阿坝州医疗保障

定点医疗机构服务协议

(二○二○年度)

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：

法定代表人或委托代理人：

地 址：

邮政编码：

联系电话：

阿坝州医疗保障局制订

为保障基本医疗（生育）保险（以下简称“医保”）参保人员的合法权益，维护医保基金安全，促进医保制度可持续发展，根据《中华人民共和国社会保险法》、国家医疗保障局办公室《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）、《四川省城镇职工基本医疗保险定点医疗机构管理暂行办法》等法律法规及相关政策，经甲乙双方协商，就医保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、省以及本统筹地区基本医疗保险、生育保险、医疗救助、卫生健康、市场监管、药品及医用耗材招标采购、医药价格收费政策和医改等相关规定，保证参保人员享受医保服务。

**第二条** 甲乙双方通过签订本协议明确双方的权利义务、管理服务内容、结算支付约定、违约责任等内容。

**第三条** 甲乙双方应当依照国家、省及本统筹地区有关的政策法规，正确行使职责。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。

甲乙双方应当明确参保人员的投诉渠道并公布，对参保人员维护合法权益、医保服务质量等方面的投诉应当及时核实处理。

**第四条** 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、城乡居民基本医疗保险、职工补充医疗保险、机关事业单位工作人员补充保险、居民大病保险、大病医疗补充商业保险、生育保险参保人员及异地就医的参保人员以及其他保障人员。乙方应当配合甲方完成基本医疗保险、补充保险、医疗救助等费用结算及相关单据的提供。

**第五条** 乙方为参保人员提供医疗服务的范围包括：门（急）诊、住院、门诊特殊疾病、单病种住院结算等医疗服务。乙方所提供的医疗服务应当符合卫生健康行政部门许可的诊疗科目和执业范围。

**第六条** 甲方应及时向乙方通报医保法规政策和管理制度、操作流程的变化情况，组织乙方开展与医保管理有关的培训，接受乙方咨询，按协议约定向乙方拨付应当由医保基金支付的医疗费用。

**第七条** 乙方应当建立健全医保管理服务部门，明确院级领导分管医保工作，配备专（兼）职管理人员，严格履职尽责，做好医保管理工作，为参保人员提供合理必要的医疗服务。

协议履行期间，乙方的名称、执业地址、所有制形式、法人代表、医疗机构类别、诊疗科目、床位数、主要医疗设备设施、银行结算账户、医疗保险管理服务部门负责人等发生变化时，应在30个工作日内向甲方提供相关材料申请变更或重新申请签订服务协议。

**第八条** 甲方应当采取多种方式向社会开展医疗保险宣传，乙方应当在本机构的显要位置悬挂定点医疗机构标牌，公布医保基金监督举报电话，并向参保人员宣传医疗保险政策、就医结算流程及医疗服务内容等。甲乙双方应当为参保人员提供相关的咨询服务。

**第九条** 乙方应严格执行国家制定的医院财务制度、医院会计制度和票据管理相关办法，配备具有会计从业资格的人员担任会计、出纳工作，规范财务管理和票据的领购、使用、保管及核销等环节，不得将票据转让或转借给其他单位和人员使用。

**第十条** 甲方按照国家和四川省相关要求，适时推进医保医生管理，建立医保医生库, 对查实具有骗取医保基金等违规行为的医师，视情节严重程度给予停止1-5年医保结算资格的处理，并将违规行为通报卫生健康行政部门。乙方应按照甲方要求上报医保医生的相关信息。乙方应督促医保医生严格执行医保政策规定，并对医务人员开展医疗保险政策培训,自觉规范诊疗行为，诚信履行职责。医保医生执业地点、执业范围、职称等相关信息发生变动，乙方应及时向甲方备案。

**第十一条** 甲方有权对乙方接入到业务专网的设备及网络环境进行安全监督、现场检查和指导；有权通过医保信息监控系统等方式对乙方的医疗服务行为及医疗费用进行实时监控，定期或不定期开展监督检查，并将监控和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参保人员病历及财务有关资料、询问当事人等予以配合，并完善有关签章手续。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经济和法律责任由乙方承担。

**第十二条** 甲方可基于监督检查结果，对乙方的违约行为进行处理。根据乙方违约情节和性质的轻重，依据有关规定和本协议约定，采取约谈、限期整改、暂停拨付、拒付费用、暂停协议、解除协议、追回违规获取的医保基金、并报请医疗保障行政部门进一步处理等相应方式处理。

## 第二章 诊疗服务

**第十三条** 乙方应严格遵循医保和卫生健康行政部门有关规定，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（包括挂号、记账收费、出入院、医保结算和转诊转院等）及共济使用个人账户支付普通门诊、门诊特殊疾病、住院等需个人负担的费用时，乙方应当对参保患者本人及其配偶、子女、双方父母身份证与社会保障卡进行核验，发现证件无效、人证不符、或共济社保卡持卡人非本人及其配偶、子女、双方父母的，不得进行医疗保险费用结算。应当扣留其医疗保险凭证或者抄录其医疗保险凭证号码，并及时向所在地经办机构进行核实。如非甲方授权，乙方不得以任何理由收集、滞留参保人员社会保障卡等其他就医凭证。有骗保嫌疑的，应当及时报告甲方。

参保人员委托他人代为配药的，乙方应当按本统筹地区参保人员代配药的有关规定执行。

乙方在收治其他统筹地区转诊转院病人时，应当查验其转诊转院手续，手续不全的应当及时告知参保病人或家属及时完善备案等相关手续。

**第十五条** 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,中医康复理疗（民族康复理疗）项目治疗须有病员签字确认的治疗记录。

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，并与参保人员实际使用情况符合。

**第十六条** 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。乙方开展的中医康复理疗（民族康复理疗）项目，每疗程治疗天数不能超过14天，\*每天不能超过4个理疗项目。

**第十七条** 乙方应严格执行入、出院和重症监护病房、干部病房等收治标准，不得诱导病人住院，不得办理重复住院，分解住院，也不得推诿、拒收符合入院标准的病人住院治疗。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，停止医保费用结算。

**第十八条** 乙方收治意外伤害参保人员住院时，应对人员的姓名、性别、年龄以及受伤原因、时间、地点逐一如实记录。

（一）对于明确不属于医保支付范围的，乙方应告知参保人员，停止医保结算.不属于基本医疗保险报销的情形如下：

1.应当从[工伤保险基金](https://baike.baidu.com/item/%E5%B7%A5%E4%BC%A4%E4%BF%9D%E9%99%A9%E5%9F%BA%E9%87%91" \t "https://baike.baidu.com/item/%E4%B8%AD%E5%8D%8E%E4%BA%BA%E6%B0%91%E5%85%B1%E5%92%8C%E5%9B%BD%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E4%BF%9D%E9%99%A9%E6%B3%95/_blank)中支付的；

