

河北省医疗保障局文件

冀医保规〔2019〕1号

河北省医疗保障局 关于印发《河北省医疗保障定点医疗机构 协议管理办法(试行)》的通知

各市(含定州、辛集市)医疗保障局,雄安新区管委会公共服务局:

为进一步规范定点医疗机构服务行为,我局制定了全省统一的《河北省医疗保障定点医疗机构协议管理办法(试行)》(以下简称《协议管理办法》),现印发给你们,请遵照执行。

《河北省医疗保障定点医疗机构服务协议》(以下简称《协议》)与《协议管理办法》一并印发,各地原则上按照《协议管理办法》和《协议》,做好定点医疗机构协议管理工作,规范定点医疗机构医疗服务行为,保证医疗保障基金安全有效运行,并于7月底前完成与定点医疗机构协议重新签订工作。《协议》为必签协议,执

行中如有特殊情况,可根据各地实际制定补充办法或补充协议,报省医疗保障局备案后执行。



(此件主动公开)

河北省医疗保障定点医疗机构 协议管理办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为进一步加强和规范医疗保障定点医疗机构协议管理，强化对医疗服务行为的监管，保障医疗保障基金安全，维护参保人员基本权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《河北省基本医疗保险服务监督管理办法》（河北省人民政府令〔2015〕第12号）、《河北省社会保险基金监督办法》（河北省人民政府令〔2018〕第1号）、人力资源和社会保障部《关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的指导意见》（人社厅发〔2015〕98号）、《基本医疗保险定点医药机构协议管理经办规程》（人社厅发〔2016〕139号）、国家医疗保障局《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）等政策规定，结合我省实际，制定本办法。

第二条 本办法所称医疗保障基金是指由医疗保障部门管理的职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、大病保险、生育保险等专项基金及医疗救助等基金；医疗保障定点医疗机构（以下称“定点医疗机构”）是指与医疗保障经办机构（以下称“经办机构”）签订协议（附件1），为参保人员和医疗救助对象提供住院、门诊等

相关医疗服务的医疗机构。

第三条 本办法所称参保人员，包括本统筹区参保人员和其他统筹区符合异地就医政策的参保人员。

第四条 我省行政区域内依法成立的各类医疗机构（不含医学整形美容机构）均可申请为定点医疗机构。鼓励符合条件的医疗机构在平等、自愿基础上申请成为定点医疗机构。经办机构按照合理布局、分步纳入的原则，在本地定点医疗机构范围内，根据相关规定确定接入异地就医直接结算系统的医疗机构。

第五条 我省行政区域内定点医疗机构的申请、受理、评估、公示、谈判、签订协议以及管理、考核和解除协议，适用本办法。

第六条 定点医疗机构分为住院定点和门诊定点。

门诊慢性病（特殊疾病）定点、生育保险定点、离休人员医疗保障定点等原则上在医疗保障住院定点医疗机构范围内确定。

第二章 职 责

第七条 医疗保障行政部门负责统筹区内定点医疗机构协议管理的指导和监督管理工作，并做好定点医疗机构布局计划，确保方便参保人员就医购药。

第八条 经办机构要与定点医疗机构依法签订协议，严格履行协议内容；执行医疗保障费用结算制度；依照协议约定对定点医疗机构医疗服务行为开展稽查，对定点医疗机构违规违约行为进行处理，涉及违法违规案件应及时上报同级医疗保障行政部门处理；对定点

医疗机构进行考核，根据考核结果清算履约保证金；将药品、医用耗材支付标准和医疗服务价格，医保支付方式改革，医保目录动态调整，药品和医用耗材招标采购结果，标准化和信息化建设等医疗保障政策和管理要求及时落实到协议管理中。

第九条 定点医疗机构应当遵守以下规定：严格执行国家、省、统筹区有关医疗服务和医疗保障政策规定，认真履行协议内容；积极配合医保支付方式改革和信息化建设；根据参保人员病情提供协议约定的医疗服务，及时传送相关数据，并对数据的真实性和完整性负责；主动向参保人员出具医疗费用详细单据及相关资料；主动核验参保人员的医疗保障身份凭证，做到人证相符；对涉嫌欺诈骗保的行为或参保人员，应当及时核查并向医疗保障部门举报；接受医疗保障部门监督检查时，积极配合，如实提供所需的检查资料，包括处方、病历、治疗检查记录、账目、药品及医疗器械出入库记录等。

定点医疗机构对医疗救助对象应当落实国家、省有关医疗惠民政策，按规定减免相关费用，合理用药、诊疗以及开展医疗服务，提供基本医疗保险、大病保险和医疗救助的直接结算服务。

第三章 定点申请

第十条 定点医疗机构应具备的基本条件：

- （一）符合统筹区定点医疗机构布局计划；
- （二）依法设立，证照齐全，独立设置，具有独立法人资格，

人员具备相应资质，有稳定的执业场所，正常开展经营活动；

（三）遵守国家及我省有关法律、法规、政策和标准，有健全和完善的医疗服务管理制度、药品质量保证制度和内部管理制度；

（四）遵守国家、省和本统筹区规定的医疗保障政策，执行医疗服务、药品、医用耗材价格政策，积极配合医保支付方式改革，自愿接受医疗保障支付标准、执行谈判价格；

（五）有健全的财务管理制度，实现信息化管理，有药品及（或）医用耗材进销存管理系统，并按要求制作“进、销、存”台账，会计账簿、财务报表、现金管理及收费票据符合国家相关规定；

（六）业务系统实现信息化管理，有相应的管理和操作人员，积极配合信息化建设，申请住院定点的医疗机构应具备电子病历系统；

（七）单位及其从业人员按规定参加职工医疗保险、养老保险、生育保险等社会保险；

（八）自愿接受医疗保障部门的监督管理。

第十一条 符合条件的医疗机构，愿意承担本统筹区医疗保障服务，可根据医疗保障医药服务的需要和条件，以及自身服务能力，自愿提出定点申请，需向经办机构如实提供以下材料（附件2）：

（一）承诺书（附件3）；

（二）申请表：《河北省医疗保障定点住院医疗机构申请表》（附件4）、《河北省医疗保障定点门诊医疗机构申请表》（附件5）；

（三）《医疗机构执业许可证》副本、《事业单位法人证书》

副本（《民办非企业单位登记证书》副本或《营业执照》副本）、医疗机构等级证明、《开户许可证》等材料的复印件，解放军、武装警察部队所属医疗机构需提供《中国人民解放军事业单位有偿服务许可证》或中国人民解放军出具的相关批准资料等复印件；

（四）科室设置一览表（附件 6）；

（五）医疗机构职工花名册（附件 7），职工参加社会保险缴费凭证复印件；

（六）医用设备清单（附件 8）、《大型医用设备配置许可证》及医用设备有关证书复印件；

（七）服务场所使用证明（房产证、租赁合同等）复印件。

第十二条 医疗机构有下列情形之一的不得申请医疗保障定点资格：

（一）因违法违规情节严重被吊销（撤销）证照未满3年或主管部门正在进行调查的；

（二）医疗机构、法定代表人或主要负责人被人民法院或其他信用管理部门纳入不诚信记录的；

（三）采取瞒报、虚构、篡改申请资料等不正当手段申请定点医疗机构资格未满3年的；

（四）发生重大医疗质量安全事件，未满2年的；

（五）属于同一法定代表人或投资主体的多家医疗机构，任意一家医疗机构因违规违约被经办机构解除协议未满1年的；

（六）医疗机构未按《社会保险法》规定为职工参加社会保险，

或不能按时缴纳社会保险费用的。

第四章 纳入流程

第十三条 各统筹区医疗保障行政部门根据参保人员基本医疗需求，充分考虑医疗保障基金支付能力、参保人群密度及就医意向等因素，合理计划定点医疗机构分布和数量。

第十四条 经办机构应按照医疗保障行政部门公布的计划及申请条件，开展定点医疗机构的申请受理工作，将符合条件、服务质量好、价格合理、管理规范医疗机构纳入协议管理。各统筹区根据工作实际及时受理医疗机构定点申请，定点评估时限原则上不超过3个月。

第十五条 经办机构可成立由医疗、财务、信息、医疗保障管理等方面专家构成的专家库。随机抽取专家组成考察评估小组，对纳入考察评估范围的医疗机构进行考察评估，医疗保障行政部门可对考察评估工作进行监督。

第十六条 申请纳入工作按以下流程开展：

（一）发布公告。经办机构根据定点医疗机构布局计划向社会发布公告，公告应包括申请条件、所需材料、受理时间、受理地点、受理时限、新增数量等基本情况。

（二）受理申请。经办机构受理医疗机构定点申请。对申请材料齐全的，经办机构予以受理；材料不齐全的，应一次性告知申请人需要补正的材料及时限。未按规定时限和要求提交相关材料，或

