医保学习资料

目录

一、 医院月结算费用的申报及结算 1

二、 参保人员待遇介绍 4

三、 医疗保险统筹金不予支付情况 9

四、 系统待遇问题汇总 10

五、 DRG 政策讲解 12

六、 协议部培训内容 14

七、 集采部培训内容 16

八、 定点医疗机构服务协议违约责任章节重点解读 17

8.1 定点医疗机构服务协议违约责任章节 17

8.2 追回违规费用方面的重要条款: 17

8.3 终止协议方面的重要条款: 34

8.4 解除协议方面的重要条款: 35

8.5 结束语 39

一、 医院月结算费用的申报及结算

各定点医疗机构应指定一名操作员专门负责月结算申报工作，要求操作员实名制录入。专门负责申报确认工作的操作员必须严格遵照每月费用申报规定时限进行申报，在每月初前三个工作日（节假日顺延）认真核对上月发生的结算数据，核对无误后及时进行网上申报确认工作，且应于每年 1 月前三个工作日内完成上年度各月月结算费用的对账及申报工作。医保中心经审核按定点医疗机构申报确认数据符合规定的 95%及时拨付，另 5%部分年终经考核评分后一次拨付。因定点医疗机构自身原因晚于约定时限申报的费用，医保中心可视实际情况予以缓结或年终统一结算。

完成费用清算后，医保中心不予分担的医疗费用，医疗机构不得作为医保欠费处理。经核实后属于违规费用的，医保中心不予支付，已经支付给医疗机构的费用，医疗机构应按要求及时退回。医保中心不予支付的费用、医疗机构按医保协议约定被扣除的考核预留金等，医疗机构不得作为医保欠费处理。

（一）职工医保原则上在区域总额预算管理范围内，按上年度实际发生医保统筹支付金额（扣除违规费用等）分别确定 2025 年住院、门诊统筹、门诊慢性病及门诊特殊疾病等总额预算目标额度。

居民医保原则上在区域总额预算管理范围内，按上年度实际发生医保统筹支付金额（扣除违规费用等）的 64.27%分别确定 2025 年住院及门诊统筹等总额预算目标额度，按上年度实际发生医保统筹支付金额（扣除违规费用等）确定 2025 年门诊慢性病及门诊特殊疾病总额预算目标额度。

医保中心根据上述原则确定定点医疗机构总额预算管理参考额度，并将各定点医疗机构年度总额预算管理参考额度，按月平均分配，确定各定点医疗机构月度医疗费用结算额度。定点医疗机构月度申报医疗费用，在月度结算额度之内的，医保中心按协议约定及时拨付；超出月度结算额度的，超支部分暂不予支付。

（二）定点医疗机构年度实际发生医疗费用未超过年度总额预算管理参考额度的，按

照实际发生医疗费用结算；超过年度总额预算管理参考额度的，按照年度区域总额预算管理额度结算、清算。医保中心根据基金运行情况，采取半年/年终清算，清算后，补支付或需扣减金额，纳入次月月结算中，一并完成补支或抵扣计算。

（三）以收治长期住院患者为主的精神类专科医疗机构，实行区域总额管理下按床日付费，精神类疾病患者连续住院超过 (含)30 日，按照相应床日付费医保支付标准支付。连续住院超过 (含)60 日的，采用阶梯付费，并设置阶段床日系数，当病例涉及多个阶梯档次时，采取分段累计的方式。定点医疗机构实际发生基金费用在床日支付标准 90%以下的，按实际发生基金费用进行结算；在床日标准 90%及以上的，按床日标准进行结算。

（四）城镇职工医疗保险、城乡居民医疗保险（不含城

乡居民生育住院），医保中心按每种中医日间病房病种支付限额标准与定点医疗机构结算费用。实际费用高于或等于中医日间病房病种限额标准的，按中医日间病房病种限额标准结算，实际费用低于中医日间病房病种限额标准的，按实际费用结算。

中医日间病房纳入定点医疗机构住院医保支付总控管理，年终视基金结余情况，适当给予补偿。

（五）职工生育医疗费按限额支付，支付标准执行有关规定。生育医疗费结算时，低于限额部分医保中心按实际结算金额支付。参保职工在定点医疗机构发生的生育医疗费用和计划生育医疗费用，个人自付部分可使用职工基本医疗保险个人账户支付。参保职工生育或计划生育手术时并发症的费用由生育医疗费支付。参保女职工怀孕期间或生育后因生育引起并发症的医疗费用，按照职工基本医疗保险有关规定执行。

（六）定点机构医疗保障信息平台（费用申报）账户及密码问题

账户：定点机构编号_01

初始密码：1qaz!QAZ

注意：

1. 新定点医疗机构：在密钥下发的同时工程师会赋申报平台的登录权限，密钥下发后使用账户及初始密码进行登录并立即修改密码，并做好密码存档工作。

2. 老定点医疗机构（成功申报过费用的定点机构）：如因忘记密码等原因，出现登录密码错误的问题，请后续在结算群共享文档内说明情况并反馈问题，每月 7 日工程师会统一进行处理。

（七）定点医疗机构医保费用未及时到账原因

定点医疗机构正常运行，无违规暂停拨付及扣款的前提下，可了解具体未到账原因:

1. 未进行申报确认。
2. 未及时申报确认，具体申报确认时间超过每月前 3 个工作日。
3. 未申报银行账户信息，户名、账号为“空”，需提交银行账户信息。
4. 定点医疗机构名称与户名不一致，定点医疗机构名称变更的应同时提交银行账户信息。
5. 账号信息有误，需重新提交银行账户信息。

定点医疗机构也可持单位介绍信或单位公章到审核结算部现场进一步查询。

二、 参保人员待遇介绍

（一）最高支付限额

一个自然年度内城镇职工医疗保险基金最高支付限额 50 万元。

一个自然年度内城乡居民医疗保险基金最高支付限额 18 万元。

（二）普通住院结算

参保人员在定点医疗机构住院发生的医保统筹范围内医疗费用超过医疗保险统筹金起付标准以上，最高支付限额以下部分，个人按以下部分负担：

表 2.1：哈尔滨市城镇职工住院支付标准及比例

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">城镇职工
就医类别</td><td rowspan="2">住院起付标准（元）</td><td colspan="2">起付线 — 15 万元统筹基金支付</td><td colspan="2">15 万元 — 50 万元大额基金支付</td></tr>
<tr><td>在职</td><td>退休</td><td>在职</td><td>退休</td></tr>
<tr><td rowspan="6">哈市定点医院就医</td><td>无等级医院</td><td>200</td><td rowspan="4">90%</td><td rowspan="4">93%</td><td rowspan="4">90%</td><td rowspan="4">93%</td></tr>
<tr><td>一级定点医院</td><td>240</td></tr>
<tr><td>二级定点医院</td><td>480</td></tr>
<tr><td>三级定点医院</td><td>720</td></tr>
<tr><td>精神病患者在精神病专科定点医院</td><td>0</td><td colspan="2">90%</td><td colspan="2">90%</td></tr>
<tr><td>传染病患者在传染病专科定点医院</td><td>0</td><td>95%</td><td>98%</td><td>95%</td><td>98%</td></tr>
</table>

表 2.1: 哈尔滨市城镇职工住院支付标准及比例

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">城镇职工
就医类别</td><td rowspan="2">住院起付
标准
（元）</td><td colspan="2">起付线 — 15 万
元统筹基金支付</td><td colspan="2">15 万元 — 50 万元
大额基金支付</td></tr>
<tr><td>在职</td><td>退休</td><td>在职</td><td>退休</td></tr>
<tr><td rowspan="4">异地转诊</td><td>无等级医院</td><td>200</td><td rowspan="4">85%</td><td rowspan="4">88%</td><td rowspan="4">85%</td><td rowspan="4">88%</td></tr>
<tr><td>一般定点医院</td><td>240</td></tr>
<tr><td>二级定点医院</td><td>480</td></tr>
<tr><td>三级定点医院</td><td>720</td></tr>
<tr><td rowspan="4">异地急诊、
自由转诊</td><td>无等级医院</td><td>200</td><td rowspan="4">80%</td><td rowspan="4">83%</td><td rowspan="4">80%</td><td rowspan="4">83%</td></tr>
<tr><td>一级定点医院</td><td>240</td></tr>
<tr><td>二级定点医院</td><td>480</td></tr>
<tr><td>三级定点医院</td><td>720</td></tr>
<tr><td colspan="7">注：1、住院小人负担费用包括：起付标准部分、先行自付部分、超限价部分、自费部分及统筹范围内的自付部分。
2、参保职工一个自然年度内第二次住院起付标准降低 15%，多次住院的执行第 2 次住院起付标准
3、传染病专科定点医疗机构有哈尔滨市第六医院，黑龙江省传染病医院和哈尔滨市胸科医院</td></tr>
</table>

表 2.2: 哈尔滨市城乡居民住院支付标准及比例

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">就医类别</td><td rowspan="2">住院起付
标准
（元）</td><td colspan="2">超过标准以上至最高
支付限额以下统筹
基金支付比例</td></tr>
<tr><td>学生儿童</td><td>成人居民</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td>无等级医院</td><td>100</td><td>90%</td><td>90%</td></tr>
<tr><td>一级及以下医院</td><td>240</td><td>90%</td><td>90%</td></tr>
<tr><td>二级医疗医院</td><td>480</td><td>80%</td><td>80%</td></tr>
</table>

表 2.2: 哈尔滨市城乡居民住院支付标准及比例

就医类别		住院起付标准（元）	超过标准以上至最高支付限额以下统筹基金支付比例	
			学生儿童	成人居民
	三级医疗医院	720	80%	70%
	精神疾病专业医院、专科医院	0	85%	85%
	肺结核患者在专科定点医院	0	85%	85%
	耐多药肺结核患者在专科定点医院	0	90%	90%
	其他传染病患者在传染病院专科定点医院	0	85%	70%
异地转诊	无等级医院	100	85%	85%
	一级及以下医院	240	85%	85%
	二级医疗医院	480	75%	75%
	三级医疗医院	720	75%	65%
异地急诊、自由转诊	无等级医院	100	80%	80%
	一级及以下医院	240	80%	80%
	二级医疗医院	480	70%	70%
	三级医疗医院	720	70%	60%

1、参保职工住院所发生的医疗费用，由基本医疗保险基金和参保职工按比例承担。

（1）个人应承担部分包括：

① 全额自费（超出基本医疗保险三个目录以外的药品、诊疗项目、服务设施，

超出物价规定部分）；

② 先行自付金额（使用乙类药品或诊疗及服务设施中乙类项目，个人先自付一定比例）；

③ 起付标准（按定点医疗机构级别确定的个人支付部分）；

④ 起付标准以上最高支付限额以下需由个人按比例负担的费用。

2、实例：（以普通在职人员在三级定点医疗机构住院就医为例，具体数据见上表）

计算方法：

第一步：统筹范围内金额=医疗费总额 10000 元-全额自费部分 1000 元-先自付部分 500 元-超限价金额 500 元=8000 元

第二步：统筹范围内金额 8000 元-起付标准 720 元=7280 元

第三步：起付标准以上最高支付限额以下需由个人按比例负担金额=（8000-720）×10%=728 元

第四步：医疗保险基金支付金额=（8000-720）×90%=6552 元

个人承担金额=全额自费+先行自付金额+超限价自费金额+起付标准+起付标准以上最高支付限额以下需由个人按比例负担金额=1000 元+500 元+500 元+720 元+728 元=3448 元

（三）门诊待遇结算

1. 全职工门诊共济待遇

2023 年 1 月 1 日起，哈尔滨市职工医疗保险参保人在门诊统筹定点医疗机构发生的门（急）诊医保政策范围内医药费用，起付线以上最高支付限额以下部分由统筹基金按比例予以支付。

政策覆盖范围：

9.5%缴费的参保人员及 6.5%缴费的退休人员直接享受门诊共济保障。

哈尔滨市城镇职工医疗保险参保人员因未生成缴费计划、缴费未到账或有欠缴等情况导致未及时享受门诊共济待遇的，须在就医时先行使用医保结算，待待遇正常后可到所就诊的定点医药机构进行退结算并重新结算。

一个自然年度内，职工医保参保人员在门诊就医发生的政策范围内医疗费用，普通门诊统筹年度累计起付标准为 400 元，在职人员一级及以下基层医疗机构支付比例为 70%，二级医疗机构支付比例为 60%、三级医疗机构支付比例为 50%，退休人员按照医疗机构级别支付比例相应提高 5 个百分点。统筹基金年度最高支付限额 3，000 元，计入职工医疗保险年度最高支付限额之内。详见下表：

表 2.3：哈尔滨市城镇职工门诊共济支付标准及比例

人员类别	医院等级	起付标准	起付线 — 3000 元 (统筹基金)
在职	三级	400 元	50%
	二级		60%
	一级及以下		70%
退休	三级	400 元	55%
	二级		65%
	一级及以下		75%

2. 城乡居民门诊统筹待遇

表 2.4：哈尔滨市城镇职工门诊共济支付标准及比例

医疗机构等级表	起付标准	普通门诊	
		统筹基金支付比例	一个年度内，统筹基金最高支付限额
一级及无等级	0 元	70%	500 元
二级		60%	
三级		50%	

3. 城乡居民意外伤害门诊

学生儿童因意外伤害在定点医院发生的统筹支付范围内门诊医疗费用，起付标准为 100 元，统筹基金支付比例为 50%，一个年度内最多支付 1000 元。

三、 医疗保险统筹金不予支付情况

下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围:

（一）应当从工伤保险基金中支付的

（二）应当由第三人负担的

（三）应当由公共卫生负担的

（四）在境外就医的

医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金先行支付后，有权向第三人追偿。

四、 系统待遇问题汇总

（一）出院结算，医保支付 0

需要到医保系统查询该人员情况，人员参保是否正常，待遇检查是否正常，如待遇检查显示欠费，需到内审复核部进行补费并费用到账后，再到医疗机构进行费用结算。

（二）在定点医疗机构住院，显示无法办理住院，存在在院信息怎么办?