2.应当由第三人负担的；

3.应当由公共卫生负担的；

4.因吸毒、打架斗殴、违法犯罪等造成伤害的；因自伤、自残造成伤害的（精神类疾病患者除外）；交通事故（能够提供交警部门出具的肇事方逃逸或无第三方责任人相关证明，且未获得相关赔偿或补偿的除外）

5.《社会保险法》规定的其他情形。

（二）对于受伤原因、时间、地点清楚且符合基本医疗保险报销规定的参保人员，由乙方按照基本医疗保险相关规定办理结算。

（三）对于受伤原因、时间、地点不详，或外伤原因存疑，乙方不能判断是否符合基本医疗保险报销的，应在办理入院手续后三个工作日内向甲方提出外伤调查申请。经甲方调查，符合基本医疗保险报销规定的参保人员，由乙方按规定结算；不符合的由参保人员全额自付。

（四）乙方应向甲方如实提供如下材料：

1.入院记录、出院病情证明等资料的复印件，由120接诊的，应提供120接诊记录及急诊记录；

2.对于符合基本医疗保险报销的外伤参保人员，乙方应按要求填写《阿坝州外伤入院登记表》，并提供社会保障卡、身份证复印件，以上材料一式两份，一份医院留存备查，一份连同结算申报资料报甲方；

3.对于以往意外伤害已按基本医疗保险报销，做内固定取出术等后续治疗的，应在住院病历的既往史中如实填写，并向甲方核实以往外伤报销情况。

**第十九条** 乙方对参保人员住院管理应按照卫生健康行政部门规定执行。参保人员住院期间离院的，乙方应要求其办理离院请假手续，并在住院病历中注明离院原因、离院时间等相关记录，不得挂床住院。

**第二十条** 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、限制民事行为能力等参保患者应当由其监护人签字确认）。

**第二十一条** 参保人员住院期间，因乙方条件限制需到其他定点医疗机构进行检查治疗时，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，否则其医疗费用医保基金不予支付。在非定点医疗机构进行外检产生的医疗费用，甲方不予支付。

**第二十二条** 乙方应当执行门诊处方外配制度，参保人员要求到定点零售药店购药的，乙方不得拒绝。外配处方应当为机打处方或规范、字迹工整的手写处方，并加盖乙方专用章。

**第二十三条** 乙方应当向参保人员提供医疗费用查询服务和费用清单，并承担解释责任。

**第二十四条** 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。落实基层首诊、双向转诊、分级诊疗要求，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，乙方不得要求中途办理出院结算手续。

**第二十五条** 参保人员出院带药时，乙方只能提供与该次住院疾病治疗有关的药品（限口服药），不得带检查或治疗项目。乙方应严格执行出院带药限量规定，参保患者出院带药限量为：急性疾病不得超过3日剂量，慢性疾病不得超过7日剂量，中草药不得超过7日剂量。

参保人员因病情需要跨年度住院的，乙方应尊重参保人员的意愿，不得强行为其办理年度出院结算。

**第二十六条** \*乙方承担甲方门诊特殊疾病和城乡居民“两病”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。

乙方为甲方管理门诊特殊疾病病人提供医疗服务时，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、医生和临床诊疗指南，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诊疗服务。

## 第三章 药品和诊疗项目

**第二十七条** 乙方应当严格按照四川省基本医疗保险、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，以及本统筹地区的支付标准，为参保人员提供合理、必要的基本医疗服务。超出目录和标准范围的费用，甲方不予支付。

乙方应当建立医保目录外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。

**第二十八条** 乙方应当严格按照市场监管、卫生健康行政部门的规定，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。

药品及医用材料应当保存真实完整的采购和使用记录，并建立真实、完整、准确的购销存台账。药品、医用材料的采购记录应当包含名称、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，甲方可以根据医保管理的需要调查了解上述信息。

**第二十九条** 乙方应建立并维护药品耗材、诊疗项目、疾病诊断等与之对应的数据库和代码，严禁串换对码及错误对码。

甲方根据医保费用的支付范围及管理需要，适时建立医保结算项目编码（以下简称“编码”）管理制度，包括药品（含自制制剂）编码、诊疗项目编码、医用材料编码、疾病诊断编码、手术编码、科室编码和医生编码等，乙方应按甲方要求建立并维护与之对应的数据库和编码，无编码的医疗项目费用甲方不予支付。

**第三十条** 乙方对参保人员用药应当遵循药品说明书，严格掌握目录内部分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。

乙方应严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》的相关规定，实施抗菌药物分级管理制度，合理使用抗菌药物;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。

**第三十一条** 乙方应当按照国家、省和州医疗保障局的相关要求执行药品分类、国家谈判药品、抗癌药物等特殊药品使用。

**\*第三十二条** 乙方经药品主管部门批准生产和使用的院内制剂，已核定价格的可按规定向医疗保障行政部门申请纳入医保支付范围。未核定价格的，由甲乙双方协商谈判确定支付标准。

**第三十三条** 乙方应按照四川省医疗保障局《关于落实国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围工作的实施意见》（川医保发〔2019〕35号）以及《关于印发国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围工作医保配套措施的通知》（川医保规〔2019〕6号）的相关要求配合甲方积极开展药品集中采购工作。

**第三十四条** 乙方应当加强药占比、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CT、MRI）等列为常规检查，不得将“套餐式”检验作为常规检查。

**第三十五条** 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、州医保政策相关规定，严格掌握其适用范围，并保存相关使用及治疗记录。

**第三十六条** 乙方经卫生健康和医疗保障行政部门批准的新收费项目，应当按规定向甲方申请，并提交批准文件和有关材料，未经同意的，其费用甲方不予支付。

## 第四章 医疗费用结算

**第三十七条** 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。未经卫生健康行政部门和医疗保障行政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。

\*甲乙双方对某些项目（含药品）经协商谈判确定医保支付标准的，按谈判确定的标准支付。

\*乙方医疗服务价格实行市场调节的，应执行与公立医院相同级别医院收费标准，甲方以不高于同级同类公立医院医保支付标准与其结算医疗费用。

**第三十八条** 乙方应按照医保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，乙方应允许符合规定范围的家人个人账户共济使用，支付个人承担部分，乙方应当开具专用票据，且专用票据必须注明医保基金支付金额。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。

