，由参保人员或家属签字认可，并保留相关资料备查。  （三）乙方开展口腔类诊疗项目，应严格掌握适应症，并建立治疗台账，明确治疗牙牙位、诊断、治疗经过等，由参保人员或家属签字认可，并保留相关资料备查。 |
| **第二十条**【转诊转院】 乙方应当建立健全双向转诊转院制度，确因医疗技术和设备等限制，参保人员需转往其他医疗机构治疗的，乙方应为符合规定的参保人员提供转诊转院服务。 |  |
| **第二十一条**【门诊慢特病管理】 乙方提供门诊慢性病、特殊疾病病种（以下简称门诊慢特病）认定服务的，应严格按照甲方规定的门诊慢特病病种认定标准进行认定，不得出具虚假认定资料。 | 第二十一条【门诊慢特病管理】 乙方提供门诊慢性病、特殊疾病病种（以下简称门诊慢特病）认定服务的，应严格按照甲方规定的门诊慢特病病种认定标准进行认定，不得出具虚假认定资料。乙方根据医师开具的诊断证明书,可直接为参保人在医保窗口办理门诊慢特病的申报。 |
| **第二十二条**【异地就医】 乙方为异地就医直接结算定点医疗机构的，应严格执行异地就医结算相关规定，做好政策宣传及异地就医直接结算服务，为异地就医参保人员提供与本地参保人员一致的医疗服务。乙方所提供异地就医医疗服务情况，甲方纳入本地统一管理和考核。 |  |
| **第二十三条**【互联网+医疗服务】 乙方经卫生健康行政部门或中医药主管部门批准设置互联网医院或批准开展互联网诊疗活动的，甲方按规定签订医保补充协议。发生的符合规定的相关费用，甲方按规定纳入医保基金支付范围与乙方进行结算，相关费用同步纳入乙方医保总额预算范围。  乙方应完整保留患者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。 | 第二十三条【互联网+医疗服务】 乙方经卫生健康行政部门或中医药主管部门批准设置互联网医院或批准开展互联网诊疗发生的符合规定的相关费用，甲方按规定纳入医保基金支付范围与乙方进行结算，相关费用同步纳入乙方医保总额预算范围。  乙方应完整保留患者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。 |
| **第二十四条**【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。 |  |
|  | 第二十五条【日间手术】经向卫生健康部门备案的云南省三级医疗机构及二级甲等医疗机构（含综合、专科、中医、妇幼及民营医院）按规定开展符合基本医疗保险支付范围的日间手术，纳入基本医疗保险基金支付范围，按住院管理支付。日间手术按项目付费，医疗机构开展的不属于基本医疗保险支付范围内的日间手术，医保不予支付。  日间手术费用包含患者入院48小时内按规范化诊疗达到临床疗效出院发生的全部费用，按住院待遇进行结算，政策范围内费用起付线减半，报销比例按住院报销比例执行。超过48小时的退出日间手术转入住院，其费用纳入住院费并按一次住院进行结算。 |
|  | 第二十六条【新生儿参保】新生儿可在其父亲或母亲的户籍地、工作地、居住地办理城乡居民基本医疗保险参保登记。办理人提供新生儿出生医学证明或身份证等有效身份证件，可通过新生儿出生的定点医疗机构办理参保登记。符合办理条件的，乙方不得推诿、拒绝办理。 |
| **第四章费用结算**  **第二十五条**【协商谈判】 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。 | 第二十七条 |
| **第二十六条**【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，合理确定乙方医保基金预算金额，乙方按照协议执行医保总额预算指标。总额预算额度与医疗服务质量管理、协议履行情况、绩效考核结果等相关联。与乙方建立医保基金风险共担机制，对乙方因参保人员就医数量大幅增加等形成的合理超支，甲方可给予适当补偿。乙方超出总额控制指标且甲方不予分担的医疗费用，乙方不得作为医保欠费处理。 | 第二十八条【总额预算】总额预算额度与医疗服务质量管理、协议履行情况、绩效考核结果等相关联。甲方与乙方建立医保基金风险共担机制，对乙方因参保人员就医数量大幅增加等形成的合理超支，甲方可给予适当补偿。乙方超出总额控制指标且甲方不予分担的医疗费用，乙方不得作为医保欠费处理。 |
| **第二十七条**【支付方式】 甲方结合统筹地区实际，适时推行多元复合式医保支付方式，乙方具备条件的应予以配合医保支付方式改革。甲方可按项目、按病种分值（DIP）、按疾病诊断相关分组（DRG）、按床日、按人头等支付方式向乙方结算医保费用。  乙方不得以医保支付政策为由拒收患者、转嫁参保人医疗费用、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。 | 第二十九条【支付方式】甲方对省本级医疗保险费用实行总额预算管理为基础的，按病种付费、按疾病诊断相关分组付费（DRG）及项目付费等复合型付费方式。在双方充分协商的基础上由甲方制定结算办法，明确具体的考核方式及考核标准，乙方遵照执行。  乙方纳入DRG结算的，基本医疗保险住院费用DRG结算付费按当年度结算办法执行。  乙方不得以医保支付政策为由拒收患者、转嫁参保人医疗费用、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。 |