申请材料不齐全、不符合规定形式，以及规定时限内不能补正的，不予受理。

经办机构可通过资料审查、社会保险信息系统核查、函询相关部门意见等形式对医疗机构的申请材料进行审核。

（三）现场考察。主要是对医疗机构提交的申请材料进行核实，对医疗机构软硬件设施、规章制度建设、医疗服务开展、信息系统建设等情况进行现场考察。

（四）集中评估。评估小组应当按照本办法（附件9、10）所列评估标准，根据现场考察情况为医疗机构评估打分，确定分值。

（五）评估公示。根据医疗机构得分情况确定评估结果，评估分值高于80分的，按照新增数量择优纳入，经办机构应当将拟纳入定点范围的医疗机构名单向社会公示，公示期为7天。

（六）协商谈判。对经公示无异议的医疗机构，经办机构负责就服务范围、服务内容、服务质量、支付标准、结算办法等与其进行协商谈判。每期谈判期限最长不超过20个工作日，逾期谈判不成功的，不予签订协议。

（七）签订协议。经办机构与经协商谈判达成一致意见的医疗机构在约定的时间内签订协议。签订协议后，经办机构应及时发放统一的“定点医疗机构”标牌，定点医疗机构应按要求悬挂标牌，未经经办机构同意，不得私自制作、违规悬挂。

医疗机构有特殊情况可以申请延长签约时间，但因医疗机构的原因未能在约定时间签订协议的，视作自动放弃。协议有效期一般

为一年。

（八）结果公布。经办机构将新增定点医疗机构名单报医疗保障行政部门备案后，向社会公布。

第十七条 医疗机构对评估结果有异议的，可在公示期内向经办机构提出复核申请。

第十八条 医疗机构在签订协议前被投诉举报或发现有造假、瞒报等不符合规定条件情形的，经办机构应进行核实，情况属实的，不予签订协议。

第五章 协议履行

第十九条 经办机构与定点医疗机构签订协议，明确各方的权利和义务，双方应遵守协议条款。协议内容包括服务范围、服务内容、服务质量、医疗费用结算办法、医疗费用支付标准以及违规违约责任等。

第二十条 经办机构应加强对定点医疗机构执行医疗保障政策法规、履行协议情况的监督检查，严格执行考核管理制度及信用等级评审制度，加强费用审核及违规违约行为的稽查，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并严肃处理。

第二十一条 经办机构可通过举报投诉、日常检查、监控分析等多种渠道获取检查线索，采取电话询问、实地检查、网络监控和专项检查等方式，对定点医疗机构的协议履行情况进行检查。

第二十二条 经办机构每年对每家定点医疗机构至少进行 2 次

实地检查。要结合医疗保障大数据分析、费用审核等发现的集中问题进行专项检查，可以对某个诊疗项目、药品、医用耗材、科室、医师等进行重点检查，原则上专项检查每年不少于 1 次。

第二十三条 经办机构要加强医疗保障基金预算管理，完善付费方式及结算办法，按规定向定点医疗机构拨付应当由医疗保障基金支付的医疗费用，并预留一定比例的履约保证金，保证金在清算时根据考核结果返还。

第二十四条 经办机构可依据国家和省有关规定与医疗机构就医疗服务、药品、医用耗材价格等进行谈判。定点医疗机构须按医疗保障支付标准或协议价格收费。医药服务价格实行市场调节的定点医疗机构为参保人员服务时，医疗服务、药品、医用耗材价格参照同级同类公立医疗机构执行标准。

第二十五条 经办机构应对定点医疗机构的信息进行管理。定点医疗机构的合并重组及名称、法定代表人、级别、地址等重要信息发生变更后，应在 20 日内向经办机构申报（附件 11、12、13），经办机构对定点医疗机构的变更内容进行资料审核确认，办理信息变更备案。

变更地址时，应先暂停医疗保障服务并组织现场考察，根据审核、考察结果决定是否继续履行协议；变更法定代表人等其他信息依据相关规定执行。

在定点医疗机构接受与医疗保障管理和基金使用有关的调查、处理期间，经办机构不接受其信息变更申请。

第二十六条 定点医疗机构应严格执行医疗保障有关政策规定，严格履行协议，切实加强内部管理，坚持因病施治、合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，为参保人员提供必要、合理的医疗服务。

第二十七条 定点医疗机构要根据经办机构的年度医疗保障基金预算，做好使用计划。

第二十八条 定点医疗机构在协议履行期间应持续符合定点条件。经办机构应对定点医疗机构加强监管，不定期地对定点医疗机构进行检查，发现不符合规定条件的，应限期整改，整改不到位的解除协议。

第二十九条 异地就医医疗服务实行就医地管理，定点医疗机构应保证异地就医参保人员接受与本地参保人员同等的医疗服务，经办机构要将异地就医纳入定点医疗机构协议管理范围，接受异地就医参保人员的投诉、举报和咨询，并对异地就医服务行为进行监督管理。

第三十条 经办机构和定点医疗机构双方违反协议约定条款的，按照协议规定追究违约方责任，因政策调整等不可抗力除外。协议期满后，在定点医疗机构满足续签条件的情况下，因经办机构原因未签订新协议前，原协议继续生效。

第六章 违规违约处理

第三十一条 经办机构实行定点医疗机构违规违约处理机制和有

进有退的动态管理模式。对二级及以上医疗机构，如违规违约行为不涉及医疗机构其他科室的，可实行以科室为单位的管理制度，科室被停止（暂停）医疗保障服务期间该科室医务人员不得变更科室。

第三十二条 经办机构根据定点医疗机构违规违约情况，采取约谈、限期整改、通报批评、拒付或追回违规违约费用、暂停医疗保障服务、扣除保证金、解除协议等措施对其进行处理。

第三十三条 经办机构查实定点医疗机构存在违规违约行为，需要暂停医疗保障服务或解除协议的，应及时通知对方，下达书面通知单，并自通知之日起暂停医疗保障服务或解除协议。暂停期满，经医疗机构申请，经办机构对医疗机构整改情况进行现场考察，考察通过后可恢复医疗保障服务。

第三十四条 医疗保障部门应完善诚信体系建设，实现全省范围内定点医疗机构诚信互认，一家经办机构对其定点医疗机构做出的解除协议处理，适用于全省各级经办机构，实现一处违规、处处受限。

第三十五条 定点医疗机构有下列情形之一的，经办机构与其解除协议（二级及以上的医疗机构，可停止科室医疗保障服务），拒付或追回违规违约费用，同时扣除医疗机构（科室）保证金，3年内不接受该医疗机构（科室）的重新申请。

（一）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、挂名住院”等骗取医疗保障基金的；

（二）为非定点医疗机构、不具备医疗保障结算资格的新增执业地址（科室）、暂停医疗保障服务的医疗机构提供医疗费用结算，

或将定点资格出租、转让给其他单位经营的；

（三）为参保人员提供虚假发票的；为不属于医疗保障范围的人员办理医疗保障待遇的；

（四）使用医疗保障基金支付参保人员按规定应当自付的医疗费用，或将医疗保障支付范围外的药品、诊疗项目、医用材料、医疗服务设施串换为医疗保障支付范围内骗取医疗保障基金支出的；

（五）以减免自付费用等不正当手段诱导参保人员住院的；或采用返还现金、礼券、赠品及以医疗保障定点名义从事商业广告等促销手段，诱导医疗消费的；

（六）协议有效期内累计3次被暂停医疗保障服务或暂停医疗保障服务期间未按时限要求整改或整改不到位的；

（七）被吊销《医疗机构执业许可证》或《营业执照》等证照的；

（八）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展监督检查的；

（九）串通参保人员兑换现金等骗取医疗保障基金的；

（十）恶意销毁数据或数据造假的；

（十一）采取伪造、篡改申请资料等不正当手段成为定点医疗机构的；

（十二）连续3个月未提供医疗保障服务的；

（十三）不能在规定时限内缴清应退回医疗保障基金的；

（十四）因违法违规被公安机关立案的；

（十五）其他造成严重后果或重大影响的违规违约行为。

第三十六条 对查实具有骗取医疗保障基金等违规行为的医师，视情节严重程度给予停止1-5年医疗保障结算资格的处理，并将违规行为通报卫生健康行政部门。

第三十七条 在对定点医疗机构调查、处理期间，经办机构可以暂停支付相关医疗保障基金结算费用，调查处理结束后，根据调查处理意见按程序拨付。

第三十八条 经办机构发现定点医疗机构涉嫌违法违规的问题，在追究违规违约责任的同时，要及时向同级医疗保障行政部门报告，并将调查材料一并移交，提请医疗保障行政部门进行行政处罚或由行政部门移送司法机关依法追究刑事责任。