**第三十九条** 乙方应当在每月10日前（异地医疗费用应当在每月15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，并按医保规定留存相关资料备查。

**第四十条** 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5个工作日内向甲方作出说明。逾期不说明的，甲方可拒付有关费用。

甲方采取随机抽查的方式对乙方申报的医疗费用进行审核，\*抽查比例不低于总量的5％。对查实的违规费用，甲方按抽查比例放大后拒付。

**第四十一条** 甲乙双方应严格执行统筹地区医保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（DRG）、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疗费用。

**第四十二条** 甲方根据本统筹地区医保基金收支预算情况，对乙方本年度医保付费实行总额控制**。**即甲方根据乙方近三年来全州参保人员住院结算人次、次均统筹基金支付费用、住院人次人头比、自费比例、人均住院床日、病案会审、药品费比例、均次住院费比上年增长率等指标，对乙方本年度医疗保险付费实行总额控制。国家谈判药品和抗癌药品费用不纳入总额控制。

\*乙方的年度总额控制额度为 元，其中：门诊（含门诊统筹和门诊特殊疾病） 元，住院（含日间病房住院）元，其他 元。其中：统筹基金 元，补充医疗保障 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。

\*甲方可将其他统筹地区参保人员在乙方联网结算的费用（异地费用）纳入总额控制的范围。

甲方将其他统筹地区参保人员在乙方联网结算的费用（异地费用）纳入总额控制的范围。

**第四十三条** 甲方与乙方建立医保基金风险分担机制，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，甲方按相关规定与乙方进行清算。

\*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。

**\*第四十四条** 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超过统筹基金封顶线的高额医疗费用（产生的医疗总费用超过 元的高额医疗费用），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。

**\*第四十五条** 甲、乙双方按照《州发改委州卫计委州人社局关于印发<推进按病种收付费改革试点方案的通知>》（阿州发改〔2017〕621号）确认的病种、收费方式及相关要求进行单病种付费管理。

**第四十六条** 乙方对参保病人在同一服务单元的生育等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。

**第四十七条** 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。

**第四十八条** 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15个工作日内向乙方拨付应付金额的90%，剩余部分作为履约保证金。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。

**第四十九条** 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，甲方暂不予支付相关医疗费用。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

**第五十条** 双方应当充分利用医疗保险智能监控（含审核）系统（以下简称“监控系统”）监管医疗服务。监控系统发现乙方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，乙方应当于每月15日之前完成上月监控系统反馈疑点的申述等流程处理，不得影响参保人员结算。

**第五十一条** 甲乙双方按照国家、省的相关规定，共同监控医保医疗服务，确保医疗费用的增长速度与社会经济发展水平以及医保基金安全相协调。

**第五十二条** 甲方或受甲方委托的第三方机构可定期、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，乙方应当予以配合，并准确完整提供医疗服务有关材料和数据。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。

**第五十三条** 按照四川省医保联动监管工作要求，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，乙方应当配合。

**\*第五十四条** 甲方建立医疗费用月（季、年）度分析制度，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，科学合理分解各项指标，每季度第一个月向甲方说明上季度医疗费用的管控情况。

**第五十五条** 按照四川省医保联动监管要求，其他统筹地区对乙方（含科室、医务人员）作出暂停结算、暂停协议、解除协议、不购买乙方科室和医务人员医疗服务的处理时，甲方可同步执行。

**第五十六条** 乙方应加强内部科室和医务人员的管理，制定费用管控具体措施，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。

**第五十七条** 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的利益，不得因指标管控推诿拒收病人；不得将超过指标控制的医疗费用转嫁给参保人员自费。

**第五十八条** 乙方应当加强医疗费用重点指标的管控。

（一）年度住院医疗总费用增长率不得超过 %；

（二）院内住院率：三级甲等医院15%、三级乙等医院10%、州外专科医院10%、二级甲等医院6%、二级乙等医院6%、乡镇卫生院4%。

（三）次均统筹基金支付：职工不超过 元；城乡居民不超过 元；

（四）住院人次人头比不超过 ；

（五）住院个人自费比例不能超过规定值。（三甲15%、三乙10%、专科10%、二甲8%、二乙8%、乡镇卫生院3%）

（六）人均住院床日小于规定值（一级医院10日、二级医院16日、三级医院18日、产院妇幼保健院8日、肿瘤医院50日、骨科医院30日）；

（七）病案会审（按年住院总人次现场随机抽取10-20份出院病历），查实违规金额在500元（含500元）及以下的，扣该项分值1分；违规金额在500元以上1000元（含1000元）以下的，扣该项分值2分；违规金额在1000元以上2000元（含2000元）以下的，扣该项分值5分；违规金额在2000元以上5000元以下的，扣该项分值10分；违规金额在5000元（含5000元）以上的，该项不得分；

（八）药品占总费用的比例不得超过规定值（三甲35%、三乙40%、专科45%、二甲45%、二乙50%、乡镇卫生院65%）；

（九）检查费用占总费用比例不得超过 %；

（十）参保人员均次住院费比上年增长率符合规定值（一级医院6%、二级医院8%、三级医院10%）。

**第五十九条** 乙方为异地参保人员提供医疗服务的费用相关指标应当与本地保持基本一致，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次均住院费用；自费率不得超过在本地就医参保人员的自费率。

**第六十条** 甲方建立参保人员满意度评价制度，对乙方提供医保服务的态度、技术水平和医疗费用等进行综合评价。参保人员满意度可由甲方委托第三方进行。

**第六十一条** 甲方根据医保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、分级管理和协议续签等挂钩。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。

**第六十二条** 甲方可按照考核办法对乙方进行年度考核排名，乙方排名靠后的，甲方结合实际情况，确定次年是否与乙方续签服务协议。

**第六十三条** 乙方应积极配合考核办法的实施，主动提供相关资料，不得藏匿、转移和提供虚假材料，不得以任何借口干扰、阻挠考核工作的开展。对藏匿、转移、提供虚假材料，干扰、阻挠考核工作的，甲方直接与其解除服务协议。

**第六十四条** 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

**第六十五条** 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。

**第六十六条** 乙方应当按本统筹地区医保信息系统的技术和接口标准，配备医保联网相关的设施设备，经甲方验收系统合格后实现与医保信息系统有效对接；乙方建立有效的医保接口调整机制，确保能按甲方要求对信息系统医保接口进行调整，以满足业务需求；乙方与甲方连接的信息系统在与其他外部网络联网时应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，若因乙方原因造成金保网络中毒等情况的，后果由乙方承担。

乙方因系统升级、硬件损坏等原因需要重新安装本地系统时，须向甲方备案，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。