需要参保人联系存在在院信息的医疗机构医保办，由医疗机构医保办工作人员与审核结算部沟通解决。

（三）参保人怀疑在药店或者医院刷个人账户金额不对，如何查询?

登录黑龙江政务服务网（https://hrb.zwfw.hlj.gov.cn/）先登录 —— 点击个人办事 —— 选择并点击“哈尔滨” —— 选择并点击“医疗保障局” —— 选择“职工医保个人医疗消费信息查询”或“个人账户明细查询”，点击“在线办理”后，可进行查询。

（四）医保住院，有二次报销吗?

医保住院无二次报销，在医疗机构一站式结算（除有商业保险的医疗救助人员）。

（五）职工医保住院如何启动大病救助金?

职工医保，无需个人启动“大病救助金”，年度内医保报销达到一定金额，自动启动，无需人为启动。（大病救助金与统筹基金只是医保资金渠道不同而设定的名称而已）

（六）医保新系统上线前已经进行过家庭共济账户绑定的还需要重新办理绑定吗?

新系统上线前已绑定共济关系的哈尔滨市参保人可以直接启动共济账户，无需重新办理绑定。如共济人不再使用共济账户，须及时办理解除绑定，以免造成

不必要的麻烦。

五、 DRG 政策讲解

（一）加强医保结算清单管理

各医疗机构应加强医保基金结算清单质量管理，严格按照《医疗保障基金结算清单填写规范》要求，正确使用各项医保业务标准编码，规范填写清单信息。建立医疗保障基金结算清单质量控制制度，上传医保信息平台的数据应经过本机构内质控。在参保人员办理出院 7 个工作日内，上传医保结算清单等信息。对 DRG 付费定点医疗机构医保结算清单上传不及时及质控不通过的，不予结算。

1. 医保结算清单填报及上传应符合完整性、准确性、合理性、及时性的相关要求。
2. DRG 付费定点医疗机构，应设置病案编码管理人员，建立病案与编码质量核验流程，落实院内病案质控管理措施。
3. DRG 付费定点医疗机构应通过医疗保障信息平台相关接口主动查询“医疗保障基金结算清单”质控、分组等信息，并及时完成医保结算清单的补传、修改工作。

（二）加强电子病历上传管理

住院电子病历应于参保人员出院 7 个工作日内上传。各医疗机构应按照电子病历上传有关规定及时完整上传电子病历，上传字段应符合国家基线版接口文档标准。未及时上传电子病历的，所对应的医保结算费用不予支付。

（三）DRG 结算清算管理

DRG 付费实行区域总额预算管理。全市统筹区域内开通 DRG 付费的医疗机构纳入区域总额预算范围，各医疗机构不设单独的预算指标。医保部门按相关规定向医疗机构预付周转金，以医疗机构上年度住院基金实际发生额 ×90

（四）DRG 特例单议机制

根据 DRG 付费结算办法，建立专家评审机制。对特例单议、0000、QY 等病例开展专家评审，专家评审意见作为支付主要依据。

（五）医保结算清单填报

1. 主要诊断

(1) 主要诊断定义：经医疗机构诊治确定的导致患者本次住院就医主要原因的疾病（或健康状况）。

(2) 主要诊断一般应该是：
一是消耗医疗资源最多。
二是对患者健康危害最大。
三是影响住院时间最长。

2. 其他诊断

(1) 其他诊断定义：住院时并存的、后来发生的、或是影响所接受的治疗和/或住院时间的情况。包括并发症和合并症。一是并发症：指与主要诊断存在因果关系，主要诊断直接引起的病症。二是合并症：指与主要诊断和并发症非直接相关的另外一种疾病。但对本次医疗过程有一定影响。（不包括对当前住院没有影响的早期住院的诊断）

(2) 其他诊断仅包括那些影响患者本次住院医疗过程的附加病症，这些附加病症包括：需要进行临床评估；或治疗；或诊断性操作；或延长住院时间；或增加护理和/或监测。患者既往发生的病症及治疗情况，对本次住院主要诊断和并发症的诊断、治疗及预后有影响的，应视为合并症填写在其他诊断。如果既往史或家族史对本次治疗有影响时，ICD-10 中 280-287 对应的病史应填写在其他诊断。如果出院时某其他诊断仍为“疑似”的不确定诊断，应按照确定的诊断编码。

六、 协议部培训内容

一、视频监控

1. 第五十九条 乙方应按医保部门要求在结算窗口、机构出入门口及药局等重点位置安装视频监控设备（其中至少两个 AI 摄像头），应具备 24 小时视频监控系统，规范管理，确保视频监控设备正常运行，原始视频资料保存应不少于 6 个月。甲方在监督检查过程中，有权调取、查看、复制、封存参保人员诊疗的原始视频资料，有权询问当事人和其他知情人员，乙方应予配合。

2. 第八十六条（二十二）未按甲方规定配合使用视频监控系统，且未造成相关违法违规违约事实的，暂停拨付医保费用。

   解读：乙方应按医保部门要求在结算窗口、机构出入门口及药局等重点位置安装视频监控设备，视频监控保存不少于 6 个月，这条一定要注意！！！

二、基本信息变更

1. 第一百条 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，在“医疗保障信息业务编码标准数据库动态维护平台”（https://code.nhsa.gov.cn/）维护，并向甲方提出变更备案申请。其他一般信息变更应及时书面告知。

   乙方变更注册地址的（实际营业地址不变的除外），应提前 5 个工作日告知医保经办机构，医保经办机构暂停医疗保障基金结算。完成变更后，定点医药机构应在规定时限内向医保经办机构提出现场评估申请，经评估符合定点条件的，恢复医疗保障基金结算；不符合定点条件的，医保协议终止。

2. 八十九条（六）被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的，解除协议。

解读：此条款非常重要，定点医疗机构以上信息发生变更。一定要在 30 个工作日内向市医保经办机构进行报备，网站地址：https://hrbybj.harbin.gov.cn/#/login，登录首页下载操作手册，否则将解除服务协议。

2025 年协议又新增地址变更要求，各定点医疗机构一定要认真学习，变更注册地址的（实际营业地址不变的除外），应提前 5 个工作日告知甲方，甲方暂停医疗保障基金结算。完成变更后，定点医药机构应在规定时限内向医保经办机构提出现场评估申请，经评估符合定点条件的，恢复医疗保障基金结算；不符合定点条件的，医保协议终止。

七、 集采部培训内容

乙方为公立医疗机构（含军队医疗机构）的，所使用的药品、医用耗材应当在黑龙江医保信息平台招采子系统中按规定流程进行采购，医药采购平台没有挂网的药品或耗材，应第一时间在平台进行备案。

参与集采的医疗机构应按照要求精准客观报量；优先选择中选产品序时采购，不得以任何理由拒绝中选产品进入本机构、配备使用。严格执行非中选产品的采购比例，不搞“一刀切”；按时完成约定采购量；根据医保工作要求，及时准确上报有关采购数据。

甲方按照集中带量采购规定对乙方支付集采药品和医用耗材的预付周转金，如乙方不需要可提供放弃说明。乙方务必在集采中选产品协议期结束最后一个月返还预付周转金，一般情况下由甲方在乙方的月结算中抵扣，特殊情况不能抵扣的，甲方将通知乙方在规定时间内返还，未及时返还的，甲方将暂停乙方的月结算资金。

八、 定点医疗机构服务协议违约责任章节重点解读

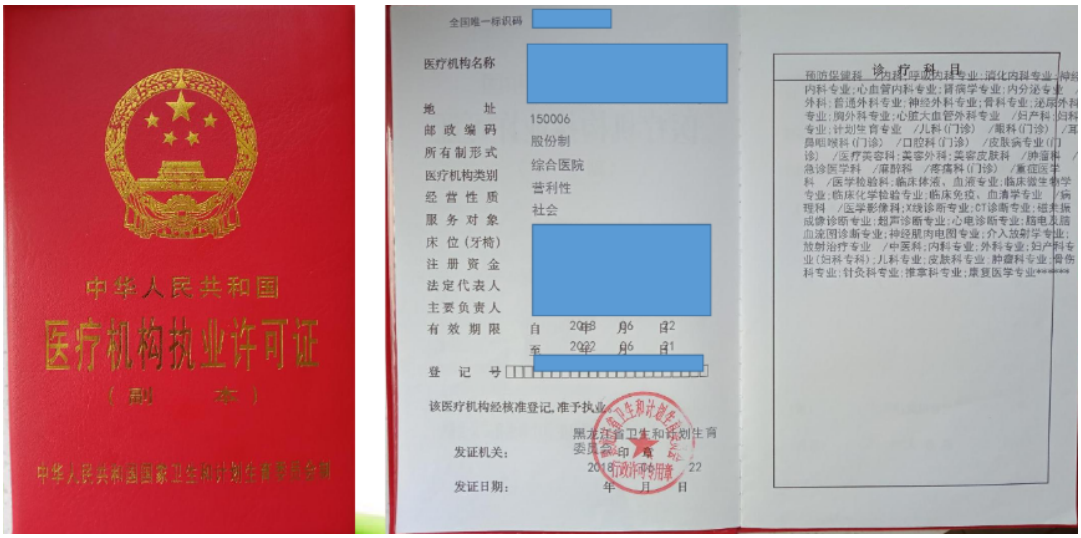
稽核部

定点医疗机构服务协议违约责任章节

按照 2025 年定点医疗机构服务协议第九章违约责任章节，医院违规情形分为多个等级条款，分别是约谈、暂停拨付医保费用、追回违规费用、中止协议、解除协议、移交医疗保障行政部门。每个等级条款包含若干项。

追回违规费用方面的重要条款：

一、超出《医疗机构执业许可证》诊疗科目开展医疗服务并纳入医保基金支付的。



案例：盘锦慢性病医院医保基金违规使用案

经查，盘锦慢性病医院存在违反卫生行政部门有关执业、诊疗规定超范围经营行为，在《医疗机构执业许可证》变更增设儿科、医学影像科和办理《放射诊疗许可证》之前上传相关医保患者就医信息并结算报销医保费用，共计 15.95 万元。医保部门依据《盘锦市基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议书（2020 版）》有关规定，追回基金 15.95 万元。

二、未开展药品、医用耗材进销存管理，或者未建立药品、医用耗材的进销存电子台账以及留存相关凭证、票据的；已建立药品、医用耗材进销存台账，但台账不能做到账账、账实、账证等相符的；未实时、准确上传进销存数据的。

注意：

- 进销存核查是通过核对定点医疗机构的药品、医用耗材入库记录（进货记录）、库存记录、出库记录（销售记录），三者是否能够对应上，正常关系为：出库数量=入库数量+期初库存数量-期末库存数量。
- 同时，出库数量应大于等于上传市医保系统的结算数量。

案例：常州市新北区三井街道中央花园社区卫生服务站医保基金违规使用案

2020 年 1 月至 2 月期间，常州市新北区三井街道中央花园社区卫生服务站药品随货清单与销售出库清单数量不匹配，存在空刷医保卡、以药换药等违规行为。

2020 年 2 月，常州市医保部门依法依规作出处理：

（1）追回违法违规使用的医保基金 0.58 万元；

（2）处违约金 11.73 万元；

（3）暂停该药店医保服务协议 9 个月。

（4）将该线索移交公安部门侦办，2020 年 7 月，钟楼区人民法院作出判决：陈某某等 5 人犯诈骗罪，分别判处有期徒刑二年至三个月不等，退回账款 5 万元，处罚金 12.5 万元。

