

临沂市医疗保障局文件

临医保发〔2019〕84号

关于印发《临沂市基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议(试行·2020版)》的通知

各县区（开发区）医疗保障局，各医保定点医疗机构：

为进一步加强定点医疗机构医保服务协议管理，根据《中华人民共和国社会保险法》和国家医保局《关于当前加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知》（医保办发〔2018〕21号）等法律法规和政策要求，以及省局制定的《山东省基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议(试行·2019版)》，我市制定了《临沂市基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议(试行·2020版)》（以下简称《协议》），现印发给你们，请认真贯彻执行，并就有关事宜通知如下：

一、各县区应遵循使用《协议》条款，可根据定点医疗机构

服务类型，分别签署住院、门诊慢性病、普通门诊等附加协议。

二、定点医疗机构服务协议原则上按年度签定，协议内容不得改动。协议期间如需对新的协议内容进行约定，可签订补充协议。各县区局于2020年3月底以前，由医保经办机构与所属定点医疗机构完成服务协议重新签订工作（市直定点医疗机构由市医保中心统一签订）。在执行中发现新情况、新问题，要及时向市局报告。



（此件主动公开）

（联系科室：市医疗保障局待遇保障科）

临沂市 县区 第_____号

临沂市基本医疗保险定点医疗机构

医疗服务协议

(2020 版·试行)

临沂市医疗保障局

甲 方：_____医疗保险事业中心

法定代表人：_____

地 址：_____

邮 政 编 码：_____

联 系 电 话：_____

乙 方：_____ 医院

法定代表人：_____

地 址：_____

邮 政 编 码：_____

联 系 电 话：_____

为保障基本医疗保险参保人员（以下简称：参保人员）的合法权益，加强和规范医疗保险协议定点医疗机构（以下简称：医保定点机构）管理，维护医保基金安全，根据《中华人民共和国社会保险法》、《医疗机构管理条例》等法律法规、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等各级医保行政部门有关医保定点医疗机构协议管理相关政策要求，甲乙双方在自愿、平等、协商的基础上，就医疗保险医疗服务有关事宜签订协议。

第一章 总 则

第一条【基本要求】甲乙双方应当认真执行国家、省有关法律法规及本统筹地区（以下均指临沂市，即本市，下同）基本医疗保险管理办法和各项配套政策规定，按本协议约定承担各自责任，履行各自义务，保证参保人员更好享受基本医疗保险服务。

第二条【服务对象】乙方提供医疗服务的对象包括基本医疗保险、生育保险参保人员及其他医疗保障人员。

第三条【服务范围】乙方为参保人员提供医疗服务的范围包括以下__类：职工普通门诊、职工门诊慢性病、职工住院、职工生育；医疗救助定点；居民普通门诊、居民高血压/糖尿病两病门诊用药、居民门诊慢性病、居民住院；_____、等医疗服务。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,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【机构设置】乙方应当建立健全医保管理服务部门，明确职责定位，配备专（兼）职管理人员，100张床位以上医疗机构应设立医疗保险办公室和专职工作人员。职责设定及人员配置应充分征询甲方意见。乙方应严格履职尽责，做好医保服务管理工作，为参保人员提供合理必要的医疗服务，开展医务人员医疗保险政策培训。按规定向甲方报送医疗保险基金（以下简称：医保基金）拨付使用和药品、耗材等货款结算拨付情况。

第五条【财务票据管理】乙方应严格执行政府行政部门制定的医院财务制度、医院会计制度及收入分配制度，规范财务管理。不得将医疗收费票据等专用票据转让其他单位或其他人员使用。

第六条【信息变更】协议履行期间，乙方的法定代表人、执业地址等发生变化时，应自有关部门批准之日起10个工作日内向甲方提供相关材料重新申请签订服务协议；乙方的名称、经营性质、机构类别、诊疗科目、机构规模（级别、床位数）、医保管理部门负责人、主要医疗设备设施、银行结算账户等发生变化时，应自有关部门批准之日起10个工作日内向甲方提供相关材料申请变更。

第七条【医保医师】甲乙双方应按照上级有关要求，加强对医保医师等医务人员管理。乙方应配合甲方建立并及时维护定点机构医保医师信息库，对纳入医保医师信息库的医务人员因诊治行为让参保人员所发生的符合规定的医疗费用，甲方予以支付。

第八条【权益监督】甲乙双方应当依照国家、省及本市有关法规政策规定，正确行使权利。双方有权监督对方执行有关法规政策和履约的情况，举报或投诉对方工作人员的违法违规行为，向对方提出合理化建议。

第九条【培训指导】甲方应及时向乙方通报医保政策法规和管理制度、操作流程的变化情况。指导乙方开展与医保管理相关的培训，完善医保相关内部管理制度，加强基础数据管理，接受乙方咨询，并对乙方提出的反馈意见及时研究答复。