**第六十七条** 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，并主动告知当地医保部门信息化综合管理机构。因PSAM卡管理使用不当造成的损失由乙方自行承担。

**第六十八条** 甲方按照国家和省、州要求建立医保药品、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、医保医生、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。

**第六十九条** 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、医保医生、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。

**第七十条** 甲方建立医保智能审核暨监控系统，乙方的信息系统应与之有效对接，应配合甲方将医保智能审核暨监控规则嵌入医院信息系统。甲方应按照规则的运行情况动态调整审核暨监控规则。智能审核暨监控规则确定后应告知乙方。

**第七十一条** 乙方应当建立医生（护理）工作站，保证医嘱（护理）记录的可追溯性。甲方的医保结算系统、医保智能监控系统延伸到乙方的医生工作（护理）站和药品、医用材料、试剂等购销存管理系统时，乙方应当予以配合，不得拒绝。

**第七十二条** 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。

**第七十三条** 甲乙双方应当严格遵守国家、省（市、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。双方不得随意泄露参保人员参保就医信息。

**第七十四条** 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时，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

**第七十五条** 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《社会保险工作人员纪律规定》的；

4.其他违反基本医疗保险法律、法规的行为。

**第七十六条** 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.未按甲方要求及时、真实准确、完整提供纸质或电子资料的；

3.未保障参保人员知情同意权，不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；

4.医疗费用异常增长的；

5.未及时处理参保人员投诉和社会监督反映问题的。

**第七十七条** 乙方有下列违约情形之一的，甲方可要求乙方限期整改，视其情节轻重予以暂停拨付、拒付违规费用和暂停协议等处理，对已支付的违规费用予以追回，并报请医疗保障行政部门进一步处理：

1.未有效核验参保人员医保就医凭证，造成被他人冒名顶替就医的；

2.发生重复、分解、过度、超限制范围等违规诊疗行为导致增加费用的；

3.发生重复收取、分解收取、超标准收取或者自定标准收取费用的；

4.未经甲方备案擅自使用新增诊疗项目，并纳入医保基金支付的；

5.将医疗保险支付范围外的药品、诊疗项目、医用材料、医疗服务设施或生活用品、保健滋补品等费用串换为医疗保障政策范围内费用，申请医疗保障结算，套取基金支付的；

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；将科室或房屋承包、出租给个人或其他机构，并以乙方名义开展医疗服务；

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，以及将不符合家庭病床标准病人纳入家庭病床结算；

8.违反用药管理规定，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，药品收费违反有关规定的；

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、医用材料进销存台账或台账不能做到账账相符、账实相符的；医保药品库、诊疗目录库管理混乱的；

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的；

12.乙方提供的票据、费用清单、处方、医嘱、检查结果及病程记录等不吻合，或与实际使用情况不一致的；

13.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；

14.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将未达到出院标准的参保人员办理出院的；

15.要求参保人员在住院期间到门诊或另设自付账号交费的；

16.收费印章与医疗保障定点医疗机构名称不相符的；未建立健全财务管理制度或财务管理制度不规范的；

17.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；

18.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和生育保险相关数据的；

19.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；

20.以医保定点名义从事商业广告和促销活动，诱导医疗消费的；

21.不配合甲方监督、管理，不及时按甲方要求提供医疗服务相关资料或无正当理由拒绝在《监督检查记录》上签字确认的；

22.乙方的名称、法定代表人、医疗服务范围等发生变更后，未在 个工作日内向甲方履行变更备案手续的；

23.将医保支付总额控制指标、病种付费标准分解至参保个人，导致服务质量不足的；

24.医疗机构使用1名及以上不具备相应资质或超执业注册范围的人员开展医疗服务的；

25.不执行全省统一的药品、医用耗材和招标采购、配送及结算管理政策，不接受省、市（州）医保部门监管的；

26.不完全执行甲方制定的药品、医用耗材价格和医疗服务项目、医疗服务设施收费政策的，不接受医保部门监管的；

27.年度内发生二级甲等以上并承担主要责任的医疗事故；

28.被卫生健康行政部门处以暂缓校验的；

29.其他造成医疗保障基金损失的行为或违反本协议约定的行为。

**第七十八条** 乙方有下列违约行为之一的，甲方对乙方一律作出解除协议处理，对已支付的违规费用予以追回，同时报请医疗保障行政部门进一步处理。乙方被解除服务协议的，3年内不得申请医保定点。

1.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；

2.为非定点医疗机构、暂停协议医疗机构提供医疗费用结算的；

3.协议有效期内累计3次被暂停协议或暂停协议期间未按时限要求整改或整改不到位的；

4.被吊销《医疗机构执业许可证》或《营业执照》等；

5.拒绝、阻扰或不配合医保经办机构开展必要监督检查的；

6.年度考核结果为不合格的。

7.其他造成严重后果或重大影响的违约行为。

**第七十九条** 纳入医保医生库管理的乙方医务人员，在医疗服务过程中严重或多次违反医保规定的，甲方可依据情节，暂停或终止购买其提供的医疗服务。对查实具有骗取医保基金等违规行为的医师，视情节严重程度给予停止医保结算资格等处理。涉嫌违规行为通报卫生健康行政部门。

乙方医务人员提供医疗服务的次均费用、增长率高于协议指标，且不能做出合理解释的，甲方可暂停或终止购买其提供的医疗服务。

**第八十条** 在协议履行期内，乙方某科室有两名及以上医务人员被甲方暂停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。

乙方科室提供住院（或门诊特殊疾病）医疗服务的次均费用高于协议指标或者增长率高于协议指标，且不能做出合理解释的，甲方可暂停或终止购买其提供的医疗服务。

对于甲方暂停或终止购买乙方科室或医务人员的医疗服务，乙方有权申请甲乙双方认可的第三方进行评审。

**第八十一条** 甲方在月度（季度、年度）分析中发现乙方医疗费用指标异常，高于本协议约定的，根据异常程度，可作出约谈乙方、要求乙方书面解释、发出整改通知、进行通报、暂停支付医保费用、扣除违规费用等处理。

**第八十二条** 乙方违反相关行政处罚规定的，甲方应当提请医疗保障行政部门进行行政处罚；涉嫌违法犯罪的，应当由行政部门及时移送司法机关，依法追究其刑事责任。

**第八十三条** 乙方违约的，甲方在调查期间可暂停乙方医保服务。乙方因违约被暂停或解除服务协议，造成的所有损失由乙方自行承担。

## 第八章 附则

**第八十四条** 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，经双方协商，可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。未尽事宜，经甲乙双方协商签订补充协议，效力等同于本协议。