三、过度检查、过度诊疗。

- 过度诊疗：指医疗服务提供方违反诊疗规范实施不必要的诊疗项目或实施与疾病关联性不高的诊疗的行为。
- 过度检查：指医疗服务提供方违反诊疗规范实施不必要或与疾病关联性不高的检查项目的行为。

案例：岳阳福颐爱心护理医院医保基金违规使用案

经查，岳阳福颐爱心护理医院“精神护理观察量表”和“日常生活能力评定”超出常规评定频次，大多数病人中医理疗项目每天多达 8 项以上，存在过度检查、过度治疗的行为。目前，医保部门对涉及的违规费用 448290 元已经全部追回。

四、超量开药。指超过规定剂量开药的行为。

中华人民共和国卫生部令

第　53　号

《处方管理办法》已于 2006 年 11 月 27 日经卫生部部务会议讨论通过，现予发布，自 2007 年 5 月 1 日起施行。

部　长　高　强

二〇〇七年二月十四日

处方管理办法

第一章　总　　则

第一条　为规范处方管理，提高处方质量，促进合理用药，保障医疗安全，根据《执业医师法》、《药品管理法》、《医疗机构管理条例》、《麻醉药品和精神药品管理条例》等有关法律、法规，制定本办法。

第二条　本办法所称处方，是指由注册的执业医师和执业助理医师（以下简称医师）在诊疗活动中为患者开具的、由取得药学专业技术职务任职资格的药学专业技术人员（以下简称药师）审核、调配、核对，并作为患者用药凭证的医疗文书。处方包括医疗机构病区用药医嘱单。

本办法适用于与处方开具、调剂、保管相关的医疗机构及其人员。

第三条　卫生部负责全国处方开具、调剂、保管相关工作的监督管理。

县级以上地方卫生行政部门负责本行政区域内处方开具、调剂、保管相关工作的监督管理。

第四条　医师开具处方和药师调剂处方应当遵循安全、有效、经济的原则。

处方药应当凭医师处方销售、调剂和使用。

第二章　处方管理的一般规定

第五条　处方标准（附件 1）由卫生部统一规定，处方格式由省、自治区、直辖市卫生行政部门（以下简称省级卫生行政部门）统一制定，处方由医疗机构按照规定的标准和格式印制。

第六条　处方书写应当符合下列规则：

（一）患者一般情况、临床诊断填写清晰、完整，并与病历记载相一致。

（二）每张处方限于一名患者的用药。

（三）字迹清楚，不得涂改；如需修改，应当在修改处签名并注明修改日期。

（四）药品名称应当使用规范的中文名称书写，没有中文名称的可以使用规范的英文名称书写；医疗机构或者医师、药师不得自行编制药品缩写名称或者使用代号；书写药品名称、剂量、规格、用法、用量要准确规范，药品用法可用规范的中文、英文、拉丁文或者缩写体书写，但不得使用“遵医嘱”、“自用”等含糊不清字句。

（五）患者年龄应当填写实足年龄，新生儿、婴幼儿写日、月龄，必要时要注明体重。

（六）西药和中成药可以分别开具处方，也可以开具一张处方，中药饮片应当单独开具处方。

（七）开具西药、中成药处方，每一种药品应当另起一行，每张处方不得超过 5 种药品。

（八）中药饮片处方的书写，一般应当按照“君、臣、佐、使”的顺序排列；调剂、煎煮的特殊要求注明在药品右上方，并加括号，如布包、先煎、后下等；对饮片的产地、炮制有特殊要求的，应当在药品名称之前写明。

（九）药品用法用量应当按照药品说明书规定的常规用法用量使用，特殊情况需要超剂量使用时，应当注明原因并再次签名。

（十）除特殊情况外，应当注明临床诊断。

（十一）开具处方后的空白处划一斜线以示处方完毕。

（十二）处方医师的签名式样和专用签章应当与院内药学部门留样备查的式样相一致，不得任意改动，否则应当重新登记留样备案。

第七条　药品剂量与数量用阿拉伯数字书写。剂量应当使用法定剂量单位：重量以克（g）、毫克（mg）、微克（μg）、纳克（ng）为单位；容量以升（L）、毫升（ml）为单位；国际单位（IU）、单位 (U)；中药饮片以克（g）为单位。

片剂、丸剂、胶囊剂、颗粒剂分别以片、丸、粒、袋为单位；溶液剂以支、瓶为单位；软膏及乳膏剂以支、盒为单位；注射剂以支、瓶为单位，应当注明含量；中药饮片以剂为单位。

第三章　处方权的获得

第八条　经注册的执业医师在执业地点取得相应的处方权。

经注册的执业助理医师在医疗机构开具的处方，应当经所在执业地点执业医师签名或加盖专用签章后方有效。

第九条　经注册的执业助理医师在乡、民族乡、镇、村的医疗机构独立从事一般的执业活动，可以在注册的执业地点取得相应的处方权。

第十条　医师应当在注册的医疗机构签名留样或者专用签章备案后，方可开具处方。

第十一条　医疗机构应当按照有关规定，对本机构执业医师和药师进行麻醉药品和精神药品使用知识和规范化管理的培训。执业医师经考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品的处方权，药师经考核合格后取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格。

医师取得麻醉药品和第一类精神药品处方权后，方可在本机构开具麻醉药品和第一类精神药品处方，但不得为自己开具该类药品处方。药师取得麻醉药品和第一类精神药品调剂资格后，方可在本机构调剂麻醉药品和第一类精神药品。

第十二条　试用期人员开具处方，应当经所在医疗机构有处方权的执业医师审核、并签名或加盖专用签章后方有效。

第十三条　进修医师由接收进修的医疗机构对其胜任本专业工作的实际情况进行认定后授予相应的处方权。

第四章　处方的开具

第十四条　医师应当根据医疗、预防、保健需要，按照诊疗规范、药品说明书中的药品适应证、药理作用、用法、用量、禁忌、不良反应和注意事项等开具处方。

开具医疗用毒性药品、放射性药品的处方应当严格遵守有关法律、法规和规章的规定。

第十五条　医疗机构应当根据本机构性质、功能、任务，制定药品处方集。

第十六条　医疗机构应当按照经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称购进药品。同一通用名称药品的品种，注射剂型和口服剂型各不得超过 2 种，处方组成类同的复方制剂 1～2 种。因特殊诊疗需要使用其他剂型和剂量规格药品的情况除外。

第十七条　医师开具处方应当使用经药品监督管理部门批准并公布的药品通用名称、新活性化合物的专利药品名称和复方制剂药品名称。

医师开具院内制剂处方时应当使用经省级卫生行政部门审核、药品监督管理部门批准的名称。

医师可以使用由卫生部公布的药品习惯名称开具处方。

第十八条　处方开具当日有效。特殊情况下需延长有效期的，由开具处方的医师注明有效期限，但有效期最长不得超过 3 天。

第十九条　处方一般不得超过 7 日用量；急诊处方一般不得超过 3 日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

医疗用毒性药品、放射性药品的处方用量应当严格按照国家有关规定执行。

第二十条　医师应当按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则，开具麻醉药品、第一类精神药品处方。

第二十一条　门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的，首诊医师应当亲自诊查患者，建立相应的病历，要求其签署《知情同意书》。

病历中应当留存下列材料复印件：

（一）二级以上医院开具的诊断证明；

（二）患者户籍簿、身份证或者其他相关有效身份证明文件；

（三）为患者代办人员身份证明文件。

第二十二条　除需长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者外，麻醉药品注射剂仅限于医疗机构内使用。

第二十三条　为门（急）诊患者开具的麻醉药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。

第一类精神药品注射剂，每张处方为一次常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 7 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 3 日常用量。哌醋甲酯用于治疗儿童多动症时，每张处方不得超过 15 日常用量。

第二类精神药品一般每张处方不得超过 7 日常用量；对于慢性病或某些特殊情况的患者，处方用量可以适当延长，医师应当注明理由。

第二十四条　为门（急）诊癌症疼痛患者和中、重度慢性疼痛患者开具的麻醉药品、第一类精神药品注射剂，每张处方不得超过 3 日常用量；控缓释制剂，每张处方不得超过 15 日常用量；其他剂型，每张处方不得超过 7 日常用量。

第二十五条　为住院患者开具的麻醉药品和第一类精神药品处方应当逐日开具，每张处方为 1 日常用量。

第二十六条　对于需要特别加强管制的麻醉药品，盐酸二氢埃托啡处方为一次常用量，仅限于二级以上医院内使用；盐酸哌替啶处方为一次常用量，仅限于医疗机构内使用。

第二十七条　医疗机构应当要求长期使用麻醉药品和第一类精神药品的门（急）诊癌症患者和中、重度慢性疼痛患者，每 3 个月复诊或者随诊一次。

第二十八条　医师利用计算机开具、传递普通处方时，应当同时打印出纸质处方，其格式与手写处方一致；打印的纸质处方经签名或者加盖签章后有效。药师核发药品时，应当核对打印的纸质处方，无误后发给药品，并将打印的纸质处方与计算机传递处方同时收存备查。

第五章　处方的调剂

第二十九条　取得药学专业技术职务任职资格的人员方可从事处方调剂工作。

第三十条　药师在执业的医疗机构取得处方调剂资格。药师签名或者专用签章式样应当在本机构留样备查。

第三十一条　具有药师以上专业技术职务任职资格的人员负责处方审核、评估、核对、发药以及安全用药指导；药士从事处方调配工作。

第三十二条　药师应当凭医师处方调剂处方药品，非经医师处方不得调剂。

第三十三条　药师应当按照操作规程调剂处方药品：认真审核处方，准确调配药品，正确书写药袋或粘贴标签，注明患者姓名和药品名称、用法、用量，包装；向患者交付药品时，按照药品说明书或者处方用法，进行用药交待与指导，包括每种药品的用法、用量、注意事项等。

第三十四条　药师应当认真逐项检查处方前记、正文和后记书写是否清晰、完整，并确认处方的合法性。

第三十五条　药师应当对处方用药适宜性进行审核，审核内容包括：

（一）规定必须做皮试的药品，处方医师是否注明过敏试验及结果的判定；

（二）处方用药与临床诊断的相符性；

（三）剂量、用法的正确性；

（四）选用剂型与给药途径的合理性；

（五）是否有重复给药现象；

（六）是否有潜在临床意义的药物相互作用和配伍禁忌；

（七）其它用药不适宜情况。

第三十六条　药师经处方审核后，认为存在用药不适宜时，应当告知处方医师，请其确认或者重新开具处方。

药师发现严重不合理用药或者用药错误，应当拒绝调剂，及时告知处方医师，并应当记录，按照有关规定报告。

第三十七条　药师调剂处方时必须做到“四查十对”：查处方，对科别、姓名、年龄；查药品，对药名、剂型、规格、数量；查配伍禁忌，对药品性状、用法用量；查用药合理性，对临床诊断。

第三十八条　药师在完成处方调剂后，应当在处方上签名或者加盖专用签章。

第三十九条　药师应当对麻醉药品和第一类精神药品处方，按年月日逐

日编制顺序号。

第四十条　药师对于不规范处方或者不能判定其合法性的处方，

第四十一条　医疗机构应当将本机构基本用药供应目录内同类药品相关信息告知患者。

第四十二条　除麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和儿科处方外，医疗机构不得限制门诊就诊人员持处方到药品零售企业购药。

第六章　监督管理

第四十三条　医疗机构应当加强对本机构处方开具、调剂和保管的管理。

第四十四条　医疗机构应当建立处方点评制度，填写处方评价表（附件2），对处方实施动态监测及超常预警，登记并通报不合理处方，对不合理用药及时予以干预。

第四十五条　医疗机构应当对出现超常处方3次以上且无正当理由的医师提出警告，限制其处方权；限制处方权后，仍连续2次以上出现超常处方且无正当理由的，取消其处方权。

第四十六条　医师出现下列情形之一的，处方权由其所在医疗机构予以取消：

（一）被责令暂停执业；

（二）考核不合格离岗培训期间；

（三）被注销、吊销执业证书；

（四）不按照规定开具处方，造成严重后果的；

（五）不按照规定使用药品，造成严重后果的；

（六）因开具处方牟取私利。

第四十七条　未取得处方权的人员及被取消处方权的医师不得开具处方。未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师不得开具麻醉药品和第一类精神药品处方。

第四十八条　除治疗需要外，医师不得开具麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品和放射性药品处方。