第十条【宣传监督】甲乙双方应当采取多种方式开展医疗保险政策宣传，为参保人员提供咨询服务。甲乙双方应当通过多种渠道公布医保基金监督举报电话，及时受理、解决参保人员的投诉。

第二章 诊疗服务

第十一条【基本要求】乙方应严格遵循卫生健康行政部门有关临床诊疗技术规范 and 各项操作规范以及医学伦理规范，为参保人员提供基本医疗服务，使用适宜技术和药物，合理诊疗，因病施治，

促进患者有序流动，不断提高医保基金使用效益，严格控制参保人员个人负担比例和医疗费用不合理增长，不得对患者实施过度医疗，不得以医保支付政策为由拒收患者。

第十二条【就医核验】参保人员就医时，乙方应核验参保人员的医疗保障有效凭证，做到人证相符。发现证件无效、人证不符的，不得进行医保费用结算。如非甲方书面授权，乙方不得以任何理由收集、留存参保人员医疗保障有效凭证。参保人员因年老体弱、行动不便等原因需要别人代取药品的，乙方应按照甲方有关规定执行。

乙方发现参保人员有骗保嫌疑的，应及时掌握证据并报告甲方。甲方应对乙方报告情况进行核查。

第十三条【意外伤害】乙方收治意外伤害参保人员时，首诊医生应如实书写医疗文书，并注明患者致伤原因。对于明确不属于医保支付范围的，不得进行医保结算；对于无法确定是否有第三方责任的，及时报告甲方组织联合检查。

第十四条【出入院要求】乙方应严格执行出、入院标准，为符合入院标准的参保人员及时办理住院手续，不得推诿和拒绝，对未达到出院标准的参保人员不得提前办理出院手续或按自费住院处理，对因病情需要本院内转科治疗的参保人员不得办理出院后再住院手续（分解住院）；乙方应及时为符合出院标准的参保人员办理出院手续，参保人员拒绝出院的，乙方应及时停止记账，医疗费院内终止并通知甲方；乙方应严格掌握重症监护病房的使用标准，及时将病情好转的参保人员转入普通病房。

第十五条【诊疗记录】乙方应当按规定为参保人员建立就医病历，并妥善保存备查。门诊与住院病历的诊疗记录应当真实、准确、完整、清晰，化验检查须有结果分析。住院医嘱、病程记录、检查结果、诊断和治疗单记录要与票据、费用清单等相吻合。

第十六条【知情同意权】乙方应当保证参保人员知情同意权。主动向参保人员提供门诊、住院费用结算单和住院费用每日清单（单病种可不提供）；建立并执行自费项目参保人员知情确认制度，由参

保人员个人全部负担的医疗费用，须经参保人员或其家属签字确认（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）；不得要求住院参保人员到门诊缴费（甲方另有规定的除外），否则产生的费用由乙方承担。

第十七条【院外检查】参保人员住院期间，因乙方条件限制需要到其他定点医疗机构或第三方服务机构（依法合规设立的）进行检查治疗时，乙方应于检查治疗前为参保人员办理外检外治手续并登记备案，经备案的外检外治医疗费用，出院前由乙方录入本院医保系统结算。

乙方应当充分利用参保人员在其他医疗机构所做的检查化验结果，避免不必要的重复检查，增加参保人员负担。

乙方应当执行门诊处方外配制度，参保人员主动要求到定点零售药店（含特药定点或门诊慢性病定点）购药的，乙方不得拒绝。外配处方应当书写规范，字迹工整，并加盖乙方专用章。

第十八条【费用查询】乙方为参保人员办理费用结算及出院手续时，应提供费用结算单、费用清单、有效票据等。乙方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【转诊转院】乙方应当建立健全转诊转院制度，确因医疗技术和设备条件限制，参保人员需转往外院或本市以外的医疗机构治疗的，乙方应按甲方相关规定及时办理。

第二十条【慢病管理】乙方承担高血压、糖尿病等门诊慢性病资格确认职责的，应严格按照门诊慢性病种认定标准进行资格确定，不得出具虚假资格确认证明。乙方应加强包括高血压、糖尿病在内的门诊慢性病患者健康管理，规范诊疗流程和标准，保障药品供应和合理使用，为门诊慢性病患者提供优质服务。

第二十一条【异地就医】乙方为全省异地就医定点医院的，应按有关规定为市外异地就医参保人员提供合理的医疗服务，办理联网结算，无正当理由不得拒绝为市外异地参保人员即时结算费用。乙方应配合甲方开展异地就医转诊备案管理工作，做好市外异地就

医政策宣传、省内异地门诊慢性病联网结算和医保个人账户通刷等业务，不得推诿、拒绝异地参保人员正常刷卡要求。

第三章 药品和诊疗项目

第二十二条【目录管理】乙方应严格按照现行有效的基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录、诊疗项目目录及医疗服务设施项目范围，以及本市的医保支付标准，为参保人员提供合理、必要的基本医疗服务。优先及合理使用目录范围内的药品、诊疗项目、医用耗材（含植入类医疗器械）。超出目录和支付标准范围的费用，甲方不予支付。