**第八十五条** 定点医疗机构经主管部门批准暂停服务的或自行停业、歇业的，应当在批准之日或自行停业、歇业之日起30日内，向医保经办机构申请保留服务协议，经批准同意，可暂停医保服务协议1-6个月。超过6个月未恢复正常服务的，双方自动解除医保服务协议；待乙方恢复正常服务后，按规定重新申请协议定点。

**第八十六条** 有下列情形之一的，本协议终止。

（一）双方协商一致的；

（二）乙方停业或歇业（特殊情况报备经甲方核实的除外）；

（三）因不可抗力致使协议不能履行的；

（四）协议期满，非甲方原因未与甲方续签协议的；

（五）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（解除协议的除外）。终止、解除、缓签协议的，甲乙双方应共同做好善后工作。

**第八十七条** 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，可以要求统筹地区医疗保障行政部门进行协调处理。对协调处理结果不服的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。

**第八十八条** 本协议有效期自 年1月 1日起至 年12月31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。

**第八十九条** 本协议一式二份，甲乙双方签字盖章后生效，各执一份。本协议的最终解释权归甲方所有。

[注1]本协议中带下划线的文字，供统筹地区根据具体情况选择。

[注2]本协议中条目前带\*号的，代表该条款所有内容为可选择内容。

附件：1.阿坝州基本医疗保险协议管理医疗机构考核指标及标准

2.阿坝州基本医疗保险协议管理医疗机构考核病案会审统计表

3.阿坝州基本医疗保险协议管理医疗机构考核药品和医用材料购销存核对表

4.相关术语的参考解释

甲方（签章）： 乙方（签章）：

法人代表：（签名） 法人代表：（签名）

2019年 月 日 2019年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1  **阿坝州基本医疗保险协议管理医疗机构考核指标及标准** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被考核医疗机构名称（签章）： | | | | | | | | | | | 级别：1一级，2二级，3三级，4其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | 性质：1公立，2民营，3其他 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 实际住院率 | | 院内住院率 | | | | 实际统筹均次费用 | | 次均统筹费用 | | | 实际人次人头比 | | 住院人次人头比 | | | 实际自费比例 | | 自费比例 | | | | 实际人均住院床日 | 人均住院床日 | | | 会审情况 | | 病案会审 | | | | 实际药占比 | 药品费比例 | | | 实际增长率 | | 均次住院费比上年增长率 | | | | 合计得分 | |
| 标准 | | 权重 | | 标准 | 权重 | | 标准 | | 权重 | 标准（%） | | 权重 | | 标准 | | 权重 | 标准 | | 权重 | | 标准（%） | | 权重 | 标准（%） | | 权重 | |  | |
|  | |  | | **0.2** | |  | |  | **0.2** | |  | |  | | **0.2** |  | |  | | 0.1 | |  |  | | 0.1 |  | |  | | 0.2 | |  |  | | 0.05 |  | |  | | 0.05 | |  | |
|  | |  | | **#DIV/0!** | |  | |  | **#DIV/0!** | |  | |  | | **#DIV/0!** |  | |  | | #DIV/0! | |  |  | | #DIV/0! |  | |  | |  | |  |  | | #DIV/0! |  | |  | | #DIV/0! | | #DIV/0! | |
|  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 1、住院率得分=﹛1-(超出规定住院旅/规定住院旅﹜×0.2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2、次均统筹费用得分=｛1-（超出次均统筹费用部份/次均统筹费用）｝×0.2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3、住院人次人头比得分=｛1-超出指标部分/住院人次人头比｝×0.2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4、自费比例得分=｛1-（超出自费指标部份/自费指标）｝×0.1；规定指标：三甲15%、三乙10%、专科10%、二甲8%、二乙8%、乡镇卫生院3% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5、人均住院床日得分=｛1-（超出床日部份/规定床日指标）｝×0.1；规定床日：一级10日、二级16日、三级18日、产科8日、肿瘤50日、骨科30日（低于规定床日得满分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.病案会审：根据按年住院总人次现场随机抽取10-20份出院病历，查实违规金额在500元（含500元）及以下的，扣该项分值1分；违规金额在500元以上1000元（含1000元）以下的，扣该项分值2分；违规金额在1000元以上2000元（含2000元）以下的，扣该项分值5分；违规金额在2000元以上5000元以下的，扣该项分值10分；违规金额在5000元（含5000元）以上的，该项不得分。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7、药品占比得分=｛1-（超出药品占比指标部份/药品占比指标）｝×0.05；药品占比规定：三甲35%、三乙40%、专科45%、二甲45、二乙50、乡镇卫生院65%（低于规定指标得满分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8、均次住院费比上年增长率得分=｛1-（增长率-规定增长率）/规定增长率｝×0.05；增长率规定：三级10%、二级8%、一级6%（低于规定增长率得满分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 考核得分=1+2+3+4+5+6+7+8（得分为负数时，视为得分为零，考核得分在0.95分（包含0.95分）以上返还全部保证金） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 应清算资金=暂扣款×考核得分-购销存违规金额及放大扣款金额-其他违规金额 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **阿坝州基本医疗保险协议管理医疗机构考核病案会审统计表** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被考核医疗机构名称（签章）： | | | | | | | | | | | | | | | | 级别：1一级，2二级，3三级，4其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | 性质：1公立，2民营，3其他 | | | | | | | | |
| 序号 | | 住院（门诊）病人姓名 | | 参保险种（1=职工，2=居民） | | 是否贫困人员（1=是，2=否） | | | 就医地域（1=本地，2=异地） | | 就医类别（1=住院，2=门诊） | | 住院（门诊）起止时间 | | | 住院（门诊）总费用（元） | | 基本医保支付金额（元） | | 涉及违规费用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 违规费用合计（元） | | 备注 | |
| 发放实物、返现招揽、截留病人 | | | 违反合理检查、合理治疗、合理用药、合规收费 | | | 伪造医疗文书 | | 提供虚假票据 | | 虚假（冒名、挂床）住院、门诊治疗 | | | 医疗文书记录、诊疗情况、票据、费用清单等不吻合以及患者实际使用不符 | | | 其他违规行为 | |
| 1 | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |
| 2 | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |
| 3 | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |
| 4 | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |
| 5 | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |
| … | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件3 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 阿坝州基本医疗保险协议管理医疗机构考核药品和医用材料购销存核对表 | | | | | | | | | | | | | | |
| 被检查医疗机构名称（签章）： | | | | | 级别：1一级，2二级，3三级，4其他 | | | | |  | 性质：1公立，2民营，3其他 | | | |
| 序 号 | 药品或医用材料、器械名称 | 生产 厂家 | 规格 | 销售单价（元） | 数据提 取时段 | 上次盘点库存数量 | 期间购进入库数量 | 期间销 售数量 | 本次盘点库存应有数量 | 本次盘点库存实有数量 | 本次盘点数量差（+、-） | 本次盘点金额差（+、-） | 医院收费数量 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注;1.此表供现场核对医院药品和医用材料购销存时使用； | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.对每个医疗机构进行检查时，至少应抽取常用药品和医用材料各5个品种。如抽取药品时可选择抗微生物药物、营养治疗药物、激素及调节内分泌功能药物、抗肿瘤及辅助治疗等类药物；抽取医用材料时可选择日常治疗所用、手术室使用材料等，如留置针、精密输液器，氧气面罩、麻醉导管、心脏支架（导管）等; | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.计算公式：上次盘点库存数量+期间购进入库数量-期间销售数量=本次盘点库存应有数量；本次盘点库存实有数量-本次盘点库存应有数量=本次盘点数量差（盘盈用“+”号表示、盘亏用“-”号表示）； | | | | | | | | | | | | | | |
| 填表单位： 填表人： 复核人： 填表时间： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