第四十九条　未取得药学专业技术职务任职资格的人员不得从事处方调剂工作。

第五十条　处方由调剂处方药品的医疗机构妥善保存。普通处方、急诊处方、儿科处方保存期限为1年，医疗用毒性药品、第二类精神药品处

方保存期限为 2 年，麻醉药品和第一类精神药品处方保存期限为 3 年。

处方保存期满后，经医疗机构主要负责人批准、登记备案，方可销毁。

第五十一条　医疗机构应当根据麻醉药品和精神药品处方开具情况，按照麻醉药品和精神药品品种、规格对其消耗量进行专册登记，登记内容包括发药日期、患者姓名、用药数量。专册保存期限为 3 年。

第五十二条　县级以上地方卫生行政部门应当定期对本行政区域内医疗机构处方管理情况进行监督检查。

县级以上卫生行政部门在对医疗机构实施监督管理过程中，发现医师出现本办法第四十六条规定情形的，应当责令医疗机构取消医师处方权。

第五十三条　卫生行政部门的工作人员依法对医疗机构处方管理情况进行监督检查时，应当出示证件；被检查的医疗机构应当予以配合，如实反映情况，提供必要的资料，不得拒绝、阻碍、隐瞒。

第七章　法律责任

第五十四条　医疗机构有下列情形之一的，由县级以上卫生行政部门按照《医疗机构管理条例》第四十八条的规定，责令限期改正，并可处以 5000 元以下的罚款；情节严重的，吊销其《医疗机构执业许可证》：

（一）使用未取得处方权的人员、被取消处方权的医师开具处方的；

（二）使用未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师开具麻醉药品和第一类精神药品处方的；

（三）使用未取得药学专业技术职务任职资格的人员从事处方调剂工作的。

第五十五条　医疗机构未按照规定保管麻醉药品和精神药品处方，或者未依照规定进行专册登记的，按照《麻醉药品和精神药品管理条例》第七十二条的规定，由设区的市级卫生行政部门责令限期改正，给予警告；逾期不改正的，处 5000 元以上 1 万元以下的罚款；情节严重的，吊销其印鉴卡；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员，依法给予降级、撤职、开除的处分。

第五十六条　医师和药师出现下列情形之一的，由县级以上卫生行政部门按照《麻醉药品和精神药品管理条例》第七十三条的规定予以处罚：

（一）未取得麻醉药品和第一类精神药品处方资格的医师擅自开具麻醉药品和第一类精神药品处方的；

（二）具有麻醉药品和第一类精神药品处方医师未按照规定开具麻醉药品和第一类精神药品处方，或者未按照卫生部制定的麻醉药品和精神药品临床应用指导原则使用麻醉药品和第一类精神药品的；

（三）药师未按照规定调剂麻醉药品、精神药品处方的。

第五十七条　医师出现下列情形之一的，按照《执业医师法》第三十七条的规定，由县级以上卫生行政部门给予警告或者责令暂停六个月以上一年以下执业活动；情节严重的，吊销其执业证书：

（一）未取得处方权或者被取消处方权后开具药品处方的；

（二）未按照本办法规定开具药品处方的；

（三）违反本办法其他规定的。

第五十八条　药师未按照规定调剂处方药品，情节严重的，由县级以上卫生行政部门责令改正、通报批评，给予警告；并由所在医疗机构或者其上级单位给予纪律处分。

第五十九条　县级以上地方卫生行政部门未按照本办法规定履行监管职责的，由上级卫生行政部门责令改正。

第八章　附　　则

第六十条　乡村医生按照《乡村医生从业管理条例》的规定，在省级卫生行政部门制定的乡村医生基本用药目录范围内开具药品处方。

第六十一条　本办法所称药学专业技术人员，是指按照卫生部《卫生技术人员职务试行条例》规定，取得药学专业技术职务任职资格人员，包括主任药师、副主任药师、主管药师、药师、药士。

第六十二条　本办法所称医疗机构，是指按照《医疗机构管理条例》批准登记的从事疾病诊断、治疗活动的医院、社区卫生服务中心（站）、妇幼保健院、卫生院、疗养院、门诊部、诊所、卫生室（所）、急救中心（站）、专科疾病防治院（所、站）以及护理院（站）等医疗机构。

第六十三条　本办法自2007年5月1日起施行。《处方管理办法（试行）》（卫医发〔2004〕269号）和《麻醉药品、精神药品处方管理规定》（卫医发〔2005〕436号）同时废止。

关于印发长期处方管理规范（试行）的通知

发布时间：2021-08-12 来源：医政医管局

国卫办医发〔2021〕17号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委、医保局：

为规范长期处方管理，推进分级诊疗，保障医疗质量和医疗安全，满足慢性病患者的长期用药需求，国家卫生健康委、国家医保局组织制定了《长期处方管理规范（试行）》。现印发给你们，请遵照执行。

国家卫生健康委办公厅　　国家医保局办公室

2021年8月10日

（信息公开形式：主动公开）

- 《服务协议》：根据患者诊疗需要，长期处方的处方量一般在 4 周内；根据慢性病特点，病情稳定的患者可适当延长，最长不超过 12 周。
- 《处方管理办法》：处方一般不得超过 7 日用量；急诊处方一般不得超过 3 日用量；对于某些慢性病、老年病或特殊情况，处方用量可适当延长，但医师应当注明理由。

五、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。

《中华人民共和国执业医师法》

中华人民共和国主席令〔2009〕第18号

第一章　总则

第一条为了加强医师队伍的建设，提高医师的职业道德和业务素质，保障医师的合法权益，保护人民健康，制定本法。

第二条依法取得执业医师资格或者执业助理医师资格，经注册在医疗、预防、保健机构中执业的专业医务人员，适用本法。 本法所称医师，包括执业医师和执业助理医师。

第三条医师应当具备良好的职业道德和医疗执业水平，发扬人道主义精神，履行防病治病、救死扶伤、保护人民健康的神圣职责。 全社会应当尊重医师。医师依法履行职责，受法律保护。第四条国务院卫生行政部门主管全国的医师工作。 县级以上地方人民政府卫生行政部门负责管理本行政区域内的医师工作。

第五条国家对在医疗、预防、保健工作中作出贡献的医师，给予奖励。

第六条医师的医学专业技术职称和医学专业技术职务的评定、聘任，按照国家有关规定办理。

第七条医师可以依法组织和参加医师协会。

第二章　考试和注册

第八条国家实行医师资格考试制度。医师资格考试分为执业医师资格考试和执业助理医师资格考试。 医师资格统一考试的办法，由国务院卫生行政部门制定。医师资格考试由省级以上人民政府卫生行政部门组织实施。

第九条具有下列条件之一的，可以参加执业医师资格考试：（一）具有高等学校医学专业本科以上学历，在执业医师指导下，在医疗、预防、保健机构中试用期满一年的；（二）取得执业助理医师执业证书后，具有高等学校医学专科学历，在医疗、预防、保健机构中工作满二年的；具有中等专业学校医学专业学历，在医疗、预防、保健机构中工作满五年的。

第十条具有高等学校医学专科学历或者中等专业学校医学专业学历，在执业医师指导下，在医疗、预防、保健机构中试用期满一年的，可以参加执业助

案例：苏州吴中区石湖西路诊所医保基金违规使用案

2019 年 4 月至 8 月期间，苏州吴中区石湖西路诊所利用已死亡的医师华某某和离境赴美的医师吴某某名义，虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医疗保障基金行为。

2020 年 7 月，苏州市医保部门依法依规作出处理：

（1）责令退回骗取的医疗保障基金 17.36 万元；

（2）处骗取金额 2 倍罚款，计 34.72 万元；

（3）解除诊所的医保服务协议；

（4）卫健部门依法吊销直接负责的主管人员和直接责任人员的执业资格。

六、分解住院。指医疗服务提供方为未达到出院标准的参保人员办理出院，并在短时间内因同一种疾病或相同症状再次办理入院，将参保人员应当一次性完成的诊疗过程分解为两次及以上住院诊疗过程的行为。

案例：南通启东新城医院骗取医保基金案

2022 年 8 月 30 日对启东新城医院开展检查。检查时发现启东新城医院存在分解住院等违规行为。根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令 2 号）等相关规定，对启东新城医院作出如下处理：

1. 责令改正；
2. 追回违规费用 15808.00 元，扣除违约金 15808.00 元，合计：31616.00 元；
3. 扣信用等级分 2 分。

七、挂床住院：指住院期间参保人员长时间离开医疗机构的行为。

案例：抚州崇仁县六家桥乡卫生院骗取医保基金案

抚州崇仁县六家桥乡卫生院存在低标准入院及挂床住院问题，违规套取医保基金 9713.36 元。根据《社会保险法》和医保服务协议等相关规定，崇仁县医保局追回医保基金 9713.36 元，行政处罚 48566.8 元。

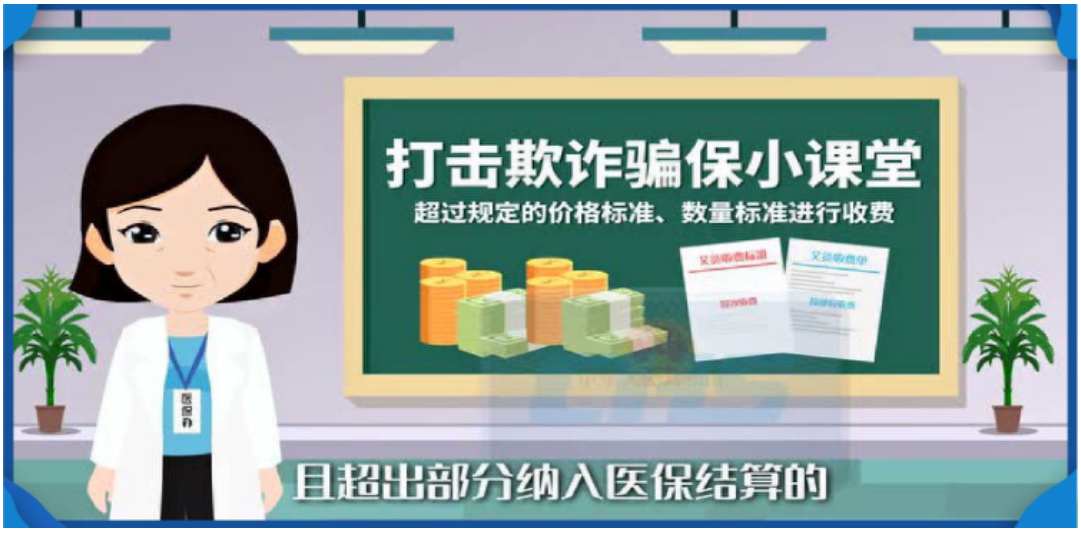
八、重复收费。指项目内涵已包含某操作、药品或医用耗材，在收取该项目费用时又将项目内涵中已包含的操作、药品或医用耗材另行收费，或者使用某一诊疗项目、药品、医用耗材后，反复多次收取费用。

案例：汨罗市人民医院违规使用医保基金案

2021 年 12 月，汨罗市医疗保障局对湖南省 2021 年打击欺诈骗保套保挪用贪占医保基金集中整治飞行检查发现汨罗市人民医院违规问题进行复核。经查，汨罗市人民医院存在违规问题。

其中主要问题有重复收费，收取电针同时收取普通针刺费用，涉及 24126 次，违规金额 278914 元。

九、超标准收费。指超出某一诊疗项目的收费标准进行收费。



案例：湘阴县康复医院违规使用医保基金案

2021 年 12 月，湘阴县医疗保障局对湖南省 2021 年打击欺诈骗保套保挪用贪占医保基金集中整治飞行检查发现湘阴县康复医院违规问题进行复核。经查，湘阴县康复医院存在违规问题，其中主要问题有超标准收费，住院病人住院诊查费、床位费等项目超实际住院天数收费，违规费用为 110856 元。

十、提供的票据、结算清单、处方、医嘱、检查结果、诊断及病程记录不吻合，或与实际使用情况不一致的。

砀山县玄庙镇权集村卫生室串换药品案：

砀山县医保局检查人员通过现场检查，核对卫生室提供的就诊实际处方和上传医保报销处方，发现该村卫生室就诊患者实际用药和上传报销的药品不一致。经查，2022 年 5 月 1 日至 6 月 1 日，玄庙镇权集村卫生室存在串换药品行为，涉及违规金额 190.58 元。