第二十三条【药品采购】乙方应当严格按照有关规定购进、使用、管理药品和医用耗材，及时调整药品、医用耗材供应结构，根据自身规模保障医保目录内药品、医用耗材的供应。

乙方应实现药品、医用耗材等“进、销、存”全程信息化管理并按要求传输相关数据，建立真实、完整、准确的“进、销、存”台账，并留存进销凭证。药品、医用耗材的购进记录应当包含通用名称、剂型（型号）、规格、生产厂商（中药材标明产地）、生产日期、有效期、批准文号、数量、价格等信息，确保其使用的可追溯性。

第二十四条【带量采购】乙方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，不得以医疗费用控制、医保总额付费、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的合理使用。未按规定采购或未完成采购量的，甲方可按比例适度扣减年度总额控制指标。

第二十五条【用药要求】乙方纳入医保报销的用药应遵循药品说明书，严格掌握目录内药品限定支付范围并留存用药依据便于甲方核查。超出限定支付范围及缺乏法定用药依据的费用，甲方不予支付。

乙方应当采取措施规范医保医师用药行为，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叠加使用的，需提供充足依据。

第二十六条【院内制剂】乙方经药品行政部门批准生产和使用的治疗性院内制剂，按规定经市级医保行政部门批准纳入医保支付范围，执行市级医保行政部门确定的医保支付标准，按相关规定仅限有效期内乙方本院使用（特定医疗机构使用须经市级医保行政部门批准）。

第二十七条【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(如 CT、MRI 等)和临床“套餐式”检查等作为常规检查。

第二十八条【特药特材管理】乙方应当建立特殊药品、诊疗项目、医用耗材内部审批制度，严格掌握其适用范围，保存并按规定向参保人员提供相关使用记录。

第二十九条【重点监控项目】乙方应当建立医保目录外项目、重点监控药品和高值医用耗材使用分析评价，严格控制目录外项目、重点监控药品和高值医用耗材的使用比例，减轻参保人员个人负担。

第三十条【新增收费项目】乙方如开展新增医疗服务价格项目，须经市级医保行政部门批准并明确项目名称、内涵及收费等信息。未经批准的医疗服务项目不得向医保患者收费，不得纳入医保费用结算。

第四章 医疗费用结算

第三十一条【收费标准】乙方应当按照国家、省和本市医疗服务项目和价格标准等规定进行收费，不得套用、提高收费标准或分解收费。

乙方应遵守执行价格有关法律法规和医疗服务价格项目规范，按明码标价要求公示医药价格与收费标准。市场调节价和自主定价项目应做好知情告知，定点公立医疗机构医疗服务价格不得超过政府最高指导价，定点非公立医疗机构医疗服务价格自主定价的，甲

方按照不高于同级同类公立医疗机构标准与其协商确定医保支付标准，超过医保支付标准的不予支付。

第三十二条【费用结算】乙方应按规定为参保人员及时结算医疗费用，积极配合甲方为参保人员提供基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”。参保人员在乙方就医结算时，只需交纳按规定应当由参保人员个人承担的费用，乙方应当开具医疗收费专用票据或提供医疗收费电子票据（均需加盖“医保已报销”字样后交参保患者），票据使用管理应符合相关规定。无特殊情况，乙方不得要求参保人员全额支付医疗费用。县区医保经办机构发现乙方未联网直接结算报销、要求患者回参保地手工报销的，甲方从下月拨付基金中按患者报销医保费用 2 倍额度予以抵扣。

第三十三条【费用拨付】乙方应当按甲方规定的程序与时限，完成对账并正确上传数据，在规定时限内，将参保人员的结算信息以及医疗费用结算申报表等资料报甲方，并按医保规定留存相关资料备查。甲方按规定向乙方拨付应由医保基金支付的医疗费用。双方应积极完善结算系统，实现单据系统内上传。

第三十四条【费用审核】甲方可通过智能审核、人工复审和组织第三方评审等方式对乙方申报的医疗费用进行审核。发现乙方申报费用不符合医保支付规定的，应当及时告知乙方并说明理由。乙方应当在 15 个工作日内向甲方做出说明，逾期不说明的，甲方可拒付有关费用。对核实的不合理费用，甲方按规定在次月拨付医保费用时进行扣减或由乙方主动及时交回。甲乙双方应定期核对账目。

第三十五条【支付方式】甲乙双方应严格执行本市医保费用结算的有关规定，在医保基金预算管理和总额控制的基础上，甲方可实施总额预算付费、按病种付费、按病种分值付费、按疾病诊断相关分组（DRG）付费、按人头付费、按定额付费、按项目付费等付费方式向乙方支付医保费用。医保费用结算与考核年度相结合，按月结算、年终清算。