第七章 终止协议

第三十九条 定点医疗机构经主管部门批准暂停服务的，应当在批准之日起30个工作日内，向经办机构申请保留协议，经批准后，可暂停医疗保障服务6个月，逾期未恢复正常服务的，协议自动终止，暂停服务期间发生的医疗费用，医疗保障基金不予支付。

第四十条 医疗机构的定点资格不得转让、买卖。定点医疗机构法定代表人除因上级机关任免、法定代表人丧失民事行为能力原因外发生变更的，协议自动终止，应参照新增定点纳入流程重新申请定点资格。

第四十一条 协议期满后，经办机构与定点医疗机构就续签事宜进行协商，并对协议内容进行谈判，双方协商一致后可直接续签协

议。定点医疗机构有下列情形之一的，协议自动终止或不再续签协议，协议终止后，再发生的医疗费用医疗保障基金不予支付：

（一）医疗机构名称、地址、法定代表人等重要信息变更未按时备案的；

（二）医疗机构相关证照过期失效的；

（三）因转让、收购、合并、分立、解散等情形导致医疗机构经营主体发生变化的；

（四）经审核不符合定点医疗机构条件的；

（五）其他依法应终止或不予续签协议的情形。

第四十二条 经办机构通过医疗保障网站发布定点医疗机构被暂停医疗保障服务或解除（终止）协议的相关信息，并督促定点医疗机构做好善后工作，保障参保人员的医疗待遇，妥善处理在院患者。对于解除（终止）协议的医疗机构，经办机构监督其及时收回定点标牌。

经办机构要将解除（终止）协议的定点医疗机构的基本信息及时报医疗保障行政部门备案。

第八章 附 则

第四十三条 经办机构与定点医疗机构之间发生协议内争议，双方进行协商解决；不能协商解决的，可提请同级医疗保障行政部门协调解决；经协商调解未果的，可依法提起诉讼。

第四十四条 原则上各统筹区应执行本办法，如有特殊情况，

可根据本办法制定补充办法，报省医疗保障局备案后执行。

第四十五条 对离休人员医疗保障定点、生育保险定点的协议管理参照本办法执行。

第四十六条 各统筹区根据实际情况做好村卫生室协议管理工作。

第四十七条 本办法自下发之日起试行，试行期2年。

- 附件：
- 1.河北省医疗保障定点医疗机构医疗服务协议
 - 2.医疗机构申请纳入医疗保障定点提供材料清单
 - 3.承诺书
 - 4.河北省医疗保障定点住院医疗机构申请表
 - 5.河北省医疗保障定点门诊医疗机构申请表
 - 6.科室设置一览表
 - 7.职工花名册
 - 8.医用设备清单
 - 9.河北省医疗保障定点住院医疗机构纳入评估表
 - 10.河北省医疗保障定点门诊医疗机构纳入评估表
 - 11.河北省医疗保障定点医疗机构新增、变更科室申请表
 - 12.河北省医疗保障定点医疗机构新增、变更医疗保障服务项目申请表
 - 13.河北省医疗保障定点医疗机构信息变更申请表

附件 1

河北省医疗保障定点医疗机构 医疗服务协议

甲 方：_____

法定代表人或委托代理人：_____

地 址：_____

邮政编码：_____

联系电话：_____

乙 方：_____

法定代表人：_____

地 址：_____

邮政编码：_____

联系电话：_____

河北省医疗保障局制订

2019 年

为维护医疗保障参保人员的合法权益,保证医疗保障基金安全,促进医疗保障制度可持续发展,根据《中华人民共和国社会保险法》、人力资源和社会保障部《关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的指导意见》(人社部发〔2015〕98号)、《基本医疗保险定点医药机构协议管理经办规程》(人社厅发〔2016〕139号)、《河北省医疗保障定点医疗机构协议管理办法》(冀医保规〔2019〕1号)等法律法规及相关政策,经甲乙双方协商,就医疗服务有关事宜签订如下协议。

第一章 总 则

第一条 甲乙双方应当认真贯彻国家、省以及本统筹地区医疗保障、卫健、市场监管等相关规定,保证参保人员享受医疗保障服务。

第二条 乙方提供医疗服务的对象包括:本统筹地区城镇职工基本医疗保险、城乡居民医疗保险、异地就医的参保人员以及其他保障人员。

第三条 乙方为参保人员提供医疗服务的范围包括:门(急)诊、住院、门诊慢性病(特殊疾病)、家庭病床等医疗服务。乙方所提供的医疗服务应当符合卫生健康等行政部门许可的诊疗科目和执业范围。

甲方允许乙方申请开展的医疗保障服务类别,签署协议时可在下列相应选项中划“√”: ☐城镇职工普通门诊、☐城镇职工住院、☐城镇职工门诊慢性疾病、☐城镇职工特殊疾病、☐城镇职工门诊

统筹、☐城镇职工生育；☐城乡居民普通门诊、☐城乡居民住院、☐城乡居民门诊慢性疾病、☐城乡居民门诊特殊疾病、☐城乡居民门诊统筹、☐城乡居民生育、☐体检、☐离休医疗统筹、☐其他服务。

第四条 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，向对方提出合理化建议。

甲乙双方应当向参保人员公开投诉举报渠道，对参保人员维护合法权益、医疗服务质量等方面的投诉，应当及时核实情况予以处理。

第五条 甲方应及时向乙方通报医疗保障法规政策和管理制度、操作流程的变化情况，组织乙方开展与医疗保障管理有关的培训，接受乙方咨询，按协议约定向乙方拨付应当由医疗保障基金支付的医疗费用。

第六条 乙方应当建立健全医疗保障管理服务部门，明确院级领导分管医疗保障工作，配备专（兼）职管理人员，严格履职尽责，做好医疗保障管理工作，为参保人员提供合理、必要的医疗服务。

第七条 乙方严格按财务管理规定执行，做到日清月结，建立医疗费用收入账、药品、一次性医用材料进销存台账并妥善保管随货同行单（即药品明细）、税票（无明细的视同废票）等资料，以备核查。对于财务管理制度不健全，账目混乱、大额现金购入药品（耗

材、器械)等或不能及时提供核查材料的,甲方有权拒绝支付相关费用。

第八条 协议履行期间,乙方的名称、执业地址、所有制形式、法定代表人、医疗机构类别、医疗机构等级、科室设置、床位数、主要医疗设备设施、银行结算账户、医疗保障管理服务部门负责人、医保医师等发生变化时,应在变更后20日内向甲方履行变更备案手续。

第九条 甲乙双方应当采取多种方式向社会开展医疗保障宣传,乙方应当在本机构内悬挂甲方统一发放的“定点医疗机构”标牌,公布医疗保障监督举报电话,并向参保人员宣传医疗保障政策,提供相关的咨询服务(就医结算流程及医疗服务内容等)。不得私自制作、悬挂其他医疗保障定点标识。

第十条 甲方可建立并及时维护本统筹地区为参保人员提供医疗保障服务的医保医师信息库,对医保医师发生的符合规定的医疗费用,甲方予以支付。乙方应向甲方提供医保医师相关信息,并对工作人员开展医疗保障政策培训。

第十一条 甲方通过医疗服务监控等方式对乙方的医疗服务行为及医疗费用开展监督检查,并将监督检查情况反馈给乙方。

乙方应当对甲方在监督检查中查阅参保人员病历及有关资料、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医疗费用和法律责任由乙方承担。

第十二条 甲方可依据有关规定和本协议约定,根据乙方违约情节和性质的轻重,对乙方的违约行为采取约谈、限期整改、通报批评、拒付或追回违规违约费用、暂停医疗保障服务、扣除保证金、解除协议等相应方式处理。

第二章 诊疗服务

第十三条 乙方应严格遵循医疗保障和卫健部门有关规定,按照医疗服务质量管理与控制指标的要求,为参保人员提供合理检查、合理治疗、合理用药服务。

第十四条 参保人员就医时(包括挂号、记账收费、出入院和转诊转院等),乙方应当对其身份与医疗保障身份凭证进行核验,发现证件无效、人证不符的,不得进行医疗保障费用结算。如非甲方授权,乙方不得以任何理由收集、滞留参保人员医疗保障身份凭证。发现参保人员有骗保嫌疑的,应当及时报告甲方。

第十五条 乙方收治患者时,首诊医师应如实书写医疗文书,收治意外伤害参保人员住院时,对于明确不属于医疗保障支付范围的,乙方应告知参保人员,停止医疗保障结算。未按甲方要求备案的,或者甲方经核实不属于医疗保障支付范围而乙方私自纳入的,甲方拒付相关费用。