处理结果：

砀山县医疗保障局依据《医疗保障基金使用监督管理条例》《宿州市定点医疗机构医疗保障服务协议》《宿州市医疗保障协议医师管理实施细则 (试行)》，责令权集村卫生室退回医保基金违规支付的 190.58 元，给予违规金额 2 倍罚款，计 381.16 元；中止权集村卫生室医保服务协议 3 个月，扣除吕克松医保医师 6 分，同时将相关线索移交砀山县市场监管局和砀山县卫生健康委员会。

注意：医院实际使用的是红外线治疗仪，上传市医保系统结算的是红光治疗。

十一、超限定使用范围及适应症用药。

			乙	★(15)	奥美拉唑	注射剂	
			乙	18	兰索拉唑	口服常释剂型	
			乙	★(18)	兰索拉唑	注射剂	
			乙	19	雷贝拉唑	口服常释剂型	
			乙	20	泮托拉唑	口服常释剂型	
			乙	★(20)	泮托拉唑	注射剂	
			乙	21	奥美拉唑碳酸氢钠干混悬剂(I)		限活动性十二指肠溃疡或胃食管反流病。
	其他治疗消化性溃疡病和胃食道反流病的药物						
			乙	22	吉法酯	口服常释剂型	
			乙	23	硫糖铝	口服常释剂型	
			乙	★(23)	硫糖铝	口服液体剂	
			乙	★(23)	硫糖铝	混悬凝胶剂	
			乙	24	瑞巴派特	口服常释剂型	
			乙	25	替普瑞酮	口服常释剂型	
			乙	26	富马酸伏诺拉生片		限反流性食管炎的患者。
治疗功能性胃肠道疾病的药物							
	治疗功能性肠道疾病的药物						
			甲	27	匹维溴铵	口服常释剂型	

定安县中医院违规使用医保基金案：

海南省医疗保障局飞行检查组对定安县中医院开展了“飞行检查”，检查结果移交定安县医疗保障局进行后续复核处理。经复核，该院存在超医保限定条件用药等违规使用医保基金行为。

处理结果：

依据《中华人民共和国社会保险法》《海南省定点医疗机构协议管理》等相关规定，定安县医疗保障局对该院违规行为依法依规进行处理：

1. 追回该院违规使用的医保基金；
2. 对该院负责人进行约谈，并责成该院对违规问题全面进行整改。

目前，该院违规使用的医保基金 995713.34 元已全部追回。

终止协议方面的重要条款：

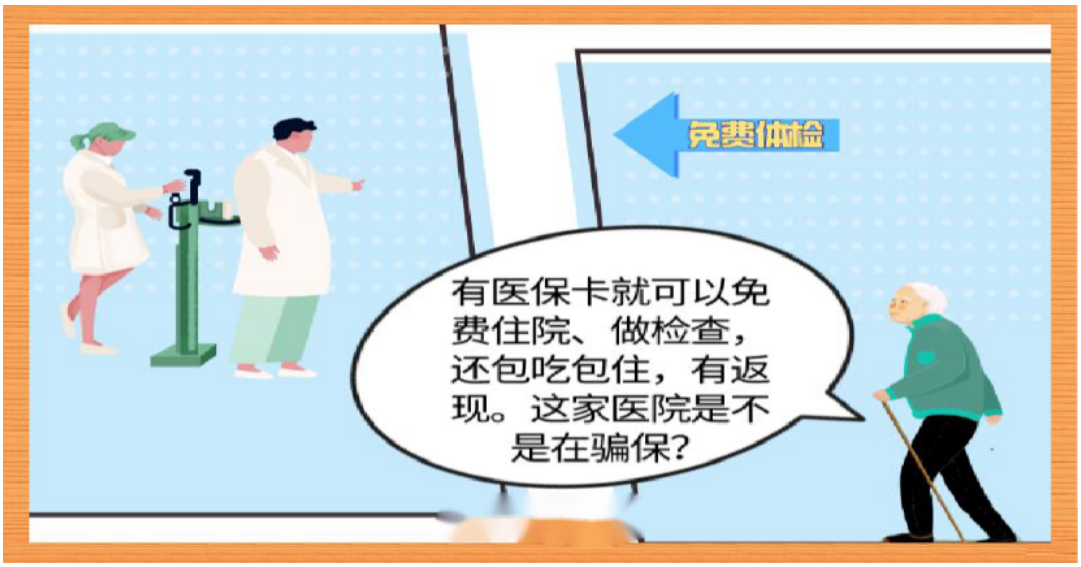
一、串换医保药品、医用耗材、医疗服务项目的。指不执行药品、医用耗材、医疗服务项目的支付名称及价格标准，将医疗保障不予支付的医疗服务项目、药品、耗材等非目录内项目串换成医疗保障目录内的医疗服务项目、药品、耗材等进行报销，或将低标准收费项目套入高标准收费项目结算。

案例：村卫生站将生活用品纳入门诊报销骗取医保基金

经查，眉山市彭山区谢家镇石山村卫生站在 2019 年 10 月 26 日至 12 月 25 日期间，城乡居民参保人员普通门诊刷卡存在异常增长现象。彭山区医疗保障局

工作人员通过对该村卫生站现场调查和外围走访，发现该村卫生站将生活用品（洗衣粉）纳入城乡居民普通门诊报销等，共涉及违规费用 1481 元。

二、采取虚假宣传或不正当宣传、减免起付标准、减免个人负担费用、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；



案案例：仁寿安康医院违规使用医保基金案

2019 年 11 月 6 日，仁寿县医疗保障事务中心针对仁寿安康医院住院精神病人增长过快，医保基金支付异常的情况进行了一次专项检查，查实该院存在通过减免病人自付费用、免生活费等方式诱导病人住院，超诊疗范围收治儿童自闭症患儿的违规行为。

解除协议方面的重要条款：

一、诱导、协助他人冒名或者虚假就医、贩药，提供虚假证明材料、虚假认证材料，或者串通他人虚开费用单据的；

案例：刘某持他人医保卡就医骗取医保基金

刘某系泉州市城乡居民医保参保人，刘某在其丈夫陈某去世后，隐瞒事实，仍持陈某医保卡多次到医疗机构就诊，按原治疗方案取药，共产生 6 笔特殊门诊费用，骗取医保基金 5799.74 元。泉州市医保部门依法追回被骗取的医保基金，并于 2021 年 6 月 7 日将该案件线索移送鲤城公安分局调查处理。

二、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，骗取医疗保障基金的；

释义：伪造医疗文书指利用参保人员信息，伪造病情证明、病程记录、手术记录、治疗记录、护理记录、处方、检查报告单等病历相关内容。

注意：病历是医疗法律文书，医院需要严格按照《病历书写基本规范》的要求进行书写，客观、真实、准确、及时、完整、规范的记录医疗活动过程。切勿简单粗暴的进行复制粘贴！！！

案例：无锡长安康复医院违规使用医保基金案

2019 年 3 月至 12 月期间，无锡长安康复医院通过收集参保人医保卡，办理了周某某、黄某等 31 人次虚假住院，通过伪造病理检查报告、冒用他人医保医师资格等手段，违法违规使用医保基金行为。

处理结果：

2020 年 7 月，无锡市医保部门依法依规作出处理：

（1）追回违规医疗费用 33.92 万元；

（2）解除该医院医保服务协议；

（3）将违规行为线索移交卫健部门，卫健部门对直接责任医生李某，相关责任医生程某某给予暂停六个月执业资格；

（4）将该线索移送公安部门侦查。

三、虚构医药服务项目等方式，骗取医保基金的。指利用参保人员信息，办理虚假住院、门诊特慢病、门（急）诊或虚假购药服务等。

淄博市博山水泵厂医院欺诈骗保案

2017 年至 2020 年 7 月，博山水泵厂医院存在虚构服务项目、虚记费用骗取医保基金的问题，涉及金额 31.21 万元。医保部门依据《行政执法机关移送涉嫌犯罪案件的规定》、《淄博市基本医疗保险住院定点医疗机构医保服务协议书》，追回违规医保基金 31.21 万元，解除与该院签订的定点协议，移交公安机关。

四、拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考察、监督检查等，情节恶劣的。

案例：哈尔滨慈爱医院欺诈骗保案

2019 年 3 月 11 日，哈尔滨市医保局书面告知慈爱医院提供 2017 年度至 2019 年度财务台账，药品耗材等购销存凭证，对同一参保人多次住院的 1708 本病

历进行延伸检查。然而慈爱医院不但拒绝配合检查，还以到医保局办公地点打条幅抗议等手段公然抗拒执法。2019 年 7 月，哈尔滨市医保局将这起骗取医保基金案件移送南岗区公安分局。经调查，该院通过伪造医疗文书、虚开医疗服务等手段骗取巨额医保基金，高达 1800 万余元。

医院违反《服务协议》的成本：

一、依据《哈尔滨市定点医疗机构医疗保障服务协议》违约情形给与约谈、暂停拨付、追回违规费用、中止协议、解除协议。其中协议有效期内累计 2 次被中止协议的解除协议，解除协议的三年内不得申请医保定点。

二、依据《哈尔滨市基本医疗保险定点医疗机构服务医师管理暂行办法》给与医师扣分、暂停、取消医保医师服务资格。

三、依据《定点医疗机构服务质量考核办法》扣除相应考核分数，并与年底考核金挂钩。

四、依据《医疗保障基金使用监督管理条例》移送医疗保障行政部门，给与行政处罚，涉嫌违法犯罪的，移送司法部门。

结束语

基金监管工作任重而道远，既需要我们作为执法者公开、公平、公正地对定点医疗机构进行考核，依法依规地实施守信激励和失信惩戒，也需要定点医疗机构开展行业规范和自律建设，这样才能实现政府治理、行业自律的良性互动，确保基金安全高效、合理使用。

感谢观看

哈尔滨市医疗保障定点医疗机构服务协议

（2025 年）

甲 方:_____哈尔滨市医疗保障服务中心_____

法定代表人:_____赵清昊_____

地 址:_____哈尔滨市道里区兆麟街 125 号_____

邮政编码:_____150010_____

联系电话: _____0451- 85935839_____

乙 方: _____

定点医疗机构国码: _____

法定代表人: _____

地址: _____

邮政编码: _____

联系电话: _____

哈尔滨市医疗保障局制订

2025 年 1 月

为规范和加强医疗保障定点医疗机构管理，规范医疗服务行为，提高医保基金使用效率，保障参保人员合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《中华人民共和国网络安全法》《医疗机构管理条例》《医疗保障基金使用监督管理条例》《社会保险经办条例》《基本医疗保险用药管理暂行办法》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《黑龙江省医疗保障基金监督管理条例》《关于推进黑龙江省职工医保门诊统筹便民服务的指导意见》等以及国家、省、市法律法规规章等规定，经甲乙双方协商一致，自愿就医疗保障服务有关事宜签订如下协议，并承诺共同遵守。

第一章 总 则

第一条 甲乙双方应当严格执行国家、省及本级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 乙方为职工基本医疗保险（含生育保险）、城乡居民基本医疗保险、异地就医的参保人员、医疗救助对象以及哈尔滨市本级离休干部（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。

第三条 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）本地门（急）诊；

（二）本地住院；

（三）异地门（急）诊；

（四）异地住院；

（五）本地互联网医疗机构；

（六）生育保险；

（七）离休包干门诊、住院。

第四条 甲方享有以下权利：

（一）有权掌握乙方的医保基金使用情况，从乙方获得医保费用审核结算、医保绩效考核和会计核算、协议履行核查所需的信息数据等资料，以及药品、医用耗材、医疗服务项目等数量和价格等数据资料；获取审核和监管所需数据及支持数据的记录凭证并保护患者隐私，包括但不限于影像记录、扫码记录，以及银行卡、微信、支付宝及其他非现金方式收款记录等；

（二）接入乙方医院信息系统（包括但不限于 HIS、PACS、LIS 系统，下同）；

（三）对乙方申报的医疗费用进行审核，对乙方及其工作人员的医疗服务行为和相关医疗费用进行核查；

（四）对乙方履行医保协议等情况进行绩效考核；

（五）督促乙方履行协议，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；

（六）向卫生健康、中医药、疾病预防控制、市场监管、药品监管等部门，以及社会公众，通报或公开乙方或乙方内部科室、人员履行医保协议、医保支付资格管理记分、违法违规违约行为处理以及医保绩效考核、信用评价等相关情况，并要求乙方以甲方认可的方式公开相关考核结果；

（七）通过多种方式获取与医药费用有关的行政处罚信息；

（八）对医务人员开展医保支付资格管理；

（九）要求乙方按期完成需要乙方配合的医保改革任务；

（十）法律法规规章规定的其他权利。

第五条 甲方履行以下义务：

（一）向社会公布签订、中止、终止及解除医保协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址等；

（二）对乙方申报的医疗费用进行审核；

（三）按协议约定及时足额向乙方拨付医保费用；

（四）向乙方提供医保信息平台相关数据集和接口标准；

（五）对乙方开展医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传和业务培训，为乙方提供医疗保障业务咨询、查询服务；