第三十六条【采购回款】甲方建立周转金制度，对资金垫付压力较大、信誉良好的定点医疗机构，原则上按其上年度总额控制指标的月均额度标准于年初预先拨付 1 个月的周转金，减轻乙方资金垫付压力。

对集中带量采购药品，甲方按不低于约定采购金额的 50%预付给乙方，并纳入年度总额控制额度。乙方不得拖欠企业药款，不得采取承兑等方式变相延长回款时间。对不按时结算药款的，甲方将按一定比例适度扣减年度医保总额控制指标。

第三十七条【总额控制】甲方根据本市医保基金收支预算情况，按规定对乙方本年度医保付费实行总额控制管理。

乙方的____年度总额预算控制额度为_____元（大写：元），其中：居民住院____元（大写：____元），居民门诊统筹____元（大写：____元），居民门诊慢性病____元（大写：____元）。

甲方将乙方的年度控制总额平均分配到月使用，确定每月医保支付额度，按月与乙方结算。乙方申报医保费用在月均支付额度内的，甲方按乙方申报医保费用进行支付；乙方申报医保费用超出月均支付额度的，甲方按乙方月均支付额度进行支付，当月超出部分甲方暂缓支付，年末根据年度考核结果予以年终清算。

对于难以测算确定控制总额指标的乙方，甲方可暂按乙方每月参保人员在定点医院住院联网直接结算报销费用不低于 70%的额度进行支付，年底再根据基金结余和违规扣款情况进行年终清算。

发生重大疫情特殊时期，对乙方（应为定点救治医院）按照上级规定确诊和疑似患者的医疗救治费用不实行总额控制管理，单独结算，不计入医院总额控制指标，确保患者不因费用问题影响就医，确保定点医院不因支付政策影响救治。

第三十八条【激励约束机制】甲方应按照风险共担原则，在确保医保基金收支平衡的前提下，建立健全医保基金指标总额控制、动态调整、协商谈判及“结余适当留用、合理超支分担”的激励约束机制。

年度医保费用清算医保资金拨付时间为次年的4月底前。年终清算时，对于乙方年度实际发生医保费用低于总额控制指标的，结余部分按照70%比例留给乙方使用，年度考核不合格的不予留用。对于乙方年度实际发生医保费用高于总额控制指标的，合理超支10%以内部分由定点机构和医保基金按照70%：30%的比例进行分担，超支10%以上部分由定点机构承担。超支结余分担比例可由医保经办机构根据医保基金收支状况、医保年度考核情况和乙方超支程度等进行调整，原则上增减调整幅度不超过5%。

乙方财务会计账目处理应在双方确认其分担资金数额后15个工作日内完成，并将调整财务会计账目复印件等证明材料加盖单位公章报送甲方确认。对于不按医保协议和财务会计制度规定及时处理账目的定点医疗机构，根据情节轻重，给予调减下年度医保总控指标、中止协议直至解除医保服务协议处理。

如乙方为实行人事管理、财务管理、资产管理、业务管理、药品耗材目录、药品耗材配送“六统一”的紧密型县域医疗共同体，甲方按照当年度居民医保基金年度预算，以乙方各医疗机构上年度居民医保基金拨付总额为基数，综合考虑医保基金承受能力、协议履行及违规扣款等各种因素，科学确定乙方居民医保基金年度总额付费预算额度，医保基金在医共体内统筹使用。并按不低于一个月的月均额度于年初预拨给乙方。年终根据县区居民医保合规医疗费用发生额、总额付费标准、实际报销比例以及医保年度考核等情况，计算乙方结余或超支资金额，结余留用，超支由乙方承担。

第三十九条【费用补偿机制】甲方建立住院高额医疗费用补偿机制。乙方收治特殊疾病重症参保患者发生的单次高额住院医疗费用（主要指疾病特殊、病情严重、病程较长、特殊药品或项目急需的参保患者费用）中医保基金支付单次超过10万元以上的，乙方可提出书面申请，说明具体原因，经甲方审核认定后，根据当年度医保基金结余情况，按高额补偿相关规定，对其予以单独据实支付，不纳入当年度总额控制指标。

第四十条【按病种付费】甲方对部分病种的住院医疗费用，部分门诊慢性病的门诊费用实行按病种付费，病种支付标准由甲乙双方协商谈判确定，纳入年度总额控制指标管理。具体的病种和支付标准另外附加协议。

乙方同一主要诊断和治疗方式的所有病例均应纳入按病种付费管理；治疗期间发生的全部费用（除特殊约定的项目外）纳入按病种付费范围，乙方不得再收取或变相收取其他医疗费用。对特殊病例（不超过20%），经双方协商，甲方可据实支付。