第十六条 乙方在收治其他统筹地区转诊转院患者时,应当协助其办理异地就医手续,手续不全的应当及时告知参保患者或家属。

第十七条 乙方要规范康复、理疗、中医及民族医诊疗类行为,

要准确把握以上项目住院治疗适应范围，严格执行相关规定。医保医师必须在医嘱上注明患者的治疗项目、治疗部位及频次。乙方必须详细、准确录入并上传患者的医疗费用，对超过支付范围或超过限定频次的收费、含糊不清的收费、分类不明的收费，甲方拒付相关费用。

第十八条 乙方应加强参保人员在院管理，参保人在院率原则上达到100%，不得随意准许患者离院，严禁挂床住院。乙方的参保职工在本院住院时，需经乙方医疗保障管理服务部门审核，并真实记录考勤情况，不得出现降低标准收住院或小病大养、挂床住院、边上班边住院、延迟出院、病程记录不真实、调换药品、虚报费用等情况发生。

第十九条 乙方应当严格执行出、入院和重症监护病房收治标准，不得推诿和拒绝符合住院条件的参保人员住院治疗；不得收不符合入院标准的参保人员住院治疗；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；为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，应当自通知其出院之日起，停止医疗保障费用结算。

第二十条 乙方不得擅自以减免自付费用等不正当手段诱导参保人员住院，不得违反临床诊疗技术常规，人为将应一次连续住院治疗过程分解成二次或多次住院。

第二十一条 乙方在参保人员出院时，可提供与疾病治疗有关的口服药品，带药量按照《处方管理办法》执行。乙方不得将出院后

的检查和治疗项目在住院时结算，不得带针剂（胰岛素针剂除外）。

第二十二条 对纳入统筹基金支付管理的门诊慢性病（特殊疾病），且参保人员病情稳定需要长期服用同一类药物的，乙方门诊处方用量可适当延长，但医保医师应当注明理由。对部分慢性病签约患者可提供不超过2个月用药量的长处方服务（药品最小包装超过规定天数的除外）。

第二十三条 参保人员因病情需要跨年度住院的，乙方应按照甲方年度结转安排，为在院患者办理中途结算手续，不得强制要求患者出院。

第二十四条 乙方应当为参保人员就医建立病历，并妥善保存备查。门诊与住院病历的诊疗记录应当真实、准确、完整、清晰，化验检查须有结果分析。

乙方应当做到住院医嘱、病程记录、检查结果、治疗单记录和票据、费用清单等相吻合。

第二十五条 乙方应当保证参保人员知情同意权，参保人员住院期间发生的药品、诊疗项目、医用材料、特需服务等费用，须由参保人员个人全部负担及有限价要求的，乙方应事先征得参保人员或其家属同意，并签字确认（无民事行为能力人、限制民事行为能力人等患者应当由其监护人签字确认）。知情同意书要载入病历保存备查。未经参保人员同意，滥用大型设备检查、贵重药品治疗的，甲方拒付相关费用。

第二十六条 因乙方原因造成参保人员不能正常享受医疗保障

待遇的，所造成的损失由乙方负责。因参保人员卡证问题不能正常持卡就医，乙方有义务提醒、督促参保人员及时解决、办理。

第二十七条 因各种程序、网络等问题导致的参保人员不能正常持卡就医，乙方有义务与信息管理部门和甲方相关部门及时沟通，并由信息管理部门和甲方相关部门提供证明，核实解决。乙方做好解释说服工作，不得推诿、拒绝、拖延或让参保人员自行处理。

第二十八条 参保人员住院期间，乙方不得要求参保人员在门诊结算检查、治疗、药品等费用。因乙方条件限制需到其他定点医疗机构进行检查时，应于检查前为参保人员办理外检手续并登记备案，否则甲方拒付相关费用。

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

第二十九条 乙方应当向参保人员提供医疗费用查询服务和费用清单（特殊情况除外），并承担解释责任。

第三十条 乙方应当建立健全双向转诊转院和转科制度，严格掌握统筹区外转诊转院标准。确因医疗技术和设备条件限制，参保人员需转统筹地区外治疗的，乙方应按甲方相关规定办理。参保人员在住院期间需院内转科治疗的，乙方不得中途办理出院结算手续。

***第三十一条** 乙方承担门诊特殊疾病认定职责的，应当严格按照本统筹区的门诊特殊疾病认定标准进行认定，不得出具虚假的门诊特殊疾病认定证明。[注]

乙方为甲方门诊特殊疾病患者提供医疗服务的，应按本统筹区

门诊特殊疾病管理的相关规定，确定相应的科室、医师和临床诊疗指南，规范门诊特殊疾病医疗服务流程和标准，为参保人员提供门诊特殊疾病诊疗服务。

第三章 药品和诊疗项目

第三十二条 乙方应当严格按照医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录，诊疗项目、医疗服务设施、医用材料目录及相关规定，以及本统筹地区的支付标准，为参保人员提供合理、必要的医疗服务。超出目录和标准范围的费用，甲方不予支付。

第三十三条 乙方应当建立医保目录外药品和项目使用分析评价制度，严格控制自费项目的使用比例，切实减轻参保人员个人负担。一级医疗机构（乡镇卫生院）目录内药品和诊疗项目使用率分别达到__%和__%以上；二级医疗机构目录内药品和诊疗项目使用率分别达到__%和__%以上；三级医疗机构目录内药品和诊疗项目使用率分别达到__%和__%以上。

第三十四条 乙方应当严格按照医疗保障、市场监管、卫健部门的规定，购进、使用、管理药品和医用材料，及时调整药品供应结构，确保医保目录内药品的供应。

乙方应当保存真实完整的药品及医用材料购进和使用记录，并建立真实、完整、准确的进销存台账。药品、医用材料的购进记录应当包含名称、规格、剂型（型号）、产地、批准文号、数量、价格等信息，确保其使用的可追溯性，甲方可以根据医疗保障管理的

需要调查了解上述信息。

第三十五条 乙方对参保人员用药应当遵循药品说明书，严格掌握目录内药品的限定支付范围并留存用药依据便于甲方核查。超出药品说明书适应症或特殊限定范围、缺乏相关依据的费用，甲方不予支付。

乙方应当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；药品目录中每一最小分类下的同类药品原则上不叠加使用。

第三十六条 乙方经药品主管部门批准生产和使用的院内制剂，可按规定向医疗保障部门申请纳入医疗保障支付范围，由甲乙双方协商谈判确定支付标准。

第三十七条 乙方应当加强诊疗项目占比、卫生材料占比等指标管理，严格掌握各种药品、检查和治疗项目使用的适应症和禁忌症。不得将特殊检查项目（如彩超、CT、MRI 等）等列为常规检查，不得将临床“套餐式”检验作为常规检查。

第三十八条 乙方应建立特殊药品、医用材料（含植入类医疗器械）和诊疗项目内部审批制度，按国家、省及本统筹地区医疗保障政策相关规定，严格掌握其适用范围，并保存相关使用记录。

第三十九条 本协议签定后，乙方经医疗保障行政部门批准的新收费项目，新开展的诊疗项目、新增设备等应及时向甲方备案，并提交批准文件和有关材料，未经甲方同意的，其费用不予支付。

第四章 医疗费用结算

第四十条 乙方应当按照省和本统筹地区医疗服务项目和价格标准等规定进行收费。未经医疗保障部门批准的项目不得收费，不得套用、提高收费标准或分解收费。乙方提供的医药服务价格实行市场调节的，医疗服务、药品、医用耗材等参照同级同类公立医疗机构收费标准。

甲乙双方对某些项目（含药品）经协商谈判确定医疗保障支付标准的，按谈判确定的标准支付。

第四十一条 乙方应按照医疗保障相关规定为参保人员即时结算医疗费用。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，乙方应当开具专用票据。其余费用由甲方按本协议向乙方支付。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。乙方开展异地就医联网结算服务的，无正当理由不得拒绝异地参保人员即时结算费用。

第四十二条 乙方对医疗救助对象应当落实国家、省有关医疗惠民政策，按规定减免相关费用，合理用药、诊疗以及开展医疗服务，提供基本医疗保险、大病保险和医疗救助的直接结算服务。

第四十三条 乙方应当在每月___日之前将上月参保人员的结算信息和医疗费用结算申报汇总表等资料报甲方，并按有关规定留存相关资料备查。

第四十四条 甲方可通过智能审核、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。甲方发现乙方申报费用有不符医疗保险支付规定的，应当及时告知乙方并说明理由。乙方应当在___个工作日之内向甲方做出说明。逾期不说明的，甲方可拒付有关费用。

第四十五条 甲乙双方应严格执行统筹地区医疗保障费用结算的有关规定，在总额控制的基础上，甲方可实施总额预算付费、按病种付费、按疾病诊断相关分组付费（DRGs）、按人头付费、按定额付费、按项目付费、按分值付费、按均值、按床日等支付方式向乙方支付医疗费用。