（六）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；

（七）对作出的违约处理结果向乙方进行解释说明；

（八）在条件允许时，向乙方推送涉及药品、医药耗材和参保人员等医保支付相关的风险提示；

（九）与乙方建立费用支付、审核结算相关的协商机制，对乙方的意见建议及时接收、解答、解释说明；

（十）遵守个人信息保护和数据安全有关制度，保护参保人员个人信息及乙方商业秘密；

（十一）法律法规规章规定的其他义务。

第六条 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结果进行解释说明，对甲方的核查及处理进行陈述、申辩；仍有异议的，有权向医疗保障行政部门申诉；

（三）对支付管理政策提出意见建议，对争议费用与甲方沟通、申辩，或提请市级医疗保障行政部门协调处理；要求甲方对不予支付的费用进行解释说明；对符合条件的病例提出特例单议；对医保支付方式核心要素等提出意见建议；

（四）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；

（五）甲方违反医保协议的，有权要求甲方纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼；

（六）获知医保政策、费用结算流程等调整情况；

（七）要求甲方提供医保信息平台数据集和接口标准；

（八）法律法规规章规定的其他权利。

第七条 乙方履行以下义务：

（一）在本机构的显要位置悬挂医疗保障定点医疗机构标识和医保结算窗口指示牌、就医结算流程及医疗服务内容等；

（二）根据甲方要求，展示甲方对乙方或乙方内部科室、人员的考核结果；

（三）根据甲方提供的风险提示，共同防范欺诈骗保行为；

（四）严格遵循医疗保障、卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门有关法律法规政策和管理标准；符合行业对乙方的科室设置、人员配备、设备要求及价格管理等具体要求；

（五）受到卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门医药费用有关的行政处罚的，在行政处罚决定书送达之日起 10 个工作日内向医疗保障行政部门报送行政处罚相关信息；

（六）定期自查本机构医保基金使用情况，及时纠正不规范行为；

（七）参加由医疗保障部门组织的宣传和培训，在本机构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、打击欺诈骗保等宣传及咨询服务，政策掌握不准确时应及时联系医疗保障部门咨询，避免参保人员政策理解偏差。因政策解读不到位造成参保人员上访或基金损失的，甲方按当年度协议相应考核办法对其进行处理；

（八）按甲方要求以实时联网或定期报送等形式要求向甲方提供医保费用审核结算、绩效考核、会计核算、协议管理核查等协议管理所需信息，真实、准确、完整提供符合《医疗保障基金结算清单填写规范》的医保基金结算清单等审核所需相关资料。如实报送药品、耗材的采购价格和数量，并对其真实性以承诺书形式做出承诺；按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息；按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息；对甲方在协议核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；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；

（九）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；

（十）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；

（十一）遵守医保网络和数据安全相关规定，保护医疗保障业务网络安全，维护医保数据和参保人个人信息安全；

（十二）执行实名就医购药和相关票据管理规定，核验参保人员医保凭证，如实向参保人员出具费用单据和相关资料；

（十三）规范医疗服务行为，提高服务质量，合理使用医保基金；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；

（十四）在国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台按照医疗保障信息业务编码等标准和要求，及时对医疗机构、医师、护士等医务人员登记、备案、变更的相关信息进行动态维护；

（十五）按照医疗保障部门要求，配合甲方推进各项医保改革任务；

（十六）履行用人单位参加基本医保法定义务，及时为职工办理基本医保参保；督促本单位聘用、劳务派遣等人员履行公民依法参加基本医保义务；

（十七）法律法规规章规定的其他义务。

第二章 医药管理

第八条 甲方应为乙方实现参保人员直接结算医保费用提供必要的支持。乙方应向参保人员提供医保相关的解释、咨询服务，以及参保人员在本机构医疗费用和医保基金结算相关的查询服务或查询渠道。

第九条 甲方应指导乙方做好基本医疗保险、生育保险药品、医用耗材、医疗服务项目等目录（以下简称医保目录）的更新和维护工作。乙方应严格执行医保目录对支付范围、支付标准等的要求，优先配备和使用医保目录内药品。乙方超出医保目录范围的费用，甲方基金不予支付。乙方应优先配备使用医保目录药品，并应建立本机构药品配备与《基本医疗保险药品目录》（以下简称《药品目录》）联动机制，根据《药品目录》调整结果及时对本机构用药目录进行调整和优化。乙方不得以医保总额预算、医疗机构用药限制、药占比等理由，减少目录内药品的合理配备、使用。乙方为基层定点医疗机构的，配备的《药品目录》内药品品种，应满足参保人员基本用药需求。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制度，严格控制自费项目的使用。

第十条 乙方应执行医保基金支付政策，超出支付标准部分，甲方不予支付。协议期内谈判药品、医保支付标准试点药品、集中带量采购中选药品，执行国家和省统一制定的医保支付标准。参保人员购买医保目录内药品，统筹金按医保支付标准支付，销售价格低于医保支付标准的，以实际销售价格作为该药品的医保支付标准；超出医保支付标准部分，由参保人员自行负担，乙方应及时履行告知义务。

第十一条 乙方应严格掌握药品适应证和医保药品限制使用规定。乙方需规范用药管理，纳入医保基金支付的药品应执行目录内药品医保支付范围规定并留存用药依据。

第十二条 乙方应按照相关规定及时配备国家医保谈判药品，严格执行我省特殊用药管理规定，保证特殊药品及时有效供应，做到应配尽配，合理使用。对确无法配备的，要按照“双通道”管理规定及时为参保人员提供处方外配服务。要严格执行谈判药品限定支付范围，加强使用管理，对费用高、用量大的药品要进行重点监控和分析，合理使用医保基金。乙方不得以医保总额预算、医疗机构用药

目录数量限制、医保绩效考核、已纳入“双通道”管理等为由，影响临床必需国谈药品的配备。

第十三条 乙方经药品监督管理部门批准生产和使用的医疗机构制剂，限乙方及经批准可以调剂使用的特定医疗机构使用，按相关规定纳入医保基金支付。

第十四条 乙方应严格按照有关规定建立药品、医用耗材的购进、销售、库存等信息的电子台账（以下简称“进销存”）以及追溯码等信息，建立台账，留存凭证和票据，全流程记录进销存信息。乙方进销存台账中的药品和医用耗材相关信息数据应与实际情况一致，并确保相关信息数据可追溯。甲方有权接入乙方医院信息系统查询上述原始信息。其中，电子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、生产企业（中药材标明产地）、供货单位、有效期、批准文号、数量、价格、批号、生产日期、购进日期等信息。乙方管理销售药品时，严格落实扫追溯码，做到“应扫尽扫、应传尽传”，及时将追溯信息全量上传至相关信息系统平台中，具备药品溯源码终端、药品追溯码扫码器、药品溯源码扫描仪等有效实现药品追溯码的落地应用的硬件基础设备，保证“一药一码”。乙方要按照甲方规定，全量实时上传“进销存”数据，包括医保结算及自费结算数据，确保实际销售商品与上传业务系统商品信息完全一致，无虚假记录或篡改数据的情况。上传字段应符合国家基线版接口文档标准。医保目录编码发生变化时，乙方需准确、及时更新进销存目录编码。乙方应按要求完成进销存数据初始化工作，初始化数据不得多次上传。

第三章 医疗服务

第十五条 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 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。乙方发现证件无效、人证不符的，不得进行医保结算。遇特殊情况，按甲方有关规定执行。参保人员因特殊原因需要委托他人代为购药的，乙方应当核验委托人和受托人的身份证明，并做好登记。乙方应配合甲方开展实名制监管工作。乙方应在参保人员门诊就医或住院期间本人购药或就诊结算时进行实名认证，如代办人员代为购药或门诊结算的，须做好代办人信息登记工作，信息登记内容包括代办人姓名、身份证号、联系电话、与参保人员之间的关系和代办原因等；乙方的医保医师、医保护士、医保药学人员和医保

医技人员应先考勤再为参保人员进行医保结算。甲方将对乙方进行实名认证、考勤缺失情况考核，并将结算实名认证率、医保医师、医保护士、医保药学人员和医保医技人员考勤缺失率纳入协议考核。甲方对乙方申报结算费用中未考勤的医保医师、医保护士、医保药学人员和医保医技人员开具的医保结算费用或考勤人员与申报人员不一致的不予拨付，对于已支付的违约费用进行追回。乙方的医保医师、医保护士、医保药学人员和医保医技人员不得以任何形式进行虚假考勤和违规考勤。

第十七条 乙方应严格按照卫生健康部门要求收治门诊和住院参保人员，建立健全与医保基金使用相关的内部管理制度，合理、规范使用医保基金。不得以各种形式诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药；不得收集、留存参保人员医疗保障凭证；不得分解住院、挂床住院；不得以减免起付标准、减免个人负担等让利或变相让利方式诱导参保人员就医。乙方应支持个人账户支付挂号费，做好门诊费用上传工作，分别上传挂号费、诊疗费，不可将二者打包上传。参保人员就医时，乙方应为参保人员就医建立纸质及电子病历，妥善保存纸质病历备查。门诊与住院病历的诊疗记录应当真实、准确、及时、完整、清晰，住院病历医嘱、病程记录、检查结果、治疗记录单和票据、结算清单等要与实际情况相符。乙方应按照甲方电子病历上传有关规定及时完整上传电子病历，上传字段应符合国家基线版接口文档标准。其中住院电子病历应于参保人员出院 7 个工作日内上传。三级公立定点医疗机构门诊电子病历应在参保人员就诊当月内上传，其它定点医疗机构门诊电子病历应在结算当日上传。乙方应严格掌握出入院指征和重症监护病房收治标准，合理收取参保人员住院押金，一般不得超过预计总费用的 30%。对符合出院条件参保人员拒绝出院的，应当自通知其出院之日起，停止医疗保险费用结算。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。应当按照诊疗规范等相关规定开展医疗服务，不得随意扩大非必要院前诊查项目范围，增加参保人员自费负担。乙方无正当理由不得要求参保人员在同级医疗机构间转诊转院。参保患者住院期间，因病情需院内转科治疗的，无特殊情况，乙方不得以医保管理为由要求参保患者中途办理出院结算手续。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，原则上应转院处理。如需继续在院治疗，乙方应于检查治疗前为参保人员办理外检外治手续，并按照甲方相关要求上报备查，将相关费用纳入患者当次住院医疗费用结算。乙方应于 48 小时内完成为本地参保人员住院直接结算，于 24 小时内完成异地参保人员住院直接结算，有条件的定点医疗机构开通来

哈的异地参保人员就医直接结算绿色通道。乙方应在参保人员办理出院 7 个工作日内，上传医保结算清单等信息。对医保结算清单上传不及时及质控不通过的，甲方不予结算。乙方为对应下列服务范围定点医疗机构，参保人员办理出院结算时，基本医保、大病保险、医疗救助、“龙江惠民保”等实行“一站式”结算。乙方为离休干部定点医疗机构的，应为离休干部设立指定挂号窗口（免收挂号费）和诊室，并建立门诊登记信息及病历，并妥善保存备查。离休干部因病行动不便，本人不能亲自到医院开药的，其家属代开药时，代理人须提供本人身份证及离休干部本人身份证/户口、社会保障卡，乙方审核后留存复印件。代理人在处方上签字后方可按规定上传相关费用。家属长期代开药的，乙方有责任定期通过有效方式核实离休干部本人病情，因病施治。

第十八条 乙方应按照国家处方管理相关规定，认真做好处方的开具、调剂、保管工作（外配纸质保存不少于 2 年）。乙方为门诊就诊参保人员开具的药品符合处方管理相关规定的，医保基金按规定予以支付。

第十九条 乙方诊疗记录应当真实、准确、完整、清晰（收治意外伤害参保患者时，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情况相符，并与票据、结算清单等相吻合。乙方应加强外伤人员身份认证，对于符合我市基本医疗保险支付范围且参保人员主诉无第三方责任的医疗费用，乙方可结合接诊及参保人员病情等实际情况，由参保人员填写《哈尔滨市基本医疗保险参保人员意外伤害住院纳入医保申请表》。乙方应当合理利用参保人员在其他医疗机构所做的检查检验结果，对于满足医疗需要且符合互认条件的检查检验结果，不得重复检查检验，增加参保人员负担。