第四十一条【按疾病诊断相关分组付费】实施 DRG 付费或类 DRG 付费管理，甲方按照总量控制、定额管理及 DRGs—PPs 管理、项目审核、超额分担的结算办法，按规定的结算时间和标准同乙方结算医保费用。乙方合理使用 DRGs 指标进行医院绩效管理，不得将 DRGs 指标作为考核医务人员工资和奖金的指标。

甲方终审结束后，乙方应在规定时间内办理网上结算，如因乙方延误造成结算无法完成的，后果由乙方自负。

甲方对审核后确认合理的乙方超支费用，根据统筹基金结余情况按照双方约定的比例予以补偿，对于违约的统筹超支病例费用，不参与年度超支补偿。经医保智能监控系统审核，发现乙方未规范、准确上传医保电子病历病案首页信息的（涉及 DRGs 分组的首页项目），甲方按 0000 组结算费用。

第四十二条【按人头付费】甲方对乙方为本县区居民基本医疗保险等参保人员提供的门诊统筹医疗服务实行按人头付费。甲方根据乙方的签约服务人数，按每人每年_____元的标准计算签约总额。

但当乙方为所有签约人员提供门诊（含转诊）医疗服务的医疗总费用以按项目付费标准计算，低于签约总额的 80%时，甲方以按项目付费标准向乙方支付；在签约总额的 80%至 100%之间的，结余部分甲方按 70%向乙方支付；在签约总量 100%至 110 %之间的，超出部分甲乙双方分别承担 30 %和 70%；超过签约总额的 110%的，超出部分甲方不予支付。超支结余分担比例可由医保经办机构根据

医保基金收支状况、医保年度考核情况和乙方超支程度等进行调整，原则上增减调整幅度不超过 5%。

参保人员选择乙方作为签约门诊医疗服务机构的，乙方不得拒绝，并落实首诊负责制和分级诊疗制度。

第四十三条【按定额付费】甲方对乙方医疗服务中住院人次等服务单元实行按定额付费，纳入年度总额控制指标管理。

乙方同一服务单元的医疗费用均纳入按定额付费管理；治疗期间发生的全部费用（除特殊约定的项目外）纳入按定额付费总额；不得推诿重症病人和减少服务；不得再收取或变相收取其他医疗费用。对特殊病例（不超过 20%），可经双方协商，甲方据实支付。

第四十四条【按项目付费】实行按项目付费的，甲方根据收费标准和乙方提供的医疗服务数量，按规定向乙方支付费用，纳入年度总额控制指标管理。

第四十五条【日间手术】对纳入“日间手术”结算管理的病种，乙方应严格执行国家卫生健康行政部门制定的日间手术病种手术操作规范，按照“日间手术”管理规定上传参保人员医疗费用，按住院结算方法结算。甲方对其医疗费用实行按月单独结算，暂不纳入年度医疗费用总额控制指标管理，在计算住院次均费用、平均住院天数等指标时与普通住院合并计算。乙方应加强管理，严格控制医疗费用，实行“日间手术”后的单病种医疗费用应比原住院治疗医疗费用有明显下降，不得将单病种包含的费用转移至门诊。乙方不得采用让患者外购药品等方式转嫁医疗费用，也不得将日间手术应包含的费用转移到门诊另行收费。对按规定应在门诊实施的手术，乙方不得纳入日间手术结算管理。

第四十六条【指标调整】因医药服务价格等重大政策调整、影响范围较大的突发事件等情况导致医保费用变化较大的，甲方可在年度中期或年终清算方案中予以调整结算指标。

第四十七条【纠纷费用处理】参保人员与乙方发生医疗纠纷并涉及医疗费用结算的，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予支付。经医疗事故鉴定确认乙方承担全部责任或主要责任的，相关医保费用应由乙方承担，甲方不予支付。

第四十八条【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，有权追溯并对违规费用按 1-2 倍进行扣除，涉嫌欺诈骗保的，移交有关部门处理。

第五章 医疗服务监管

第四十九条【基本要求】甲乙双方按照国家 and 省市相关规定，共同管控医保医疗服务，确保医疗费用增长符合有关部门规定并与社会经济发展水平及医保基金安全相协调。

第五十条【费用分析制度】甲方应建立医疗费用分析制度，对乙方、乙方科室和医务人员提供医疗服务的医疗费用指标进行分析。

乙方应根据本协议的要求建立院内医疗费用分析制度，合理科学设置各项指标，定期向甲方说明医疗费用的管控情况。

第五十一条【智能监控】甲乙双方应当充分利用医保智能监控（含审核）系统监管医疗服务，监控系统发现界定清楚的违规行为，甲方可直接进行处理；甲方发现违约疑点时，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。