| **第二十八条**【医疗收费】 乙方应按照国家、省（自治区、直辖市）或本统筹地区医疗保障部门制定的医疗服务项目和价格收费。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、医疗服务项目，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结算。  乙方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交费。 | 第三十条 |
| **第二十九条**【资金预付】 甲方结合统筹地区实际，可以按相关规定向乙方预付部分医保资金。 | 第三十一条【预付金】在突发疫情等紧急情况时，甲方可按国家规定向乙方预拨专项资金。 |
| **第三十条**【费用结算】 乙方应当为参保人员实时结算医疗费用，如实提供医疗费用结算单据和相关资料。乙方应为参保人员提供其在本机构医疗费用的查询服务或查询渠道，并承担相应解释工作。  参保人员医疗费用中应当由医保基金支付的部分，由甲方与乙方按规定进行结算；属于参保人员个人承担的费用，由参保人员直接与乙方结算。  甲方应按照统筹地区同级同类公立医疗机构医保基金支付范围和标准与乙方结算医保费用。  乙方与临床检验中心、医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心等第三方服务机构购买医疗服务的，符合医保基金支付的医疗费用，甲方按统筹地区规定与乙方结算。 | 第三十二条【费用结算】 乙方应当为参保人员实时结算医疗费用，如实提供医疗费用结算单据和相关资料。无正当理由，乙方不得拒绝参保人（包括异地）实时结算。乙方应为参保人员提供其在本机构医疗费用的查询服务或查询渠道，并承担相应解释工作。  参保人员医疗费用中应当由医保基金支付的部分，由甲方与乙方按规定进行结算；属于参保人员个人承担的费用，由参保人员直接与乙方结算。  甲方应按照统筹地区同级同类公立医疗机构医保基金支付范围和标准与乙方结算医保费用。对甲方不予支付的费用，乙方不得作为欠费处理。  乙方与临床检验中心、医学检验实验室、病理诊断中心、医学影像诊断中心等第三方服务机构购买医疗服务的，应保留结算单据备查。符合医保基金支付的医疗费用，甲方按统筹地区规定与乙方结算。 |
| **第三十一条**【院内审核】 乙方应加强内部科室和医务人员的管理，建立医保费用内部审核制度、健全考评体系，开展内部自查，加强院内医保费用审核，定期对本单位发生的医保费用进行分析。 | 第三十三条 |
| **第三十二条**【费用申报】 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、出院诊断证明等相关资料备查，确保申请结算的材料完整、真实。  乙方不得将处于中止协议期间的医疗机构或非定点医疗机构的医疗费用纳入医保结算。 | 第三十四条【费用申报】 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、出院诊断证明等相关资料备查，确保申请结算的材料完整、真实。  未经甲方批准，乙方不得将新增执业地、分支机构等的医疗费用纳入申报结算范围。乙方不得为非定点医疗机构提供医保结算。 |
| **第三十三条**【医保审核】 甲方应通过智能审核等方式对乙方上传的医疗费用实施初审全覆盖，并采取随机抽查的方式，按照规定的抽查比例进行复审。 | 第三十五条【医保审核】 甲方应通过智能审核、实时监控、人工复审和现场检查等方式对乙方上传的医疗费用实施初审全覆盖，并采取随机抽查的方式，按照规定的抽查比例进行复审。  甲方发现乙方申报费用有不符合医保支付规定的，应告知乙方并说明理由。乙方应在规定时限内向甲方做出说明，逾期不说明的，甲方可拒付有关费用。甲方可根据实际情况进行进一步核实，对核实的、甲乙双方认可的不合理费用，甲方按规定进行扣减。 |
| **第三十四条**【专家评审】 甲方应结合统筹地区实际，建立第三方专家评审机制。甲乙双方对医疗费用审核结果存在争议经协商未果的，可以开展第三方专家评审，专家评审意见可作为双方处理争议的重要依据。 | 第三十六条 |
| **第三十五条**【费用拨付】 甲方原则上应当在乙方申报医保费用后30个工作日内拨付符合规定的医保费用。甲方以银行转账的方式向乙方拨付医保费用。 | 第三十七条【费用拨付】甲方每月10日前与乙方核对上月发生医保费用，符合规定的医保费用当月审核完毕并拨付到位；省内异地及跨省异地就医费用在对账次月内拨付到位，保证乙方的正常运行和健康发展。 |
| **第三十六条**【基金对账】 甲方建立并完善基金收付对账机制，与乙方定期核对账目，并与乙方开展年终清算。 | 第三十八条【基金对账】 甲方建立并完善基金收付对账机制，与乙方定期核对账目。 |
| **第三十七条**【违规费用及违约金处理】 经核实后属于违规费用的，甲方不予支付。已经支付给乙方的费用，乙方应按原渠道退回。  医疗保障部门不予支付的费用、乙方按协议约定向甲方支付的违约金等，乙方不得作为医保欠费处理。 | 第三十九条【违规费用及违约金处理】 经核实后属于违规费用的，甲方不予支付。已经支付给乙方的费用，乙方应退回甲方。  医疗保障部门不予支付的费用、乙方按协议约定向甲方支付的违约金等，乙方不得作为医保欠费处理。 |
| **第三十八条**【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的，经鉴定确认乙方有责任的，乙方责任范围内的费用甲方不予支付，已经支付的，乙方应退回甲方。 | 第四十条【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的，在医疗纠纷处理未完结之前，相关医疗费用甲方有权暂不予支付。经鉴定确认乙方有责任的，乙方责任范围内的费用甲方不予支付，已经支付的，乙方应退回甲方。 |