***第四十六条** 甲方根据本统筹区医疗保障基金收支预算情况，按照《基本医疗保险付费总额控制经办规程》对乙方本年度医疗保障付费实行总额控制。

乙方的年度总额控制额度为___元（大写___元），其中：门诊（含门诊统筹和门诊特殊疾病）___元（大写___元），住院___元（大写：___元），其他___元（大写：___元）。其中：统筹基金___元（大写___元），补充医疗保险___元（大写___元）。

甲方可将乙方的年度控制总额分配到月使用，确定每月支付额度，按月与乙方结算。乙方申报费用在月份额度内的，甲方按规定支付，结余部分可滚存至下月；超出月份额度的，超出部分甲方暂缓支付，年末根据考核结果予以清算。

***第四十七条** 甲方与乙方建立医疗保障基金风险分担机制，结合考核结果，乙方的年度（季度/月度）医疗费用低于或超出年度（季

度/月度)总额,甲方按以下标准与乙方进行清算:

低于总额控制额度的____%时,据实向乙方支付费用;在总额控制额度的____%至100%之间的,结余部分甲方按____%向乙方支付;在总额控制指标的100%至____%之间的,超出部分甲乙双方分别承担____%和____%;超出总额控制指标____%的,超出部分甲方不予支付。

***第四十八条** 甲方建立住院高额医疗费用补偿机制。乙方收治重症参保人员产生的高额医疗费用,可提出申请,经甲方审核认定后按高额补偿相关规定予以支付。

第四十九条 *甲方对阑尾炎阑尾切除术等病种的住院医疗费用,高血压等门诊特殊疾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。具体的病种和支付标准见附件1。

乙方同一主要诊断和治疗方式的所有病例均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____%),经双方协商,甲方可据实支付。

*按疾病诊断相关分组(DRGs)付费时,乙方不得将DRGs相关指标包括病例综合指数(CMI)、时间消耗指数、费用消耗指数、低风险死亡率、中低风险组死亡率等,与医务人员利益挂钩,如奖金、补贴等。

第五十条 *甲方对乙方为城乡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。

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____%时，甲方以按项目付费标准向乙方支付；在签约总额的____%至100%之间的，结余部分甲方按____%向乙方支付；在签约总额的100%至____%之间的，超出部分甲乙双方分别承担____%和____%；超过签约总额的____%的，超出部分甲方不予支付。

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，并落实首诊负责和分级诊疗制度。

第五十一条 *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。

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；不得推诿重症患者和减少服务；不得再收取或变相收取其他医疗费用。对特殊病例（不超过____%），可经双方协商，甲方据实支付。

***第五十二条** 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。

第五十三条 甲方可预拨一定费用作为乙方的周转金。

甲方对乙方申报的医疗费用，甲方审核认定后，按付费方式规定计算应支付金额，并在____个工作日内向乙方拨付应付金额的____%，剩余的____%作为履约保证金。遇特殊情况需进一步核实的，可暂缓支付。保证金在清算时根据考核结果返还。

被甲方拒付的医疗费用，乙方应当按规定及时作相应的财务处理，不得与甲方作挂账处理。

第五十四条 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。经鉴定确认乙方有责任的，乙方责任范围内及后续治疗医疗费用甲方不予支付。

第五章 医疗服务监管

第五十五条 甲方每年对乙方至少进行 2 次实地检查。要结合医疗保障大数据分析、费用审核等发现的集中问题进行专项检查，可以对某个诊疗项目、药品、医用耗材、科室、医师等进行重点检查，原则上专项检查每年不少于 1 次。

第五十六条 双方应当充分利用医疗服务监控系统（以下简称“监控系统”）监管医疗服务。监控系统发现乙方存在界定清楚的违规行为，甲方可直接通过监控系统进行处理；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。

第五十七条 甲乙双方按照国家、省的相关规定，共同管控医疗保障医疗服务，确保医疗费用的增长速度与社会经济发展水平以及医疗保障基金安全相协调。

第五十八条 甲方或受甲方委托的具备资质的机构可定期、不定期对乙方执行医疗保障政策和履行协议情况进行监督检查，乙方

应当予以配合，并准确完整提供医疗服务有关的材料和数据。乙方为异地参保人员提供联网结算医疗服务的，甲方应实施监督检查，乙方的违约行为按本协议相关条款处理。

第五十九条 按照医疗保障联动监管工作要求，其他统筹地区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，其他统筹地区对乙方（含科室、医保医师）作出解除协议的处理时，甲方可同步执行。

第六十条 甲方建立医疗保障服务情况分析制度，对乙方、乙方科室和医保医师提供医疗服务的质量和医疗费用指标进行分析。

第六十一条 乙方应根据本协议的要求建立医疗保障服务质量分析制度，合理科学分解各项指标，每季度向甲方说明上季度医疗费用、医疗质量、医疗保障服务的管控情况。加强内部科室和医保医师的管理，制定医疗保障服务质量管控具体措施，促使其提供合理诊疗服务，不得采用“开单费”等不当激励方式，严防过度医疗。

第六十二条 乙方为异地参保人员提供医疗费用的费用相关指标应当与本地保持一致，通过联网结算的异地次均住院费用不得超过本地就医参保人员的____%；自费率不得超过本地就医参保人员的____%。

第六十三条 乙方应对医疗服务成本进行严格管理，严控服务不足，保证服务质量和参保人员利益，不得因指标管控推诿拒收患者；不得将超过指标控制的医疗费用转嫁给参保人员自费。

第六十四条 乙方应当加强医疗费用重点指标的管控。

1. 年度住院医疗总费用增长率不得超过____%;
2. 次均住院医疗费用：城镇职工不得超过____元、城镇（城乡）居民不得超过____元;
3. 住院人次人头比不得超过____%;
4. 参保人员住院个人自费比例不得超过____%;
5. 年度住院人次增长率不得超过____%;
6. 检查费用占总费用比例不得超过____%;
7. 每百门诊患者住院率不得超过____%;
- *8. 次均门诊医疗费用不得超过____元;
- *9. 住院个人支出不得超过____元;
- *10. 门诊总费用增长率不得超过____%;
- *11. 门诊人次人头比不得超过____%;
- *12. 转诊转院率不得超过____%;
- *13. 大型设备检查阳性率应达到____%;
- *14. 其他。

第六十五条 甲方可建立参保人员满意度评价制度，对乙方提供医疗保障服务的态度、技术水平和医疗费用等进行综合评价。参保人员满意度评价可由甲方委托第三方进行。

第六十六条 甲方可根据医疗保障政策和本协议的约定对乙方进行定期或不定期考核，考核结果与本年度保证金返还、年终清算、次年总额分配、分级管理等挂钩。甲方对乙方提供的异地就医联网结算服务与本地就医服务一并进行年度考核。

第六章 信息系统

第六十七条 乙方应当指定部门及专人负责医疗保障信息管理，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。

第六十八条 乙方应当按本统筹地区医疗保障信息系统的技术和接口标准，配备医疗保障联网相关的设施设备，经甲方验收系统合格后实现与医疗保障信息系统有效对接；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。乙方因升级、硬件损坏等原因需要重新安装本地系统时，须到甲方备案，并经甲方重新验收后方可与医疗保障信息系统对接。

未经甲方批准，乙方不得擅自将不具备医疗保障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。

第六十九条 乙方应妥善保管好 PSAM 卡密钥，严格按照 PSAM 卡密钥申领单填写使用人、使用地、使用设备并进行使用，不得转借或赠与他人，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。

第七十条 甲方按照国家和省要求建立医疗保障药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用材料，以及疾病病种、医疗机构基本情况、医保医师、医疗设备等基础数据库。基础数据库内容涉及乙方的，乙方应当准确真实提供。

第七十一条 甲方更新的医疗保障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、药品和医用材料等新增、变更信息应及时维护至甲方信息系统。

第七十二条 甲方建立医疗服务监控系统，乙方信息系统应有效与之对接，配合甲方将监控系统规则嵌入医疗机构信息系统。

第七十三条 乙方应当建立医师（护理）工作站，保证医嘱（护理）记录的可追溯性。甲方的医疗保障结算系统、医疗服务监控系统延伸到乙方的医师（护理）工作站和药品、医用材料、试剂等进销存管理系统时，乙方应当予以配合，不得拒绝。

第七十四条 乙方确保向甲方传输的参保人员就医、结算及其他相关信息真实准确，不得人为篡改作假。参保人员发生的医疗服务资料信息、电子病历和费用数据应实时传输至甲方信息系统，最迟应在医疗服务行为发生后 24 小时内上传。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。