附件4

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基本医疗保险结算，清单记录的检查项目和药品费用与医嘱或病人实际使用情况不符。

**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，未经价格主管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，拒绝收治参保病人（尤其是重病人），或者是提前为病人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。**医保经办机构对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.医保医生。**是指具有执业医师或执业助理医师资格，在医保定点医疗机构注册、执业，经医疗保险经办机构登记备案、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。

**11.实际库存量。**当次盘存时，某一品规的药品或耗材的实际库存数量。  
  **12.应有库存量。**某一品规的药品或耗材上次盘存后实际库存数量与上次盘存后至当次盘存的入库数量之和，再与上次盘存后至当次盘存的出库数量之差。  
应有库存数量＝某一品规的药品或耗材经上次盘存后实际库存数量＋上次盘存后至当次盘存的入库数量－上次盘存后至当次盘存的出库数量。  
  **13.挂床住院。**是指住院72小时内无实质性检查治疗，住院期间进行体检式的检查，住院期间参保病人连续向乙方请假2天以上或累计请假3天以上。

**14.重复住院。**是指在同一医院同一主要治疗病种两次住院时间间隔小于14天

**15.分解住院。**以控制指标为由，将未达到出院标准的病人办理出院结算手续后，再办理入院。

阿坝州基本医疗保险

定点零售药店服务协议

(二○二○年度)

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：

法定代表人或委托代理人：

地 址：

邮政编码：

联系电话：

**阿坝州医疗保障局印制**

为保障基本医疗保险（以下简称医保）参保人的合法权益，有效规范定点零售药店服务行为，维护医保基金安全，确保医保事业可持续发展，根据《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国药品管理法》、《处方管理办法》和国家医疗保障局办公室《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）、《四川省城镇职工基本医疗保险定点药店管理暂行办法》等法律法规及相关规定，甲、乙双方在自愿、平等、协商的基础上签订本服务协议。

第一章 总 则

**第一条** 甲、乙双方应当严格遵守国家有关法律、法规，贯彻执行国家、省、以及本统筹地区医保、市场监管、药监等政策规定，为参保人提供医保服务。

**第二条** 双方有权监督对方工作人员严格遵守医疗保险各项规定，向对方提出合理化的建议，举报或投诉对方工作人员的违法违规行为。

双方应当明确并公布举报投诉渠道，对参保人维护合法权益、医保服务质量等方面的举报投诉应当及时核实处理。

**第三条** 双方应当为参保人提供相关咨询服务。甲方应当采取多种方式开展医保政策宣传。乙方应当在本店的显要位置悬挂医保定点零售药店标牌，公布医保基金监督举报电话，并向参保人宣传医保政策、社会保障卡使用结算流程等。

**第四条** 甲方有权对乙方执行医保政策情况、为参保人提供医保服务情况实施监督检查和考核，对乙方的违约行为进行处理。根据乙方违约情节和性质的轻重，依据有关规定和本协议约定，采取约谈、警示通报、限期整改、暂停支付、拒付费用、暂停协议、解除协议、追回违规获取的医保基金等方式处理。必要时有权委托具备资质的第三方机构对乙方的医保业务收支等情况进行审计。

**第五条** 甲方应当及时向乙方通报基本医保政策规定、管理制度及操作规程，并负责组织相关业务培训。指导乙方开展医保服务；及时审核并按规定向乙方支付应由医保基金支付的费用。

**第六条** 乙方应当应当建立健全医保业务内部管理制度，配备专（兼）职管理人员，严格按要求参加甲方召开或组织的医保会议和业务培训，遵守医保有关规定，为参保人员提供购药、医疗器械、医用耗材、辅助器具等（下简称“药品”）、信息查询、密码修改、医保政策咨询等医保服务。

**第七条** 乙方应当按照有关要求配备执业药师，并保证营业时间内在岗在位，负责处方审核、提供用药指导等服务。

**第八条** 乙方应当严格按照市场监管部门的规定采购和销售药品，确保药品质量合格、安全有效。乙方应当建立完善的药品购、销、存管理制度并实行计算机信息系统管理，药品购销记录必须注明药品的通用名称、生产厂家（中药材标明产地）、批准文号、剂型、规格、批号、生产日期、有效期、购（销）单位、购进日期、购（销）价格、购（销）数量、购（销）金额。发票上的购、销单位名称及金额、品名应当与付款流向及金额、品名一致，并与财务账目内容相对应。发票按有关规定保存备查。

乙方应按市场监管部门注册登记的经营范围开展经营，将药品、医用器械、医用耗材与其它商品实行分类管理、分区摆放。

**第九条** 乙方企业名称、经营地址、法人代表（企业负责人）、银行账号、医保负责人、联系电话发生变更的，应当自变更之日起15个工作日内向甲方申报备案。如因变更产生的经济和法律责任由乙方承担。

乙方因违规违约处于暂停协议处理期间或涉嫌违规违约处于调查处理期间等情形，甲方不受理其变更备案。

第二章 购药服务管理

**第十条** 乙方的药品（医疗器械、医用耗材、辅助器具等）应当明码标价，使用社会保障卡和现金购买应当价格一致。参保人使用社会保障卡购药时，乙方提供药品费用清单（包含药品名称、剂型、规格、数量、单价、总价等内容），清单内容与实际购买药品一致，并按要求保存费用清单以备核查。