| **第三十九条**【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，经甲乙双方商定，甲方预留乙方拨付费用的\_\_\_\_\_\_%，作为当年度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。 |  |
| **第五章  监督考核**  **第四十条**【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。 | 第四十一条 |
| **第四十一条**【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。 | 第四十二条 |
| **第四十二条**【医保考核】 甲方或其委托符合规定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。 | 第四十三条【医保考核】 甲方或其委托符合规定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、协议续签等挂钩。 |
| **第四十三条**【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。 | 第四十四条 |
| 第四十四条【监管信息报送】 按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金监督管理所需信息。 |  |
| 第四十五条【处罚信息报送】 甲方应与医疗保障、卫生健康、中医药、市场监督、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。 |  |
| **第六章 信息管理**  **第四十六条**【信息建设】 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。 | 第四十五条 |
| **第四十七条**【医保信息业务编码标准数据库】 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。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。 | 第四十六条 |
| **第四十八条**【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。 | 第四十七条 |
| **第四十九条**【结算设备】 乙方应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。 | 第四十八条【结算设备】 乙方应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，未经甲方允许，乙方不得将定点范围以外或未向甲方备案的终端设备接入医疗保障信息网络。因乙方管理使用不当造成的损失由乙方自行承担。 |
| **第五十条**【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结算和审核所需信息、数据，并及时传输医疗保障基金结算清单等信息，并对其真实性负责。特殊情况不能实时传输的，应在故障排除后24小时内上传。  乙方应按要求向医保信息平台传送全部就诊人员相关信息。 | 第四十九条【信息传输】乙方应按要求及时向甲方传输医疗保障基金结算清单等信息,包括疾病诊断及手术操作,药品、医用耗材、医疗服务项目费用结算明细,医师、护士等信息，并对其真实性负责。乙方应向甲方上传全部患者（包括自费患者）医疗费用结算信息和费用明细信息。特殊情况不能实时传输的，应在故障排除后24小时内上传。 |
| **第五十一条**【设施要求】 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，与其它外部网络联网时采用有效的安全隔离措施。因系统升级、硬件损坏等原因重新安装本地系统时，应向甲方备案，经甲方重新验收后方可与医保信息平台对接。 | 第五十条【设施要求】 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，与其它外部网络联网时采用有效的安全隔离措施。网络及系统出现故障时，乙方应当及时报告甲方，共同排查解决故障，并向参保人做好解释工作。因系统升级、硬件损坏、更换供应商等原因重新安装本地系统时，应向甲方备案，经甲方重新验收后方可与医保信息平台对接。 |
| **第五十二条**【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的，应及时通知对方启动应急预案。 | 第五十一条 |
| **第七章 违约责任**  **第五十三条**【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的，或向乙方收取费用；  （四）未按协议约定时限向乙方拨付医保费用的；  （五）未对作出的违约处理向乙方进行解释说明的；  （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）工作人员违反工作纪律规定，对乙方造成影响的；  （八）其他违反法律法规规章及协议约定的行为。 | 第五十二条 |