第五十二条【监督检查】甲方或受甲方委托的第三方机构定期、不定期对乙方执行医保政策和履行医保服务协议情况进行监督检查，并将监督检查情况及时反馈给乙方。

乙方应当对甲方在监督检查中查阅有关资料、询问当事人等予以配合。对乙方提供的资料，甲方应当予以保密。乙方应确保向甲方提供的资料和传输的医疗费用数据真实、准确、完整，因提供不实资料、传输虚假数据产生的后果由乙方承担。

第五十三条【内控管理】乙方应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利益。不得因指标管控推诿拒收病人；不得将超过总额控制指标的医疗费用

转嫁给参保人员自费。

第五十四条【考核机制】甲方根据规定对乙方有关医疗保险的各项指标、医疗保险政策及协议履行情况进行考核，对乙方进行分级评价、分级管理，并积极开展满意度调查，将满意度调查纳入考核结果，与本年度年终清算、次年总额控制指标和协议续签等挂钩。

甲方可开展信用体系评价，将信用评价结果与乙方总额控制指标挂钩，鼓励乙方规范医疗服务行为，提高医疗服务质量。

第五十五条【异地就医考核】乙方为市外异地参保人员提供联网结算医疗服务的，医疗费用相关指标应与本市保持基本一致，甲方对乙方提供的异地就医联网结算服务与本市就医服务一并监督考核，违约行为按本协议相关条款处理。对市外医保部门委托甲方对乙方实行监督检查或稽核调查的，乙方应予以配合。

第五十六条【考核排名】甲方对各定点医疗机构服务质量、医疗费用水平、履行服务协议、违规扣款等情况和重点医保指标（总合规医疗费用、联网直接结算费用、实际报销比、人次人头比、次均住院费用、次均住院日等）进行年度考核排名，乙方排名居后 10% 的，甲方可结合协议履行、医保基金运行等实际情况，研究后确定次年是否与乙方续签服务协议。

第五十七条【考核通报】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。

第六章 信息系统

第五十八条【职责分工】乙方应当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。甲方应当根据需要组织乙方专职管理人员进行业务培训。

第五十九条【设施设备】乙方应当具备必要完善的医院信息系统（即 HIS 系统）的技术和接口标准，配备医保联网相关的设备设

施，经甲方验收系统合格后实现与医保信息系统有效对接，并与全国跨省异地就医平台实现联网（乙方为新增定点机构的，应于公布定点后3个月内实现联网）；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用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，需到甲方备案，并经甲方重新验收后方可与医保信息系统对接。

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。

第六十条【PSAM卡管理】乙方应按规定妥善保管好PSAM卡密钥，严格按照PSAM卡密钥申领单填写使用人、使用地、使用设备进行使用，不得转借或转赠他人，不得改变使用场地和设备；解除或终止协议时，应及时将PSAM卡交回甲方。因PSAM卡管理使用不当造成的损失由乙方自行承担。

第六十一条【基础数据库建设】甲方按照国家和省要求建立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种、医疗机构基本情况、医保医师等基础数据库，按规定执行国家统一编码。基础数据库信息需乙方提供的，乙方应当准确真实提供，并做好院内信息系统与甲方数据信息准确对应，对于乙方信息维护对应不正确发生的错误费用，由乙方自行承担，不得转嫁于参保人员。

第六十二条【数据维护】甲方更新的医保数据库应及时通知乙方，乙方应当及时更新维护本地系统。乙方的基本情况、医保医师、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，并准确对应上传。

第六十三条【智能监控建设】甲方建立医保智能监控系统，乙方应配合甲方开展医保智能监控系统延伸安装工作，配合甲方将医保智能监控（含审核）规则嵌入医院信息系统。设定智能监控（审核）规则时，甲方应征求乙方的意见，规则确定后要告知乙方。

第六十四条【信息传输】乙方应将参保人员发生的医疗服务和费用数据按要求时限传输至甲方信息系统，并确保向甲方传输的信

息真实、准确、完整，不得人为篡改作假。未按时传输的，乙方应当说明原因，否则甲方可拒付相关费用。

第六十五条【信息安全】甲乙双方应当严格遵守国家、省及本市医保信息系统安全管理的相关规定，制定信息安全管理制度的有效执行。双方应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。

第六十六条【应急预案】甲乙双方应当制定应急预案，任何一方的信息系统出现故障并影响到参保人员就医的，须及时通知对方且启动应急预案，保障参保人员能正常就医结算。

第七章 违约责任

第六十七条【甲方违约】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：

- 1.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；
- 2.未按本协议规定进行医疗费用结算的；
- 3.工作人员违反工作纪律规定的；
- 4.其他违反基本医疗保险法律、法规的行为。

第六十八条【乙方轻度违约】乙方有下列违约情形但未造成医保基金损失的，甲方可对乙方作出约谈、限期整改等处理：

- 1.未按本协议要求落实管理措施的；
- 2.医疗总费用异常增长过快、增长率超过上年度 20%以上的；
- 3.未按甲方要求及时、真实、准确、完整提供纸质或电子资料的；
- 4.未按规定履行知情同意手续，向参保人员提供费用明细清单、出院结算单、有效费用票据等资料的；
- 5.未及时处理参保人员投诉和社会监督反映问题的；
- 6.未遵守国家、省及本市关于药品或耗材集中采购和使用管理规定的；