第七十五条 甲乙双方应当严格遵守国家、省及本统筹地区信息系统安全管理的相关规定，制定信息安全管理制度并有效执行。双方应协调做好医疗保障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。双方不得随意泄露参保人员参保就医信息。

第七十六条 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。因信息系统故障暂时不能结算的，乙方应做好解释工作，待故障排除后再行结算。如故障导致长时间无法结算的，乙方可实行手工结算，甲方应当予以支持。

第七章 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督促甲方整改：

- （一）未及时告知乙方医疗保障政策和管理制度、操作流程变化情况的；
- （二）未按本协议规定进行医疗费用结算的；
- （三）工作人员违反《社会保险工作人员纪律规定》的；
- （四）其他违反医疗保障法律、法规的行为。

第七十八条 乙方及其工作人员在提供医疗保障服务的过程中发生下列情形，甲方对乙方作出约谈、限期整改等处理，甲方拒付或追回违规违约费用，将违规违约行为纳入年终考核，对参保人员造成的损失由乙方负责：

- （一）未按本协议要求落实管理措施的；
- （二）医疗费用异常增长过快的；
- （三）未按甲方要求及时、真实、准确、完整提供纸质或电子资料的；未能及时传输参保人员就医、结算及其他相关信息的；
- （四）未向参保人员提供财税部门监制的专用收据或发票的；

未保障参保人员知情同意权，未向其提供费用明细清单、出院病情证明等资料或不履行知情同意手续的；

（五）未及时处理参保人员投诉和社会监督反映问题的；

（六）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的；

（七）协议履行期间，乙方的性质、类别、等级、收费级别、床位数量、科室设置、执业医师准许范围等发生变更的，未按规定告知甲方的；新开展诊疗项目、新增设备等情况未及时向甲方备案的；

（八）出院带药、门诊慢性病（特殊疾病）用药超出管理规定的；带检查或治疗项目出院的；

（九）超出医保目录限定使用范围的；超出药品说明书适应症或用法用量的；

（十）未认真核验参保人员医疗保障身份凭证，造成被他人冒名顶替就医的；

（十一）发现参保人员未在院且未办理离院手续的；

（十二）其他违反医疗保障政策规定未造成医疗保障基金损失的。

第七十九条 乙方及其工作人员在提供医疗保障服务的过程中发生下列情形，甲方拒付或追回违规违约费用、通报批评乙方，并暂停乙方医疗保障服务 3 至 6 个月，将违规违约行为纳入年度考核并扣除相应保证金，对参保人员造成损失的，由乙方负担。

（一）拒绝为符合刷卡条件的参保人员刷卡就医，或拒收、推诿，要求未达到出院标准参保人员出院的、将医疗保障范围内项目转换为自费、要求住院参保人员到门诊缴费或药店购药等，使参保人员不能正常享受医疗保障待遇的；

（二）不记载病历或病历记载不清楚，提供的票据、费用清单、处方、医嘱、病程记录、治疗单记录、检查结果等不吻合，或与实际使用情况不一致的；

（三）违反临床诊疗技术常规，主观故意的将应一次连续住院治疗过程分解成二次或多次住院的分解住院行为；

（四）违反价格管理规定，收取需要医疗保障基金支付的医疗费用，发生重复收取、分解收取、超标准收取套用项目收费或者自定标准收取费用的；

（五）未严格掌握住院指征，将可在门诊观察治疗的患者收治住院，或将符合出院条件的参保人员滞留住院的；

（六）未根据病情诊治需要，滥用大型设备检查，发生过度、超限制范围、住院套餐检查、不符合病情、诊断外检查等违规诊疗行为导致增加费用的；

（九）违反现金管理规定，使用大额现金购进药品、医用材料等造成医疗保障基金损失的；

（十）乙方执业校验结论应及时通知甲方，暂缓校验期间违规收治医疗保障患者的；

（十一）未建立药品、医用材料进销存台账或台账不能做到账账

相符、账实相符的；

（十二）医保目录库、诊疗目录库对照管理混乱的；

（十三）其他违反医疗保障政策规定造成医疗保障基金损失的；

第八十条 乙方存在七十八条、七十九条违规违约行为时，甲方可对乙方进行延伸检查，延伸检查期限原则上为 1-2 年，经查实违规违约金额累计达到 7000 元（含）以上的，可直接解除协议，二级及以上医疗机构可考虑以科室或医保医师为单位进行处理。

第八十一条 乙方有下列情形之一的，甲方单方解除协议（停止乙方科室医疗保障服务），拒付或追回违规违约费用，同时扣除相应保证金，3 年内不接受该医疗机构（科室）的重新申请。

（一）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、挂名住院”等骗取医疗保障基金的；

（二）为非定点医疗机构、不具备医疗保障结算资格的新增执业地址（科室）、暂停医疗保障服务的医疗机构提供医疗费用结算，或将定点资格出租、转让给其他单位经营的；

（三）为参保人员提供虚假发票的；为不属于医疗保障范围的人员办理医疗保障待遇的；

（四）使用医疗保障基金支付参保人员按规定应当自付的医疗费用，或将医疗保障支付范围外的药品、诊疗项目、医用材料、医疗服务设施串换为医疗保障支付范围内骗取医疗保障基金支出的；

（五）以减免自付费用等不正当手段诱导参保人员住院的；或采用返还现金、礼券、赠品及以医疗保障定点名义从事商业广告等

促销手段，诱导医疗消费的；

（六）协议有效期内累计3次被暂停医疗保障服务或暂停医疗保障服务期间未按时限要求整改或整改不到位的；

（七）被吊销《医疗机构执业许可证》或《营业执照》等证照的；

（八）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展监督检查的；

（九）串通参保人员兑换现金等骗取医疗保障基金的；

（十）恶意销毁数据或数据造假的；

（十一）采取伪造、篡改申请资料等不正当手段成为定点医疗机构的；

（十二）连续3个月未提供医疗保障服务的；

（十三）不能在规定时限内缴清应退回医疗保障基金的；

（十四）因违法违规被公安机关立案的；

（十五）其他造成严重后果或重大影响的违规违约行为。

第八十二条 乙方经主管部门批准暂停服务的，应当在批准之日起30个工作日内，向甲方申请保留协议，经批准同意，可暂停协议6个月。超过6个月未恢复正常服务的，协议自动终止。暂停服务期间发生的医疗费用，甲方不予支付。

第八十三条 协议期满后，甲乙双方就续签事宜进行协商，并对协议内容进行谈判，双方协商一致后可直接续签协议。

乙方有下列情形之一的，协议自动终止或不再续签协议，协议终止后，再发生的医疗费用甲方不予支付：

(一) 乙方名称、地址、法定代表人等重要信息变更未按时备案的;

(二) 乙方相关证照过期失效的;

(三) 因转让、收购、合并、分立、解散等情形导致乙方经营主体发生变化的;

(四) 经审核不符合定点医疗机构条件的;

(五) 其他依法应终止或不予续签协议的情形。

第八十四条 对查实具有骗取医疗保障基金等违规行为的医师,视情节严重程度给予停止1-5年医疗保障结算资格的处理,并将违规行为通报卫健部门。

第八十五条 在协议履行期内,乙方某科室有两名及以上医保医师被甲方停止医疗保障结算资格的,甲方可暂停该科室医疗保障服务。

第八十六条 在对乙方调查、处理期间,甲方可以暂停支付相关医疗保障基金结算费用,调查处理结束后,根据调查处理意见按程序拨付。

第八十七条 甲方在月度(季度、年度)分析中发现乙方医疗费用指标异常,高于本协议第六十二条、第六十四条约定的,根据异常程度,可对乙方作出约谈、要求书面解释、限期整改、通报批评、暂停支付医疗保障费用等处理。

第八十八条 甲方通过医疗保障网站发布定点医疗机构被暂停医疗保障服务或解除(终止)协议的相关信息,并督促定点医疗机

构做好善后工作，保障参保人员的医疗待遇，妥善处理在院患者。对于解除（终止）协议的医疗机构，甲方监督其及时收回定点标牌。

第八十九条 乙方违反相关行政处罚规定的，甲方应当提请行政部门进行行政处罚；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。

第八章 附 则

第九十条 协议履行期间，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，经双方协商，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。

第九十一条 甲乙双方在协议履行过程中发生争议，双方进行协商解决；不能协商解决的，可提请同级医疗保障行政部门协调解决；经协商调解未果的，可依法向甲方所在地法院提起诉讼。

第九十二条 本协议未尽事宜，甲乙双方协商后，以补充协议的方式确认，效力与本协议相同。

第九十三条 本协议自甲乙双方签字盖章后生效，有效期至____年____月____日止。协议期满后，在乙方满足续签条件的情况下，因甲方原因未签订新协议前，原协议继续生效。

第九十四条 本协议一式三份，甲乙双方各执一份，另一份送同级医疗保障行政部门存档。本协议的最终解释权归甲方所有。

[注]本协议条目前带*号的，代表该条款所有内容为可选择内容；条目中某段落前带*号的，代表仅该段落为可选择内容。

附件：1.门诊特殊病种(或治疗)和付费标准

2.按病种付费的病种和付费标准

3.按定额付费的科室和付费标准

4.相关术语的参考解释

甲方：

乙方：

××经办机构（签章）

××医疗机构（签章）

法定代表人或委托代理人：（签名）

法定代表人：（签名）

年 月 日

年 月 日

附件 1

门诊特殊病种（或治疗）和付费标准

医疗机构名称:

序号	病种名称	疾病编号（ICD-10）	治疗方法和疾病管理措施	付费标准	备 注
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
.....					