| **第五十四条**【约谈】 经查实，乙方有下列情形之一的，甲方有权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）以医保支付政策为由拒收参保患者的；  （二）未按要求向医保信息平台传送全部就诊人员相关信息；  （三）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；  （四）未按规定向参保人员如实出具费用单据和相关资料，或者未履行知情同意手续的；  （五）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；  （六）未开展药品、医用耗材进销存管理的，以及未留存相关凭证、票据的；  （七）未如实报送药品、耗材的采购价格和数量的；  （八）未向社会公开医药费用及费用结构等信息的；  （九）将甲方不予支付的费用、乙方按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，作为医保欠费处理的；  （十）未公布投诉举报渠道，或未及时处理举报投诉或社会监督反映问题的；  （十一）拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况的；（监管司建议增加）  （十二）其他未按协议约定落实管理措施，且未造成基金损失的。 | 第五十三条【约谈】 经查实，乙方有下列情形之一的，甲方有权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，如整改不合格，暂停费用拨付直至整改合格。其中因乙方原因导致参保人无法享受医保待遇的，责任由乙方承担：  （一）以医保支付政策为由拒收参保患者或要求未达到出院标准的参保人员提前出院的；  （二）未按规定为参保患者实时结算的；  （三）未按规定向医保信息平台传送全部就诊人员相关信息的；  （四）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；  （五）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；  （六）未按规定向参保人员如实出具费用单据和相关资料，或者未履行知情同意手续的；  （七）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；  （八）未开展药品、医用耗材进销存管理的，以及未留存相关凭证、票据的；  （九）未如实报送药品、耗材的采购价格和数量的；  （十）未向社会公开医药费用及费用结构等信息的；  （十一）将甲方不予支付的费用、乙方按医保协议约定支付的违约金等，作为医保欠费处理的；  （十二）未公布投诉举报渠道，或未及时处理举报投诉或社会监督反映问题的；  （十三）拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况的；  （十四）未按规定使用全省统一维护的基本医疗保险药品目录、医疗服务设施标准、医用耗材和诊疗项目范围；  （十五）未配合甲方做好国家信息业务编码标准数据库建设或维护工作的；  （十六）未按照甲方提供的接口标准进行程序开发和改造的；  （十七）未做好医保信息平台安全隔离措施，未与互联网物理隔离的；  （十八）不遵守个人信息保护和数据安全有关制度，导致个人信息泄露的；  （十九）具备条件但拒不配合医保支付方式改革的；  （二十）未按规定报送医疗保障基金结算清单的；  （二十一）未按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购医保支付的药品、耗材的；  （二十二）被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的；  （二十三）其他未按协议约定落实管理措施，且未造成基金损失，乙方应予以整改的情形。 |
| **第五十五条**【暂停拨付】 经查实，乙方有下列情形之一的，或违反第五十四条造成医保基金较大损失或社会影响较大，在约谈的基础上暂停拨付医保费用，督促其限期整改。暂停拨付时间至违约行为调查处理结束、乙方整改合格：  （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）未按规定使用国家统一的医保信息业务编码；  （三）未配合甲方做好国家信息业务编码标准数据库建设或维护工作的；  （四）未按照甲方提供的接口标准进行程序开发和改造的；  （五）未做好医保信息平台安全隔离措施，未与互联网物理隔离的；  （六）将医保结算设备转借、赠与他人或改变使用场地的；  （七）不遵守个人信息保护和数据安全有关制度，导致个人信息泄露的；  （八）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的；  （九）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；  （十）具备条件但拒不配合医保支付方式改革的；  （十一）未按规定报送医疗保障基金结算清单的；  （十二）未按规定在医疗保障行政部门规定的平台上采购医保支付的药品、耗材的；  （十三）其他对基金拨付造成影响，乙方应予以整改的情形。 | 第五十四条 |