7、故意推诿参保人员、制造医患保各方矛盾、造成不必要信访或负面影响的。

第六十九条【乙方中度违约】乙方有下列违约情形之一的，甲方可要求乙方限期整改，视情节轻重予以暂停拨付、拒付违规费用、核减总控指标额度、中止协议等处理，对已支付的违规费用予以追回，对乙方相关责任人员进行约谈、通报：

1.未有效核验参保人员医疗保障凭证，造成被他人冒名顶替就医的；

2.发生不合理套餐检查，重复、分解、过度、超限制范围等违规诊疗行为导致医保基金不合理支出增加的；

3.药品或医用耗材等违反规定加价的；

4.发生重复收取、分解收取、超标准收取或者违规自定标准收取费用的；

5.未经甲方核准擅自使用新增诊疗项目或违反有关部门规定配置使用医疗仪器设备、增加床位等，并纳入医保基金支付的；

6.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；对外出租、承包医疗科室将科或房屋承包、出租给个人或其他机构，并以乙方名义开展医疗服务的；

7.挂床住院、分解住院，将不符合入院指征的参保人员收治入院的；

8.违反用药管理规定，将超限定使用范围及适应症用药，无指征超疗程或超剂量用药等违规费用纳入医保结算范围的；

9.参保人员出院带药超量，带检查或治疗项目出院的；

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；医保药品库、诊疗项目库、医用耗材库和医疗服务设施范围对照管理混乱的；

11.未按《病历书写基本规范》、《处方管理办法》等规定书写医疗文书，造成甲方无法审核、检查以及影响参保人员费用结算的；

- 12.乙方提供的票据、费用清单、处方、医嘱、检查结果、诊断及病程记录等不吻合，或与实际情况不一致的；
- 13.拒绝为符合刷卡条件的参保人员刷卡就医，或拒收、推诿病人，减少服务或降低服务标准的；
- 14.要求参保人员在住院期间到门诊交费或另设自付账号交费的（甲方规定除外）；
- 15.收费印章与医保定点医疗机构名称不相符的；
- 16.信息系统未达到甲方要求，未按照甲方提供的接口规范进行程序开发和改造的，或未按要求上传医保数据的；
- 17.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险相关数据的；
- 18.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，造成结算标准偏高的；
- 19.对乙方按协议应分担的合理超支医疗费用、违规扣除费用等，未按财务会计制度规定及时销账的；
- 20.通过虚假宣传、违规减免自付费用、返现回扣、赠送礼品等方式，诱导参保人员就医的；
- 21.以各种方式为参保人员骗取医保基金提供方便的；
- 22.利用参保人员个人账户金套取现金的；
- 23.收治外伤住院病人时，病历不真实记录受伤原因或记录不明确，造成工伤、交通事故、第三方伤害等医疗费用纳入医保支付，未按医保有关规定向甲方报审的；
- 24.异地参保人员就诊费用超出合理消费水平的；
- 25.在其业务配备能力范围内，医保目录内药品、医用耗材储备不齐全，被参保人员投诉并查实的；
- 26.管理制度不健全、管理混乱，存在违规转移医保资金行为的；
- 27.发生总则第六条变更内容，未在有关部门批准变更之日起 10 个工作日内向甲方履行变更申请手续的；
- 28.经其他行业监管部门查处的与医保基金支付有关的违规违

法行为；

29.其他造成医疗保险基金损失的行为或违反本协议约定行为的。

对违反上述规定应作出中止协议处理，但因保障当地就医需求等原因无法执行的，可给予医疗机构红牌警告；应作出中止协议以下处理的，可给予黄牌警告。

第七十条【乙方重度违约】乙方发生第六十九条中行为，性质恶劣，造成医保基金损失或社会影响严重的，或乙方有下列违约情形之一的，甲方做出解除协议处理，对已支付的违规费用予以追回。

1.以虚记费用、串换药品或诊疗项目等方式，故意骗取医保基金的；

2.通过伪造医疗文书、财务票据或凭证等方式，虚构医疗服务“假住院、假就诊”骗取医保基金的；

3.为非定点医疗机构（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）或处于中止协议期间的医疗机构提供医保基金费用结算的；

4.协议有效期内累计 3 次被中止协议，中止协议期间未按时限要求整改或整改不到位的；

5.被吊销《医疗机构执业许可证》或《事业单位法人证书》、《民办非企业单位登记证书》、《营业执照》的；

6.拒绝、阻挠或不配合医保部门开展必要监督检查，情节恶劣的；

7.其他造成严重后果或重大影响的违约行为。

第七十一条【解除协议后处理】乙方因存在违法违规或违约行为被解除服务协议的，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《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 年内不受理其医保定点申请，不与乙方签署协议。