提供符合税务管理要求的专用发票，并注明医保基金支付金额。严禁虚报费用或串通参保人及第三方骗取医保基金或套取个人账户基金。

**第十一条** 参保人持外配处方到乙方购药时，乙方应当严格按照《处方管理办法》和有关规定调配，并妥善保存处方备查。乙方无正当理由，不得拒绝参保人外配处方购药。对外配处方调配或剂量有疑义时，要及时告知参保人。如因调配不当发生药品安全事故的责任由乙方承担。

**第十二条** 参保人员或代购人在乙方进行刷卡购药时，乙方应当认真查验社会保障卡信息，并要求持卡人本人输入密码，经核实无误后方能进行费用结算。如因乙方操作不当造成参保人员损失的由乙方承担。

**第十三条** 乙方应当对参保人员所购药品的药名、药性、适应症、用法用量、副作用、禁忌等内容履行告知义务。

**第十四条** 乙方对一次性刷卡购药金额在1000元以上的或当日同一张卡购药金额累计达到 元以上的，应当认真查验持卡购药人员身份证，并详细登记持卡购药人员真实姓名、身份证号、住址、联系电话等信息，不得以任何方式回避登记。如乙方违反本规定造成参保人员个人账户损失的，由乙方承担。

**第十五条** 乙方应严格执行医保基金支付范围的规定，不得允许或者协助参保人使用医保基金支付医保规定范围外的商品。

第三章 审核与费用结算管理

**第十六条** 乙方应当按月（每月15日前）向甲方申报上月参保人员使用医保个人账户结算的费用，当年度的费用申报截止日期为次年1月20日，无特殊原因超过申报时限，甲方不予受理，相关费用由乙方自行承担。

**第十七条** 乙方申报结算参保人员个人账户刷卡购药费用时，需出具由甲方所提供的结算软件产生的明细汇总表、结算汇总表，汇总表需加盖乙方财务收费印章。

**第十八条** 甲方对乙方所申报的参保人员使用个人账户结算费用有权进行审核，审核如需乙方提供药品费用清单、处方、收据、账单等相关资料，乙方应当积极配合，并于接到甲方通知后3个工作日内送达甲方，逾期不送达，暂停当月费用拨付。

**第十九条** 甲方对乙方申报的参保人员使用个人账户结算费用，应当在20个工作日内完成审核并向乙方拨付应付金额的90%，剩余部分作为履约保证金，根据协议年度考核结果予以支付。逾期不能拨付的应当向乙方说明原因，乙方不能完整准确提供申报资料的除外。

第四章 信息系统管理

**第二十条** 甲方应当结合医保管理相关规定，指导乙方做好药品、药师等相关信息管理、变更和维护等工作。积极配合甲方建立和完善各类基础数据。

**第二十一条** 乙方应当按照甲方信息系统建设要求，配备相关设备，接入医保结算专用网络，并与互联网或其他网络物理隔离，确保医保结算网络专网专用。乙方在新增刷卡机具时，需主动联系当地医保部门信息化综合管理机构，对接机具使用问题，按照当地医保部门信息化综合管理机构的要求，做好机具管理。乙方应加强对在用PSAM卡密钥的管理，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，并主动告知当地医保部门信息化综合管理机构。

**第二十二条** 未经甲方同意，乙方不得采用任何方式为不具备医保结算资格的分支机构或其他机构提供医保结算专用网络接入。

**第二十三条** 乙方必须严格遵守甲方关于基本医疗保险联网结算支付端计算机系统专网、专机、专用的规定，应当安装甲方批准使用的医保支付结算系统业务软件，不得安装与医保业务无关的软件，不得开展与医保结算无关的应用。

**第二十四条** 乙方应当做好与基本医疗保险结算相关的信息系统维护工作，安装正版杀毒软件及防火墙软件。及时安装操作系统漏洞补丁，杀毒软件、防火墙软件应及时进行升级，并定期对刷卡计算机进行信息安全、病毒查杀等安全排查。切实保障刷卡器、计算机、网络设备等相关设备的正常运行，确保基本医疗保险费用结算的稳定、正常开展。

乙方在开展相关基本医疗保险费用结算操作中，如网络及系统出现故障，应当及时向甲方信息管理部门申报，共同排查解决故障，同时做好对参保人员的解释工作。

**第二十五条** 乙方应当做好参保人员个人信息的安全保护工作，严格执行信息保密制度，保护参保人购药等个人信息隐私，非法泄露个人信息按照国家相关规定追究责任。

**第二十六条** 在甲、乙双方计算机医疗保险网络系统正常运行情况下，乙方不得拒绝参保人员以刷卡方式付费。

乙方应及时开通“四川医保”手机APP扫码支付功能，在参保人员未携带社会保障卡的情况下积极协助参保人开展扫码支付。

**第二十七条** 乙方应当严格按照甲方要求，实时上传参保人购药信息，上传的数据信息须由系统自动生成，确保数据信息真实、准确、完整，并做好数据备份工作。

第五章 监督检查与考核

**第二十八条** 根据监管工作需要，甲方或受甲方委托的第三方机构可定期或不定期对乙方执行医保政策和履行服务协议情况进行检查，有权调取、查看、复印乙方的配方记录、外配处方、账单、收据、药品购销存账目等有关资料，乙方应当积极配合，及时、完整提供有关资料，不得推诿、拒绝和弄虚作假。

**第二十九条** 甲方有权采取在线监控、医保大数据分析等方式对乙方及其从业人员提供的医保服务行为、服务过程及结算费用实行事后、事中、事前监管。

**第三十条** 根据全省医疗保险监管联动机制工作要求，甲方根据服务协议对乙方作出暂停结算、暂停协议、解除协议处理的，省内其他统筹地区可同步执行。甲方有权对乙方为异地参保人员提供的医保服务及产生的费用进行监督检查，并按照本协议相关条款进行处理。

**第三十一条** 甲方根据医保政策和本协议对乙方履行协议的情况进行定期考核，考核结果与续签协议、月度结算剩余部分返还等挂钩，并有权向医保、卫生健康、市场监管部门及定点医药机构、媒体和公众等通报。

## 第六章 协议的签订、变更和终止

**第三十二条** 乙方自愿按规定向甲方提出签订定点服务协议的申请后，甲方依据国家、省及本统筹地区规定的定点零售药店申请条件，组织开展考察评估。符合条件的，双方签订服务协议。

**第三十三条** 协议有效期内，经双方协商一致，可变更本协议相关内容。

**第三十四条** 有下列情形之一的，本协议终止：

(一)协议期满，非甲方原因未与甲方续签协议的；

(二)乙方停业或歇业（特殊情况报备经甲方核实的除外）的；

(三)双方协商一致的；

(四)因不可抗力致使协议不能履行的；

(五)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（解除协议的除外）。终止、解除、缓签协议的，双方应共同做好善后工作。