| **第五十六条**【不予支付或追回已支付的医保费用】 经查实，乙方有下列违约情形之一的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，情形较重的，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）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）分解住院、挂床住院；  （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）串换医保药品、医用耗材、医疗服务项目的；  （八）未核验参保人员医疗保障凭证，造成冒名就医的；  （九）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；  （十）未按照甲方规定的门诊慢特病病种认定标准进行认定的；  （十一）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；  （十二）未按规定正确报送病种，造成结算标准偏高的；  （十三）未如实记录病人意外伤害原因或记录不明确，将应由第三方承担的医疗费用纳入医保基金支付的；  （十四）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；  （十五）其他造成医保基金损失的行为。 | 第五十五条【不予支付或追回已支付的医保费用】 经查实，乙方有下列违约情形之一，或违反第五十四条造成医保基金损失的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，其中因乙方原因导致参保人无法享受医保待遇的，责任由乙方承担。情形较重的，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）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）分解住院、挂床住院；  （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）串换医保药品、医用耗材、医疗服务项目的；  （八）未核验参保人员医疗保障凭证，造成冒名就医的；  （九）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；  （十）未按照甲方规定的门诊慢特病病种认定标准进行认定的；  （十一）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；  （十二）未按规定正确报送病种，造成结算标准偏高的；  （十三）未如实记录病人意外伤害原因或记录不明确，将应由第三方承担的医疗费用纳入医保基金支付的；  （十四）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；  （十五）将医保结算设备转借、赠与他人或改变使用场地的；  （十六）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的；  （十七）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；  （十八）其他造成医保基金损失的行为。 |
| **第五十七条**【中止医保协议】 乙方发生下列违约情形之一的，或违反第五十五条造成医保基金较大损失或社会影响较大，可在按第五十五条规定处理的基础上，甲方给予乙方中止协议处理，中止时间不超过180日（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（监管司建议增加“中止相关责任人员医保支付资格”）），并向社会公布：  （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；（报告）  （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、发放实物或卡券、赠送礼品、免费体检等方式，诱导参保人员就医、住院的；  （四）以套取医保基金为目的，串换医保药品、医用耗材、医疗服务项目的；  （五）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；  （六）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；  （七）通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料，或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金。  （十六）未按规定向甲方及医疗保障行政部门提供有关数据或提供数据不真实的；  （八）将科室承包、出租给个人或其他机构的；  （九）门诊慢特病病种认定提供虚假认定资料；  （十）为参保人员套取个人账户资金的；  （十一）法律法规和规章规定的应当中止协议的其他情形。 | 第五十六条【中止医保协议】 乙方发生下列违约情形之一的，或违反第五十四条、第五十五条造成医保基金较大损失或社会影响较大，可在按第五十五条规定处理的基础上，甲方给予乙方中止协议处理，中止时间不超过180日，并向社会公布：  （一）根据举报投诉、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或需要进一步核实情况的；  （二）不配合费用审核、协议管理检查、绩效考核，或对甲方核查、调查文书或甲方的核查结果拒绝签字，且在 3 个工作日内又不提供有效证据的；  （三）采取虚假宣传、减免自付费用、返现、回扣、发放实物或卡券、赠送礼品、免费体检等方式，诱导参保人员就医、住院的；  （四）以套取医保基金为目的，串换医保药品、医用耗材、医疗服务项目的；  （五）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；  （六）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；  （七）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；  （八）虚构医药服务项目；  （九）将科室承包、出租给个人或其他机构的；  （十）门诊慢特病病种认定提供虚假认定资料；  （十一）为参保人员套取个人账户资金的；  （十二）未按规定向甲方及医疗保障行政部门提供有关数据或提供数据不真实的；  （十三）法律法规和规章规定的应当中止协议的其他情形。 |