第二十条 乙方应当建立健全双向转诊转院制度，参保患者需转往其他医疗机构治疗的，乙方应为符合规定的参保患者提供转诊转院服务。乙方为转诊定点医疗机构的，应当按照卫健部门关于转诊转院相关要求，根据市域、省域医疗服务能力及患者病情需要严格规范院内转诊流程，为确需转诊的患者提供合理转诊服务。离休干部因转诊、急诊抢救在非定点医院发生的符合统筹金支付范围的医疗费，乙方应自收取报销材料之日起，15 个工作日内将应报销的医疗费录入医保系统；乙方不得拒绝或推迟接收离休人员发生的符合规定的报销材料。

第二十一条 乙方为辅助生殖定点医疗机构的，在执行协议就医管理的同时，应严格执行五定管理，即“定医疗机构、定责任医师、定病种、定诊疗项目、定患者”，在患

者接受辅助生殖类医疗服务项目前，认真核实其身份信息，包括姓名、年龄、身份证号码、婚姻状况等，并进行详细记录和备案，确保患者身份真实可靠；同时对患者的病情进行全面评估，判断其是否符合适用病种范围和诊疗项目的适应证，不符合条件的患者不得提供相关服务，同时建立患者病情评估档案；此外，要加强患者信息的保密工作，防止隐私泄露。乙方应完善实验室质量管理体系，保证实验室检验结果的科学性和准确性，对辅助生殖技术相关实验室检验项目确保实现可追溯、可查询。乙方被卫生行政部门取消开展人类辅助生殖技术资格的，应及时上报甲方，并主动停收辅助生殖参保人员。

第二十二条 乙方提供门诊慢性病、特殊疾病认定、特殊药品登记（以下简称门诊慢特病、特药）服务的，应严格按照甲方相关认定标准进行认定，不得出具虚假、不符合病种治疗指征的认定方案；不得推诿参保人员到其他认定机构认定；不得因参保人员未在乙方治疗过或未在乙方进行后续治疗而拒绝为参保人员认定。乙方填写、上传门诊慢特病、特药备案信息时，须准确填写参保人员待遇及起止时间。乙方不得以药品登记、备案为由，限制参保人员在其他医疗机构购药和报销。乙方未严格按照相关规定标准进行认定或出具虚假、不符合病种治疗指征的认定方案，导致医保基金不合理支付，无论是否发生在乙方，相应费用均由乙方承担。乙方提供门诊慢特病、特药服务的，严格执行省、市门诊慢特病、特药医疗保障相关规定，确定相应的科室、医生和临床诊疗指南，规范门诊慢特病、特药医疗服务流程和标准，同时，加强门诊慢特病、特药患者健康管理，保障药品供应和合理使用。乙方应按卫生健康部门长处方管理规定为需要延长处方量的参保人员进行处方开具，需为参保人员建立好门诊慢特病、特药管理档案，档案内容包括姓名、身份证号、联系方式、诊断、认定病种、药品名称、药量、开方日期、开方医生姓名等。乙方为二级及以下定点医疗机构的，应在居民开具“两病”药品时，优先使用“两病待遇”进行结算。应充分保障“两病”药品供应，保障居民“两病”药品“开得出、用得上”。

第二十三条 乙方应为参保人员享受门诊统筹待遇提供便利条件。乙方应按需设立便民门诊服务，为只取药及慢性病人定期检查、不需另外提供新的治疗方案的参保人员提供便捷服务。便民门诊要设置明显标识和路引，不限制当日挂号数量，要在便民门诊公布医保部门、卫健部门咨询服务电话，及时解决参保人员关于门诊共济相关问题的咨询、投诉等问题。乙方要加强院内药品管理，配备与医疗机构功能定位和诊疗需求相适应的药品，满足参保人员用药需求，做到配齐配足。乙方为社区卫生服务中心的，要为参保人员提供预约登记，建立药品需求台账，

在符合要求情况下尽快配备相关药品，根据需求动态调整药品配备种类，实现采购目录与辖区居民购药需求相匹配。离休干部因病情确实需要使用本省（基本）医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（最新版）目录外药品，需由经治医生提出意见，科主任批准、定点医疗机构离休干部医疗管理部门审批、主管院长签字同意后，方可使用，其医疗费用从乙方定额预付资金中支付。未办理异地备案的离休干部，在异地医疗机构发生的住院和门诊急诊医疗费用，由离休干部本市定点医疗机构受理报销。

第二十四条 乙方应加强医院药事管理工作，医师为门诊患者开具处方时，原则上应开具本院配备的药品。如确因治疗需要，医师认为必须使用，同时医院无配备药品等特殊情况，门诊可外配处方。乙方开具外配处方应当遵循安全、有效、经济、简便、适当的原则，做好病历记录，详细载明诊治情况、药品用法用量以及开具数量等内容，并做好解释说明。乙方为公立医疗机构要按规定定期召开药事管理与药物治疗学委员会会议，简化临采程序，实现“应配尽配、有需必采”。对于住院患者疾病治疗所必须但本机构暂未供应的品种，乙方应执行行业相关部门临采政策。当参保人员符合处方管理要求中处方外配条件时，乙方应实行处方外配，及时为参保人员开具电子外配处方，并上传至医保电子处方中心，不得以各种理由拒绝为参保人员开具电子外配处方。乙方应支持将电子处方打印成纸质处方，方便老年人等有需求的参保人持纸质处方前往定点零售药店购药。

第二十五条 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市参保人员一致的医疗服务。乙方所提供异地就医医疗服务时，甲方纳入本地统一管理和考核。

（一）补办备案。乙方应根据参保人员实际情况，指引未办理异地备案人员及时办理备案手续。参保人出院结算前补办异地就医备案的，乙方应按照参保人员实际就医情况选择相应医保待遇，为参保人员提供医疗费用异地直接结算服务。

（二）无第三方责任外伤参保人员异地直接结算服务。乙方应加强异地就医外伤人员身份认证，对于符合就医地基本医疗保险支付范围且异地就医参保人员主诉无第三方责任的医疗费用，乙方可结合接诊及参保人员病情等实际情况，由参保人员填写《外伤无第三方责任承诺书》，为参保人员办理异地就医直接结算。乙方在为参保人员办理入院登记时，应按医疗保

障信息平台接口标准规范要求，通过“外伤标志”和“涉及第三方标志”两个接口，如实上传参保人员外伤就医情况。

（三）急诊管理。参保人员因急诊抢救就医的，乙方在为参保人员办理“门诊结算”或“入院登记”时，应按接口标准规范要求如实上传“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”。对于异地“住院类型”为“急诊”的，应当严格按照急诊视同已备案的要求，开展异地参保人员的急诊就医结算服务，不得前置任何附加条件，同时应当严格执行急诊标准，因不符合急诊的费用按急诊标准结算，被参保地经办机构拒付的，由乙方承担。

（四）转诊转院管理。乙方应以患者病情为出发点制定合理的诊疗方案，对于超出乙方诊治能力范围的参保人员，应当及时开具转诊手续，不得将在本地住院作为开具转诊的先决条件。

（五）院外购药和检查的管理。异地联网定点医疗机构对于异地就医患者住院期间确因病情需要到其他定点医疗机构检查治疗或到定点药店购药的，需提供《住院期间外院检查治疗或定点药店购药单》，加盖定点医疗机构医疗保险办公室章，相关费用纳入本次住院费用异地直接结算。

第二十六条 互联网医院依托乙方实体医疗机构签订补充协议后，其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，由甲方与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。乙方提供的“互联网+”医疗服务，其总额预算纳入实体定点医疗机构统一管理。乙方应完整保留就诊人员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，不得虚构接诊医生、虚构就诊人员身份、虚假诊治、虚开药品、伪造票据，乙方接诊医生须为本机构在国家医保信息业务编码标准数据库进行信息维护并取得医保医师编码的医生。互联网要保留患者病历记录保存时间不得少于 15 年，诊疗中的图文对话、音视频资料等过程记录保存时间不得少于 3 年。依托乙方设立的互联网医院应提供医保移动支付服务，应为参保人员提供电子票据、电子发票或及时邮寄纸质票据；应依托医保电子凭证（医保码）进行实名认证，确保参保人员真实身份；应核验参保人员为复诊患者，掌握必要的就诊信息；乙方医院信息业务。甲方可运用音频、视频、图文等形式查验乙方“互联网+”医疗服务接诊医生真实性，乙方应为甲方查验提供条件并配合查验。参保人员在甲方依托乙方设立的互联网医院复诊并开具处方发生的诊察费和药品费，可以按照甲方医保规定支付。提供符合规定的“互联网+”医疗复诊服务，按照公立医院普通门诊诊察类项目价格收费和支付。发生的药

品费用比照线下医保规定的支付标准和政策支付。提供药品配送服务的费用不纳入医保支付范围。乙方所属互联网医院未与甲方签订补充协议，但开具电子处方流转至定点零售药店并完成医保结算的，甲方将对乙方按照处方总额进行费用追回，解除医保协议。

第二十七条 乙方开展物理治疗与康复治疗、中医诊疗、精神科诊疗、口腔科治疗等，应严格掌握适应证，记录相关诊疗的必要性，记录治疗部位、次数、疗程等明细信息，并为参保人员提供结果分析。

第二十八条 乙方应严格掌握各种辅助检查的适应证和禁忌证，不得将大型仪器检查项目（CT、MRI 等）、非必要的检验项目等作为常规检查，不得将临床“套餐式”检验作为常规检查。乙方开展医疗服务行为需严格遵循行业部门要求，因乙方违反行业规定造成医保基金损失由乙方承担，甲方可按协议违约条款对乙方进行处理。

第二十九条 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。

第四章 费用结算

第三十条 甲方与乙方建立协商谈判机制，就服务内容、付费方式、结算标准、DRG 付费病例特病单议等相关事宜进行协商谈判。

第三十一条 甲方根据医保政策规定合理确定医保基金年度预算金额，与乙方建立医保基金风险共担机制。对乙方因合理因素导致参保人员就医数量大幅增加等情形，甲方可给予适当补偿。双方完成费用清算后甲方不予分担的医疗费用，乙方不得作为医保欠费处理。

第三十二条 甲方结合支付方式改革实际，推行多元复合式医保支付方式，乙方应予以配合。当甲方对乙方省内异地就医的参保人员开展与本地同步的支付方式改革工作时，对乙方省内异地就医参保人员实行的原有结算方式同步改为本地支付改革方式结算。乙方不得以医保支付政策及病组（病种）支付标准为由，拒收参保患者、转嫁参保人员医疗费用；乙方应遵守有关规定为参保人员提供合理的医疗服务，不得有意减少服务数量、降低服务质量、虚报服务量；乙方应当严格执行出、入院标准，不得无故推诿和拒绝符合住院条件的参保人员住院治疗；不得将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、自费住院或分解住院。

第三十三条 乙方应加强医保基金结算清单质量管理，严格按照《医疗保障基金结算清单填写规范》要求，正确使用各项医保业务标准编码，规范填写清单信息，按时上传医保基金结算清单。建立医疗保障基金结算清单质量控制制度，上传医保信息平台的数据应经过本机构内质控。

（一）结算清单填报及上传应符合完整性、准确性、合理性、及时性的相关要求。

（二）DRG 付费定点医疗机构应通过医疗保障信息平台相关接口主动查询“医疗保障基金结算清单”质控、分组等信息，并及时完成医保结算清单的补传、修改工作。

第三十四条 乙方应按照国家、省级及市级医疗保障部门制定的医疗服务项目和价格收费。乙方应严格规范医疗收费，公示所有医药价格与收费标准。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参保人员自费结算。乙方不得以转嫁住院费用为目的，诱导参保人员在住院期间到门诊就医、药店购药或另设账号交费。参保人员住院期间，因病情需要确需外购药品的，持乙方开具的处方，外购药品费用应计入患者当次住院医疗费用结算，纳入乙方医保总额预算。乙方不得以医保定点名义或者字样从事商业广告、促销或者义诊活动等。乙方不得为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利。

第三十五条 甲方结合实际和乙方医保基金规范使用情况，可以按相关规定向乙方预付部分医保资金，缓解其资金运行压力。在突发疫情等紧急情况时，甲方可按国家规定预拨专项资金，乙方应按照甲方规定的时限和方式及时返还，逾期不返的，甲方可暂停结算，直至达到预拨医保资金数额为止。乙方对于甲方的预付周转金需用于药品和医用耗材采购等医疗费用支出，不得用于医疗机构基础建设投入、日常运行、偿还债务等非医疗费用支出。

第三十六条 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。具体遵循以下规则：

（一）职工医保原则上在区域总额预算管理范围内，按上年度实际发生医保统筹支付金额（扣除违规费用等）分别确定 2025 年住院、门诊统筹、门诊慢性病及门诊特殊疾病等总额预算额度。