注：1. 门诊特殊疾病：是指按规定在门诊诊疗，但纳入统筹基金支付的特殊病种。
2. 治疗方法和疾病管理措施：指由医疗机构制订并在经办机构备案，针对门诊特殊病的诊疗指南和办法。

按病种付费的病种和付费标准

医疗机构名称:

序号	病种名称	疾病编号（ICD-10）	治疗方式*	治疗的主要内容和措施	付费标准	备 注
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
.....						

*: 治疗如果是手术治疗，需要明确手术编码即（ICD-9-CM）。

按定额付费的科室和付费标准

医疗机构名称:

序号	科室名称	次均住院费用标准	自付标准	自费标准	备 注
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
.....					

注：1.次均住院费用标准：指以一个住院疗程为单位，经办机构向定点医疗机构支付每个参保人员住院费用的标准。
2.自付标准：指以一个住院疗程为单位，参保人员向定点医疗机构支付住院政策内费用的最高限额。
3.自费标准：指以一个住院疗程为单位，参保人员向定点医疗机构支付住院政策外费用的最高限额。

相关术语的参考解释

1.重复收费。病人在使用某一诊疗项目（含药品）后，反复多次收取该诊疗项目（含药品）的费用。

2.分解收费。将某一诊疗项目的费用分解成多个收费项目进行收费。

3.虚记多记医疗费用。将未施行的检查治疗项目或药品记入医疗保障费用结算，清单记录的检查项目和药品费用与医嘱或参保人员实际使用情况不符。

4.套用收费标准。因某一诊疗项目本身无收费标准，而使用其他收费项目标准进行收费的。

5.提高收费标准。因某一诊疗项目本身有收费标准，未经医疗保障部门批准擅自提高收费额度进行收费的。

6.推诿拒收病人。以床位、病情等为由，违反临床诊疗规范，拒绝收治参保患者（尤其是重病患者），或者是提前为患者办理出院或不符合规定的转诊转院。

7.伪造医疗文书。利用参保人员信息，伪造或者编造病情证明、病史记录、处方、检查单、票据、医药费用单据等。

8.高额补偿。经办机构对定点医疗机构实行总额控制付费方式后，由于协议有效期内超常规接收诊治重病、大病患者，导致医疗费用超常增长，超过总额控制额度，甲方对乙方超出总额的部分进行适当补偿的行为叫做高额补偿。

9.医保医师。是指具有执业医师或执业助理医师资格，在定点医疗机构注册、执业，经经办机构登记备案、并购买其为参保人员提供医疗服务的医务人员。

10. PSAM 卡。是指由人力资源社会保障部统一发放的社会保障卡的安全访问控制模块。

附件2

医疗机构申请纳入医疗保障定点提供材料清单

序号	材料名称
1	承诺书
2	《河北省医疗保障定点住院医疗机构申请表》 《河北省医疗保障定点门诊医疗机构申请表》
3	《医疗机构执业许可证》副本复印件
4	事业单位的《事业单位法人证书》副本复印件 非营利单位的《民办非企业单位登记证书》副本复印件 营利单位的《营业执照》副本复印件 军队医疗机构的《军队对外有偿服务许可证》或中国人民解放军出具的相关批准资料等复印件
5	医疗机构等级证明复印件
6	《开户许可证》复印件
7	科室设置一览表
8	职工花名册
9	社会保险费缴费凭证复印件
10	《大型医用设备配置许可证》复印件
11	医用设备清单
12	医用设备有关证书复印件
13	服务场所房屋产权证明或租赁合同复印件

附件3

承诺书

填表日期： 年 月 日

医疗机构名称		法定代表人 及联系电话	
经认真学习河北省医疗保障相关政策文件，本单位愿意承担本统筹区医疗保障服务，自愿申请成为医疗保障定点医疗机构，现郑重承诺： 1. 所提交的申请相关材料真实、合法、有效，3年内未受到过卫健、市场监管等部门的严重行政处罚。 2. 本单位在成为定点医疗机构后，严格履行协议约定，积极配合医疗保障经办机构信息化建设，持续符合定点条件，并按医疗保障经办机构要求传送实时刷卡结算信息，及时办理结算手续。 3. 本单位单位名称、地址、法定代表人等信息发生变更时，按规定向医疗保障经办机构申报。 4. 自愿接受医疗保障部门及社会监督。 5. 如未能做到上述内容，接受解除协议及其他相应处理并承担因此引起的一切责任和后果。			
法定代表人签字： (加盖单位公章) 年 月 日			

附件4

河北省医疗保障定点住院医疗机构申请表

填表日期： 年 月 日

医疗机构名称 (公章)				法定代表人 及联系电话				取得执业许 可证时间			
医疗机 构等级				医疗保障联 系人及电话				核定床位			
收费等级				医疗机 构性质	①非营利性□营利性□ ②公立□ 民营□			医疗机构 类别			
医疗机 构地址	自有□ 租赁□										
执业许可证 登记号											
门诊科室 数量				住院科室 数量				医技科室 数量			
药房	西药： 种， 中成药： 种， 草药： 种										
职工人数					社保参保缴费人数						
人员	临床医师（人数）				注册护士 （人数）		医技人员 （人数）	药师（人数）			
	主任 医师	副主任 医师	主治医 师	住院医师				西药 师	中药师		
申请 前医 疗费 用情 况	医疗总费用： 元										
	门 诊					住 院					
	门诊 人次	门诊总费用 (元)		门诊次均费 用(元)		住院人次		住院总费用 (元)		住院次均费用 (元)	
信息 化建 设情 况	业务 系统	服务商：		系统名称：		系统版本号：					
	财务 系统	服务商：		系统名称：		系统版本号：					
	进销存 系统	服务商：		系统名称：		系统版本号：					

填表说明：

医疗机构类别分为综合医院、中医医院、中西医结合医院、专科医院、妇幼保健医院、社区卫生服务中心、社区卫生服务站等。

申请前医疗费用情况，营业满一年的提供上年度费用情况，不满一年的提供营业后所有费用情况。

以下内容由经办机构填写

申请材料 审核	经办人： 复核人： 年 月 日
函询 结果	经办人： 年 月 日
考察 情况	考察小组成员： 年 月 日
评估 结果	评估小组成员： 年 月 日
备注	

附件5

河北省医疗保障定点门诊医疗机构申请表

填表日期： 年 月 日

医疗机构名称 (公章)				法定代表人 及联系电话				取得执业许 可证时间			
医疗机 构等级				医保联系人 及电话				营业面积			
收费级别				医疗机构 性质	①非营利性□营利性□ ②公立□ 民营□			医疗机构 类别			
医疗机 构地址	自有□ 租赁□										
执业许可证 登记号											
门诊科室 数量						医技科室 数量					
药房	西药： 种， 中成药： 种， 草药： 种										
职工人数						社保参保缴费人数					
人员	医师(人数)				注册护士(人数)	医技人员 (人数)	药师(人数)				
	主任 医师	副主任 医师	主治 医师	住院 医师			西药 师	中药 师			
申请 前医 疗费 用情 况	门诊总费用： 元										
	门诊 人次					次均费用(元)					
信息 化建 设情 况	业务 系统	服务商：		系统名称：		系统版本号：					
	财务 系统	服务商：		系统名称：		系统版本号：					
	进销存 系统	服务商：		系统名称：		系统版本号：					

填表说明：

医疗机构类别分为综合医院、中医医院、中西医结合医院、专科医院、妇幼保健医院、社区卫生服务中心、社区卫生服务站、综合门诊部、中医门诊部、中西医结合门诊部、诊所等。

申请前医疗费用情况，营业满一年的提供上年度费用情况，不满一年的提供营业后所有费用情况。

以下内容由经办机构填写

申请材料 审核	经办人： 复核人： 年 月 日
函询 结果	经办人： 年 月 日
考察 情况	考察小组成员： 年 月 日
评估 结果	评估小组成员： 年 月 日
备注	