**第三十五条** 乙方经主管部门批准暂停服务或自行停业、歇业的，应当从批准之日或自行停业、歇业之日起30个工作日内，向经办机构申请保留协议，经批准可暂停协议不超过6个月。超过6个月未恢复正常服务的，双方自动终止协议。待乙方恢复正常服务后，按规定重新申请协议定点。

第七章 违约责任

**第三十六条** 甲方有下列情形之一的，乙方应当要求甲方纠正，也可提请医疗保障行政部门督促甲方整改：

（一）未及时告知乙方医保政策和管理制度、操作流程变化情况的；

（二）未按本协议规定结算、支付医保费用，或设置不合理条件的；

（三）工作人员违反《社会保险工作人员纪律规定》的；

（四）其他违反医保法律、法规的行为。

**第三十七条** 乙方有下列违约行为之一的，甲方可要求乙方限期整改：

(一)未公布医保举报投诉电话、设置医保知识宣传栏的；

(二)未建立医保业务内部管理制度的；

(三)超出注册登记的经营范围开展经营的，商品未分类管理、分区摆放的；

(四)企业名称、经营地址、法定代表人（企业负责人）、银行账号、医保负责人、联系电话发生变更，未在规定时间申报备案的；

(五)处方登记不全或未妥善保管外配处方的；

(六)营业时间内执业药师不在岗的；

(七)医保结算专用网络未与互联网或其他网络物理隔离的，

(八)网络运行正常情况下，拒绝参保人刷卡付费的；

(九)泄露参保人信息或隐私的；

(十)未按要求参加培训或会议2次（含）以上的；

(十一)其他违反医保政策规定，情节轻微的。

**第三十八条** 乙方有下列违约行为之一的，甲方可要求乙方限期整改，视其情节轻重予以暂停支付、拒付违规费用和暂停协议等处理，追回已支付的违规费用，并提请医疗保障行政部门作进一步处理：

(一)未向参保人出具具有刷卡标记的购药发票、清单，出具的发票、清单与实际购买药品品名及金额等不相符合或发票、清单未按规定保存的；

(二)上传的刷卡购药药品明细与参保人实际购药药品明细不一致的；

(三)违反药品价格政策的；

(四)医保刷卡购药价格高于现金购药价格的；

(五)未按《处方管理办法》规定调配药品或超剂量调配药品，擅自更改外配处方的；

(六)允许或者协助参保人使用医保基金支付医保规定范围外的商品的；

(七)未按规定做好参保人（或代购人）购药登记造成其个人账户等医保基金损失的；

(八)药品购、销、存业务报表和财务管理相关资料不能真实、完整反映医保结算情况，或未建立完整的购、销、存台账，或不提供购、销、存台账的；

(九)营业章、收费章、财务专用章与协议名称不一致的；

(十)未经甲方审批同意，为不具备医保结算资格的分支机构提供医保结算专用网络接入的。

(十一)无正当理由在规定时间内拒不执行甲方作出的违约处理决定的；

(十二)其他违反医保政策规定，情节较重的。

**第三十九条** 乙方有下列违约行为之一的，甲方对乙方一律作出解除协议处理，追回已支付的违规费用，并报请医疗保障行政部门进一步处理。乙方被解除协议的，3年内不得申请医保定点。

(一)伪造虚假凭证或串通参保人兑换现金骗取基金的;

(二)为非定点零售药店或其他机构提供费用结算的;

(三)将医保目录范围之外的项目按照目录内项目申报医保结算的;

(四)协议有效期内累计3次被暂停协议或暂停协议期间未按时限要求整改或整改不到位的;

(五)被吊销《药品经营许可证》或《营业执照》的；

(六)拒绝、阻扰或不配合经办机构开展必要监督检查的；

(七)年度考核结果为不合格的;

(八)其他造成严重后果或重大影响的违约行为。

**第四十条** 甲方根据医保政策和本协议等内容对乙方医保服务情况进行年度考核，考核结果与服务协议续签等挂钩，并有权将考核结果向医疗保障行政主管部门、卫生健康部门、市场监管部门、定点医药机构等进行通告。

**第四十一条** 甲方可按照考核办法对乙方的年度考核结果进行排名。考核办法依据《阿坝州基本医疗保险定点医药机构年度考核办法》执行。

**第四十二条** 乙方应积极配合考核办法的实施，主动提供相关资料，不得藏匿、转移和提供虚假材料，不得以任何借口干扰、阻挠考核工作的开展。对藏匿、转移、提供虚假材料，干扰、阻挠考核工作的，甲方直接与其解除服务协议。被解除服务协议的，自解除协议之日起5年内，甲方不与其签订医保服务协议。

**第四十三条** 乙方发生分立、合并的，分立、合并前的违约行为，由分立、合并后的经营主体承担违约责任。乙方股权变动或法定代表人（企业负责人）、企业名称、经营地址发生变更前的违约行为，由变动或变更后的经营主体承担违约责任。

**第四十四条** 乙方违约的，甲方在调查期间可暂停乙方医保服务。乙方因违约被暂停或解除服务协议，造成的所有损失由乙方自行承担。

**第四十五条** 乙方在停止医保业务期间（含暂停协议、解除协议、终止协议等），应在营业场所显要位置进行公告，并向参保人解释说明。因未公告或未解释说明造成不良后果的由乙方负责。

第八章 附 则

**第四十六条** 本协议执行期间，国家法律、法规和政策有调整的，按新规定执行。若新规定与本协议不一致时，双方按照新规定对本协议进行修改和补充。

**第四十七条** 甲乙双方任何一方单方面解除协议，须提前通知对方。

**第四十八条** 本协议有效期自20 年 月 日起至20 年 月 日。协议到期后，因甲方原因未签订新协议的，本协议继续有效，有效期至下一年度协议签订日止。

协议到期后，自甲方通知乙方续签协议之日起 个工作日内，乙方未与甲方续签协议的，视为自动放弃续签协议，本协议终止。

**第四十九条** 甲乙双方在履行协议过程中发生争议的，可通过协商解决。双方协商未果的，由统筹地区医疗保障行政部门进行处理。

未尽事宜，经甲乙双方协商签订补充协议，效力等同于本协议。

**第五十条** 本协议一式二份，甲乙双方各执一份，经甲乙双方签字盖章后生效。

甲方： 乙方：

法人代表： 法人代表：

20 年 月 日 20 年 月 日