| **第五十八条**【解除医保协议】 乙方发生下列违约情形之一的，或违反第五十四条、第五十五条、第五十六条情形且性质恶劣的，或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，并有权要求乙方支付违约金（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，（监管司建议增加“终止相关责任人员医保支付资格”）），并向社会公布解除协议情况：  （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）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；  （三）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；  （四）经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；（监管司建议删除该条）  （五）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；  （六）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；  （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）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”2号令原文：监管司认为过严，建议删除“可能”，我们建议采纳）造成医疗保障基金重大损失的；  （十）被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的；  （十一）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；  （十二）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；  （十三）法律法规和规章规定的应当解除协议的其他情形。 | 第五十七条【解除医保协议】 乙方发生下列违约情形之一的，或违反第五十四条、第五十五条、第五十六条情形且性质恶劣的，或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，并有权要求乙方支付违约金，并向社会公布解除协议情况：  （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）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；  （三）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；  （四）经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；  （五）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；  （六）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；  （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造成医疗保障基金重大损失的；  （八）乙方停业或歇业后未按规定向甲方报告的；  （九）被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的；  （十）法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的；  （十一）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；  （十二）法律法规和规章规定的应当解除协议的其他情形。 |
| **第五十九条**【移交处理】 乙方违反协议约定，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。 | 第五十八条【移交处理】 乙方违反协议约定，依法还应给予行政处罚的，甲方应提请有管辖权的医疗保障行政部门进行行政处罚。涉嫌违法犯罪的，由医疗保障行政部门及时移送司法机关，依法追究其刑事责任。 |
| **第六十条**【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。 | 第五十九条 |
| **第六十一条**【违约处理互认】 乙方所在地的地市级及以上统筹地区经办机构与乙方中止或解除医保协议，乙方在其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。 | 第六十条【违约处理互认】乙方经医疗保障行政部门核查认定存在违规行为的，甲方可根据医疗保障行政部门认定的事实和依据，依照本协议的相关条款进行处理。  乙方如同时与其他医疗保险管理部门签订定点医疗机构医疗保险服务协议的，甲方可根据其他医疗保险管理部门核查认定的乙方涉及省本级的违约行为进行处理。 |