附件6

科室设置一览表

[illegible]

注：科室类型分为住院科室、门诊科室和其他，科室分类分为xx专业。

附件7

填表说明：职工类别分为聘用职工、临时职工。

附件8

医用设备清单

[illegible]

附件9

河北省医疗保障定点住院医疗机构纳入评估表

医疗机构名称:

日期: 年 月 日

序号	评分项目及内容	重点核查内容	标准分	得分
1	医疗机构提供相关的资质、证书要真实、齐全、有效	单项否决		
2	正常运营,有完善的管理制度	单项否决		
3	机构独立设置,有稳定的执业场所,主体经营场所符合卫生健康行政部门审批标准	单项否决		
4	业务、财务、进销存系统实现信息化管理,具备电子病历系统	单项否决		
5	从业人员按规定参保	单项否决		
6	未提前悬挂定点标识或串通定点机构代刷社保卡	单项否决		
7	内部管理、财务管理规范,执行国家制定或认可的医疗护理技术操作规程,建立医保管理机构,配备专(兼)职管理人员	(1) 内部管理; (2) 财务管理; (3) 医疗护理技术操作规程; (4) 医保管理机构; (5) 其他	30	
8	医疗机构类别科室设置、床位数与卫生技术人员比例等符合国家或省卫生健康委的要求并提供相关材料	(1) 科室设置是否符合要求; (2) 床位数与卫生技术人员比例是否达标; (3) 工作人员资质是否合格; (4) 其他	15	
9	药品购进、医用耗材购进渠道合法;药品价格符合相关规定;提供购进药品、一次性耗材的合法票据、药品目录清单、一次性耗材清单及台账	(1) 药品、医用耗材购进渠道是否合法; (2) 药品价格是否符合相关规定; (3) 能否提供购进药品、一次性耗材的合法票据、药品目录清单、一次性耗材清单; (4) 发票与随货同行单是否一致; (5) 其他	15	
10	具备相应的诊疗、检验设备或大型医疗设备,并配备相关医技人员;能够提供购置发票、设备、人员清单,大型医疗设备配置许可证、应用许可证、大型医疗设备上岗证等	(1) 诊疗设备、大型检验设备的购置发票是否与设备相符; (2) 医技人员相关资质是否符合要求; (3) 设备相关资质是否符合要求; (4) 其他	15	
11	建立日清单及出院结算明细单制度;建立自费项目、药品知情同意制度		2	
12	抽检住院病历		10	
13	配合医疗保障工作,熟悉医疗保障政策	是否配合医疗保障工作,熟悉医疗保障政策	5	
14	其他	实际运营时间、营业场所稳定性等	8	
合计分值			100	

注:各统筹区根据工作实际细化重点核查内容。

附件10

河北省医疗保障定点门诊医疗机构纳入评估表

医疗机构名称:

日期: 年 月 日

序号	评分项目及内容	重点核查内容	标准分	得分
1	医疗机构提供相关的资质、证书要真实、齐全、有效	单项否决		
2	正常运营,有完善的管理制度	单项否决		
3	机构独立设置,有稳定的执业场所,主体经营场所符合卫生健康行政部门审批标准	单项否决		
4	业务、财务、进销存系统实现信息化管理	单项否决		
5	从业人员按规定参保	单项否决		
6	未提前悬挂定点标识或串通定点机构代刷社保卡	单项否决		
7	内部管理、财务管理规范,执行国家制定或认可的医疗护理技术操作规程,建立医保管理机构,配备专(兼)职管理人员	(1) 内部管理; (2) 财务管理; (3) 医疗护理技术操作规程; (4) 医保管理机构; (5) 其他	30	
8	医疗机构类别科室设置、工作人员数量等符合国家或省卫生健康委的要求并提供相关材料	(1) 科室设置是否符合要求; (2) 工作人员数量是否达标; (3) 工作人员资质是否合格; (4) 其他	15	
9	药品购进、医用耗材购进渠道合法;药品价格符合相关规定;提供购进药品、一次性耗材的合法票据、药品目录清单、一次性耗材清单及台账	(1) 药品、医用耗材购进渠道是否合法; (2) 药品价格是否符合相关规定; (3) 能否提供购进药品、一次性耗材的合法票据、药品目录清单、一次性耗材清单; (4) 发票与随货同行单是否一致; (5) 其他	15	
10	具备相应的诊疗、检验设备或大型医疗设备,并配备相关医技人员;能够提供购置发票、设备、人员清单,大型医疗设备配置许可证、应用许可证、大型医疗设备上岗证等	(1) 诊疗设备、大型检验设备的购置发票是否与设备相符; (2) 医技人员相关资质是否符合要求; (3) 设备相关资质是否符合要求; (4) 其他	15	
11	建立首诊负责制、门诊费用清单制		2	
12	抽检门诊病历、处方		10	
13	配合医疗保障工作,熟悉医疗保障政策	是否配合医疗保障工作,熟悉医疗保障政策	5	
14	其他	实际运营时间、营业场所稳定性等	8	
合计分值			100	

注:各统筹区可细化重点核查内容并赋分值,总分为100分

附件11

河北省医疗保障定点医疗机构新增、变更科室申请表

医疗机构医疗保障编码：

填表日期： 年 月 日

医疗机构名称（公章）								
申请原因								
新增 科室	新增科室名称							
	科室类别		住院科室 ☐ 门诊科室 ☐ 医技科室 ☐					
	科室编码							
	床位数							
	其他							
变更 科室	变更前科室名称及编码				变更后科室名称及编码			
人员 配置	医师（人数）				注册护士 （人数）	医技人员 （人数）	药师（人数）	
	主任医师	副主任医师	主治医师	住院医师			西药师	中药师
上年 度医 疗费 用情 况	医疗总费用： 元							
	门 诊				住 院			
	门诊人次	门诊总费用 （元）	门诊次均费用（元）		住院人次	住院总费用 （元）	住院次均费用 （元）	
申请材料	1. 新增科室简介（科室或病区所在位置、包括医疗服务开展情况，如服务覆盖范围及人数、医疗收入情况；特色医疗、学科带头人介绍）； 2. 《医疗机构执业许可证》副本复印件； 3. 科室医务人员（医师、护士、技师、药师）花名册（附件7）； 4. 医用设备清单、开展的治疗和检查项目及根据物价政策的定价。							
填表说明： 医疗机构类别分为综合医院、中医医院、中西医结合医院、专科医院、妇幼保健医院、社区卫生服务中心、社区卫生服务站、综合门诊部、中医门诊部、中西医结合门诊部、诊所等。								

以下内容由经办机构填写

申请材料 审核	经办人： _____ 复核人： _____ 年 月 日
考察 结果	考察小组成员： _____ 年 月 日
备注	

附件12

河北省医疗保障定点医疗机构 新增、变更医保服务项目申请表

医疗机构医疗保障编码：

填表日期： 年 月 日

医疗机构名称（公章）							
申请原因							
新增 项目	新增项目名称						
	涉及临床科室						
	新增大型医疗器械						
	涉及医技科室						
	其他						
变更项目		变更前			变更后		
人员 配置	医师（人数）				注册护士 （人数）	医技人员 （人数）	项目收费 （元）
	主任医师	副主任医师	主治医师	住院医师			
申请前应用情况							
申请材料	1. 医务人员（医师、护士、技师、药师）相关证件的复印件； 2. 根据物价政策对该诊疗项目的定价证明材料； 3. 获得临床准入资格或有关部门批准应用的有效证明； 4. 市场监管部门颁发的《医疗器械注册证》及《医疗器械生产企业许可证》复印件； 5. 与现有同类项目的比较（优、缺点）； 6. 产品说明书、购置合同与发票复印件； 7. 大型医用设备需提供《大型医用设备配置许可证》复印件。						

填表说明：申请前应用情况即行政部门批准后项目开展情况，包括开展数量及费用情况。

以下内容由经办机构填写

申请材料 审核	经办人： _____ 复核人： _____ 年 月 日
考察 结果	考察小组成员： _____ 年 月 日
备注	

附件13

河北省医疗保障定点医疗机构信息变更申请表

医疗机构医疗保障编码：

填表日期： 年 月 日

医疗机构名称 (公章)			
申请原因			
变更项目	变更前	变更后	
申请材料		1. 《医疗机构执业许可证》副本复印件； 2. 《事业单位法人证书》副本（《民办非企业单位登记证书副本或营业执照》副本）复印件； 3. 与变更信息有关的其他材料，参照附件2。	

以下内容由经办机构填写

申请材料审核	经办人：_____ 复核人：_____ 年 月 日
考察结果	考察小组成员：_____ 年 月 日
备注	