第七十二条【医保医师违规处理】对违反医疗服务协议有关规

定和具有欺诈骗取医保基金违法违规行为的乙方医保医师等医务人员，甲方可视情节严重程度，分别给予约谈、通报批评、暂停服务资格、取消服务资格等处理，并将违法违规违约行为通报卫生健康行政部门。

第七十三条【科室违规处理】在协议履行期内，乙方某科室有两名及以上医保医师等医务人员被甲方暂停医保结算资格或终止购买其提供的医疗服务，甲方可暂停或终止购买该科室提供的医疗服务。

第七十四条【失信处理】建立信用记录制度。经查实，乙方具有骗取医保基金等违规行为，甲方可视情节严重程度提请有关部门将乙方法定代表人（负责人）、实际控制人、直接责任人员纳入“失信联合惩戒对象名单”，并纳入全国信用信息共享平台，按照相关规定实施联合惩戒。

第七十五条【参保人员投诉处理】参保人员投诉乙方推诿符合规定的住院病人，甲方经与乙方协商后仍拒收的，甲方根据有关规定进行处理，并依据推诿病人情节严重程度在次年医保总额控制指标中作相应的扣减。经核实确因乙方推诿导致参保人员在甲方报销的费用，年终清算计入乙方统筹费用总量且不参与调剂。

第七十六条【信息泄露处理】甲方或乙方违规泄露参保人员信息的，按《社会保险个人权益记录管理办法》等有关规定处理。

第七十七条【移交处理】乙方违反有关社会保险的法律、行政法规等规定的，构成欺诈骗取医保基金违法行为的，甲方应当提请违法行为发生地的医疗保障行政部门按照《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》及医疗保障行政部门相关规定进行行政处罚，乙方以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医保基金支出的，由甲方所属医保行政部门责令退回骗取的医保基金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款，移交有关部门依法吊销负责的行政人员及其他直接责任人员的执业资格；涉嫌违法犯罪的，应当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。发现乙方违反医疗卫生、药品（医疗器械）管理、价格监督等法律法规规章的，应当提请卫生健康、市场监督管理、药品监督管理等行政部门进行调查处理。

第七十八条【违规互认机制】实行基本医疗保险定点医疗机构违法违规处理结果互认联动机制。乙方因违法违规被本市以外各级医疗保障行政部门作出处理决定的，甲方根据乙方违法违规行为的性质参照本协议处理。

第八章 附 则

第七十九条【效力约定】协议执行期间，国家法律、法规和政策有调整的，应按新的规定执行。若新规定与本协议不一致时，甲乙双方应当按照新规定对本协议进行修改和补充，其效力与本协议同等。

第八十条【暂停服务处理】乙方经行政部门批准暂停医疗服务的，应在批准之日起 30 日内，向甲方申请保留医保服务协议，经批准同意，可中止医保服务协议 6 个月。超过暂停期未恢复正常医疗服务的，双方自动终止医保服务协议。

第八十一条【协议终止情形】有下列情形之一的，本协议终止。

- 1.双方协商一致的；
- 2.乙方停业或歇业的（特殊情况报备经甲方核实的除外）；
- 3.因不可抗力致使协议不能履行的；
- 4.协议期满，非甲方原因未与甲方续签协议的；
- 5.法律、法规及省、市医保政策规定的其他情形。

协议履行期间，双方需终止协议的，应提前 30 天通知对方（协议明确立即终止的除外）。终止、解除、缓签协议的，甲乙双方应共同做好善后工作。

第八十二条【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。双方协商未果的，可以要求同级医疗保障行政部门进行协调处理。对协调处理结果不服的，可依法提起行政诉

讼。

第八十三条【附件要求】本协议包括____个附件。乙方在履行本协议时，需同时履行与本单位有关的附件_____、_____、_____。

第八十四条【补充协议】协议内容根据医保部门和其他有关部门的政策变化，可由双方协商调整。本协议未尽事宜，甲乙双方可以换文形式进行补充，效力与本协议相同。

第八十五条【协议有效期】本协议有效期为1年，自2020年1月1日起至2020年12月31日止。协议履行期间乙方无违法违规违约行为，协议期满后，因甲方原因未及时签订新协议前，乙方仍愿继续承担医保服务的，本协议继续生效。

第八十六条【最终解释权】本协议一式三份，甲乙双方签字盖章后生效，甲乙各持一份，一份报同级医疗保障行政部门备案。本协议最终解释权归甲方所有。

甲方（医保中心公章）:

乙方（医院公章）:

法定代表人（签章）:

法定代表人（签章）:

年 月 日

临沂市医疗保障局办公室

2019年12月31日印发

校核人：夏培喜