| **第六十二条**【信息泄露处理】 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。 | 第六十一条 |
| **第六十三条**【公示义务】 乙方在停止医保服务期间，应在其营业场所显著位置进行公告，并向参保人员解释说明。乙方未公告或解释说明，导致参保人员医疗费用不能纳入医保基金支付范围的，相关责任和后果由乙方承担。 | 第六十二条 |
| **第六十四条**【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。 | 第六十三条 |
| **第八章 附则**  **第六十五条**【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。 | 第六十四条 |
| **第六十六条**【信息变更】 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。 | 第六十五条【信息变更】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、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。  （一）乙方应在国家医保业务编码数据库系统、云南省医保公共服务网上服务大厅提交变更申请，甲方对乙方的信息变更应在7个工作日内审核完毕。乙方应在变更申请审核通过起7个工作日内办理协议内容变更。  （二）乙方应在两定统一门户自行维护银行账户信息。由乙方法定代表人授权经办人维护、复核人审核、法定代表人审定后提交本单位银行账户信息，并上传相关证明材料。乙方填写《银行账户维护承诺书》，由法定代表人签字并加盖公章承诺对所维护的银行账户信息及相关资料的真实性、完整性、合法性、有效性负责。  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、银行账户等重大信息变更时，银行账户信息应自有关部门批准变更之日起3个工作日内维护完毕。乙方新准入定点并已开通医保信息系统的，银行账户信息应在5个工作日内维护完毕。  因乙方主观原因错误维护银行账户信息导致的损失由乙方承担。 |
| **第六十七条**【效力约定】 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。 | 第六十六条【效力约定】 协议执行期间，国家、省的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。 |
| **第六十八条**【申请协议中止】 协议履行期内，乙方因停业或歇业等原因可在规定时限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。 | 第六十七条 |
| **第六十九条**【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。 | 第六十八条 |
| **第七十条**【善后处理】 双方中止协议、终止协议或解除协议的，甲乙双方应对在院、出院未结算等情形的参保人员共同做好善后工作。乙方终止或解除协议后，不得再悬挂定点医疗机构标识。 | 第六十九条 |
| **第七十一条**【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，因甲方原因未签订新协议前，原协议继续生效。 | 第七十条 |
| **第七十二条**【文书送达】 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。 | 第七十一条 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

附表:



|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗机构协议开通服务表** | | | | | |
| 医保编码 |  | 医疗机构名称 |  | | |
| 法定代表人 |  | 主要负责人或实际控制人 |  | | |
| 所有制形式 |  | 机构性质 |  | | |
| 注册地址 |  | | | 医院等级 |  |
| 起付线等级 |  | 限价等级 |  | 异地就医开通 | £省内 £跨省 |
| **医疗机构医疗类别开通列表** | | | | | |
| 医疗类别 | | 职工 | 居民 | 医疗照顾人员 | 离休人员 |
| 门诊 | 普通门诊 | £ | £ | £ | £ |
| 急诊抢救 | £ | £ | £ | £ |
| 门诊慢病 | £ | £ | £ | £ |
| 门诊特病 | £ | £ | £ | £ |
| 透析 | £ | £ | £ | £ |
| 国家谈判药门诊 | £ | £ | £ | £ |
| 生育门诊 | £ | £ | £ | £ |
| 住院 | 普通住院 | £ | £ | £ | £ |
| 精神病住院 | £ | £ | £ | £ |
| 单病种住院 | £ | £ | £ | £ |
| 生育住院 | £ | £ | £ | £ |
| 日间手术 | £ | £ | £ | £ |
| 备注 |  | | | | |