（二）居民医保原则上在区域总额预算管理范围内，按上年度实际发生医保统筹支付金额（扣除违规费用等）的 64.27%分别确定 2025 年住院及门诊统筹等总额预算额度，按上年度实际发生医保统筹支付金额（扣除违规费用等）确定 2025 年门诊慢性病及门诊特殊疾病总额预算额度。

（三）甲方根据上述原则确定乙方总额预算管理参考额度，并将各定点医疗机构年度总额预算管理参考额度，按月平均分配，确定各定点医疗机构月度医疗费用结算额度。乙方月度申报医疗费用，在月度结算额度之内的，甲方按协议约定及时拨付；超出月度结算额度的，超支部分暂不予支付。

（四）乙方年度实际发生医疗费用未超过年度总额预算管理参考额度的，按照实际发生医疗费用结算；超过年度总额预算管理参考额度的，按照年度区域总额预算管理额度结算、清算。甲方根据基金运行情况，采取半年/年终清算，清算后，补支付或需扣减金额，纳入次月月结算中，一并完成补支或抵扣计算。

（五）以收治长期住院患者为主的精神类专科医疗机构，实行区域总额管理下按床日付费，精神类疾病患者连续住院超过（含）30 日，按照相应床日付费医保支付标准支付。连续住院超过（含）60 日的，采用阶梯付费，并设置阶段床日系数，当病例涉及多个阶梯档次时，采取分段累计的方式。乙方实际发生基金费用在床日支付标准 90%以下的，按实际发生基金费用进行结算；在床日标准 90%及以上的，按床日标准进行结算。

（六）城镇职工医疗保险、城乡居民医疗保险（不含城乡居民生育住院），甲方按每种中医日间病房病种支付限额标准与乙方结算费用。实际费用高于或等于中医日间病房病种限额标准的，按中医日间病房病种限额标准结算，实际费用低于中医日间病房病种限额标准的，按实际费用结算。中医日间病房纳入定点医疗机构住院医保支付总控管理，年终视基金结余情况，适当给予补偿。

（七）职工生育医疗费按照限额支付，支付标准执行有关规定。生育医疗费结算时，低于限额部分甲方按实际结算金额支付。参保职工在定点医疗机构发生的生育医疗费用和计划生育医疗费用，个人自付部分可使用职工基本医疗保险个人账户支付。参保职工生育或计划生育手术时并发症的费用由生育医疗费支付。参保女职工怀孕期间或生育后因生育引起并发症的医疗费用，按照职工基本医疗保险有关规定执行。

第三十七条 DRG 付费实行区域总额预算管理。全市统筹区域内开通 DRG 付费的医疗机构纳入区域总额预算范围，各医疗机构不设单独的预算指标。甲方按相关规定向乙方预付周转金，以乙方上年度住院基金实际发生额 ×90%为基数，以基数的十二分之一为拨付标准，周转金按年实行滚动补差结算，多退少补。月度结算时，甲方按月向乙方预拨住院费用。甲方根据基金运行情况，采取季度/半年/年终清算，清算后，相关补支付或需扣减金额，纳入次月的月结算中，一并完成补支或抵扣计算。

第三十八条 乙方应当按照医保政策规定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，提供查询服务渠道并承担相应解释工作。参保人员符合医保结算条件的，乙方不得推诿和拒绝参保人员进行医保结算，或将其符合医保基金支付标准的费用按自费结算。甲方应按照不超过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。乙方为非公立医疗机构的，为参保人员提供基本医疗服务时，执行与同级别公立医疗机构相同的医保支付标准。乙方向临床检验中心、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，报甲方备案后，符合医保基金支付范围的医疗费用，甲方按省本级规定与乙方结算。乙方应做好诊疗相关检验检查报告存档工作。建立外送检测项目遴选及质量管理相关制度和流程，完整保留提供第三方服务的医疗机构外送检测结果、检验检查报告、票据等相关资料备查，确保申请结算的费用合理、准确、真实。乙方不得采取虚构提供第三方服务的医疗机构服务的方式套取或骗取医保基金。乙方是异地就医定点医疗机构的，异地就医住院人次直接结算率要达到 95%以上；在开通高血压等 10 种门慢特病跨省异地直接结算的基础上，根据医院经营范围，同步开通冠心病、脑梗等 25 种慢特病门诊省内异地直接结算服务。

第三十九条 乙方应加强内部科室和医务人员的管理，加强建立本机构医保管理部门与医务、财务等部门联动机制，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，定期对本机构发生的医保费用进行分析。乙方为 DRG 付费定点医疗机构的，应设置病案编码管理人员，建立病案与编码质量核验流程，落实院内病案质控管理措施。

第四十条 乙方应当在每月前 3 个工作日，通过线上办理渠道向甲方申报医疗费用，并留存结算清单、票据等相关资料备查，确保申请结算的材料完整、真实。乙方不得将处于中止协议期间的医疗机构或非定点医疗机构的医疗费用纳入申请医

保结算范围。

第四十一条 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，并采取人工随机抽查的方式，按照规定的抽查比例进行审核。乙方应完成医保智能审核事前提醒功能接口改造，并确保门诊、住院每笔结算都按规范调用智能审核事前提醒功能。

第四十二条 甲方应结合实际，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。甲方根据 DRG 付费结算办法，建立专家评审机制。对特例单议、0000、QY 等病例开展专家评审，专家评审意见作为支付主要依据。

第四十三条 甲乙双方对医疗费用审核结果存在争议的，可提请市级医疗保障行政部门协调处理。

第四十四条 甲方原则上应当在乙方申报医保费用后 30 个工作日内以银行转账的方式向乙方拨付符合规定的医保费用额 95%。甲方超出约定时限不予拨付的，乙方可提请市级医疗保障行政部门协调处理。甲方对部分疑点医保费用需进一步调查核实的，将暂缓支付，并按照对乙方核查的情况确定暂缓拨付时限。对以下情况下产生的相关费用，医保基金不予支付：

（一）甲方通过智能或人工审核等方式对乙方上传的医疗费用进行审核发现的违规费用不予支付；

（二）乙方未执行甲方要求，可以对应到结算费用的，如未及时上传的结算清单、未及时上传电子病历、未进行实名就医等所对应的医保结算费用不予支付。

（三）乙方未按甲方通知要求落实相关医保政策或履行相应职责的，如未全量实时上传进销存或未按时完成接口改造等，甲方视情况将对月结算医保费用的部分或全部不予支付（含本地及异地费用）。

第四十五条 乙方应按甲方建立医保基金收付对账机制，定期核对账目，规范年终清算和结算清账管理。双方应积极完善结算系统，实现单据在医疗保障信息平台内上传。

第四十六条 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，乙方应按要求及时退回。甲方不予支付的费用、乙方按医保协议约定被扣除的考核预留金等，乙方不得作为医保欠费处理。

第四十七条 参保人员与乙方发生医疗纠纷并涉及医保费用的，应及时向甲方报备，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。

第四十八条 乙方应同意并遵守《定点医疗机构服务质量考核办法》（见附件），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，甲方预留拨付乙方费用的 5%作为当年度医保服务考核预留金，经年终考核审定后，于次年结算。甲方根据乙方履行协议情况、考核结果等，与乙方清算考核预留金。甲方通过智能审核、人工审核等方式发现乙方违规行为较多的，可适当增加预留的考核预留金比例；乙方协议履行核查、医保绩效考核结果优秀的，甲方可适当降低预留的考核预留金比例。

第五章 医药价格与集采

第四十九条 乙方应执行或承诺执行医疗保障行政部门制定的医疗服务价格项目和价格政策，包括项目名称、项目内涵、计价单元、收费方式和价格水平等。对于实行市场调节价的医疗服务价格项目，乙方应按照公平合理、诚实信用、质价相符的原则，自主合理制定医疗服务价格，做好公开公示，并加强同地区同层次医疗机构比价。

第五十条 乙方为公立医疗机构（含军队医疗机构）的，执行药品（中药饮片除外）和医用耗材零加成销售政策，按照不高于医药采购平台价格向参保人员提供治疗所需要的药品和医用耗材。乙方为非公立医疗机构的，按照公平合理、诚实信用、质价相符的原则确定所提供药品、医用耗材价格。应承诺不得高于我市公立医疗机构价格水平；提供未在医药采购平台挂网的药品和医用耗材的，应承诺不得明显高于我市其他医疗机构价格水平。

第五十一条 乙方向参保人员提供药品、医用耗材、医疗服务和服务设施时，不得实行不公平、歧视性高价，不得以高于非医保患者的价格收费。

第五十二条 乙方应在显著位置如实公开公示所提供的药品、医用耗材、医疗服务和服务设施的价格，自觉接受社会监督和行政监管。

第五十三条 乙方为公立医疗机构（含军队医疗机构）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医药采购平台上采购，医药采购平台未挂网短缺药品须在平台及时备案；乙方为非公立医疗机构的，按照统筹地区相关规定采

购。乙方应严格执行集中带量采购和使用相关规定，根据临床需要精准报量，优先使用集中带量采购中选的药品和医用耗材，不得以任何理由拒绝中选产品进入本机构、配备使用。乙方应当按要求如实向统筹地区医疗保障部门报送药品、医用耗材的采购价格和数量等相关数据。医疗保障部门应当对乙方药品、医用耗材的采购情况进行考核。

第五十四条 甲方按照集中带量采购规定对乙方预付资金。乙方应当按规定与企业结算货款，不得拖欠企业货款，不得变相延长回款时间，并向医疗保障部门报送集中带量采购中选的药品和医用耗材货款结算情况。

第六章 医保绩效考核

第五十五条 甲方应建立并完善医保协议管理核查制度，依法依规开展协议管理核查。甲方或甲方委托的第三方机构，可定期、不定期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。核查工作不得妨碍乙方正常工作秩序。

第五十六条 乙方应当积极配合核查，按要求提供相关资料（含电子数据），确保提供的资料真实、准确、完整，不得拒绝、阻碍核查或者谎报、瞒报。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。

第五十七条 甲方或其委托的符合规定的第三方机构按照协议考核办法，对乙方履行医保协议等情况进行绩效考核，突出对乙方医疗服务行为、服务质量、病案质控、服务能力、服务效率、医疗费用的考核评价，并以适当形式反馈绩效考核结果，医保绩效考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签、预付额度等挂钩。

第五十八条 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请市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。

第五十九条 乙方应按医保部门要求在结算窗口、机构出入门口及药局等重点位置安装视频监控设备（其中至少两个 AI 摄像头），应具备 24 小时视频监控系统，规范管理，确保视频监控设备正常运行，原始视频资料保存应不少于 6 个月。甲方在监督检查过程中，有权调取、查看、复制、封存参保人员诊疗的原始视频资料，有权询问当事人和其他知情人员，乙方应予配合。

第六十条 甲方可视情况通过公开途径将医保绩效考核、医保支付资格管理记分向社会予以公示，有权要求乙方将相关结果在乙方服务场所予以公告。

第七章 医保服务站管理

第六十一条 三级医院设置三级医保服务站；二级医院设置二级及以上医保服务站；一级医院与未评级医院设置一级及以上医保服务站。统一名称为“医疗保障服务站”，并确保医保服务站环境整洁、空间开阔。

第六十二条 乙方应结合实际条件，按照标准化标识要求分级悬挂“医疗保障服务站”牌匾，设置“中国医保一生守护”背景墙、引导标识、岗位信息公示牌、服务事项公示牌、办事流程展示牌及“好差评”牌。各类标识应直观、清晰、明显、易于发现，避免遮挡医保服务站现场公共标识及引导标识。

第六十三条 乙方应按照医保服务站相应级别要求，结合实际服务工作量，合理配置相应工作人员，通过医保网院岗前培训考核，并按照本单位工作要求着装，佩戴工作牌，注重仪容仪表，态度亲和。三级医保服务站至少配置 2 名及以上专职工作人员，1 名备岗工作人员。二级医保服务站至少配置 1 名及以上专职工作人员，1 名备岗工作人员。一级医保服务站至少配置 1 名专（兼）职工作人员。

第六十四条 乙方应按照业务关联性合理布局医保服务站窗口，根据服务事项及服务对象流量动态调整窗口数量，并统一窗口样式。三级医保服务站至少设置 2 个医保服务窗口，同时设置机动窗口，根据服务对象的数量变化，合理配置并动态调整窗口数量；二级医保服务站至少设置 1 个医保服务窗口，根据服务对象的数量变化，合理配置并动态调整窗口数量；一级医保服务站可与其他行业合署办公，提供医保服务，规范设置医保服务窗口台面。

第六十五条 乙方应设置医保服务站自助服务区，三级医保服务站应在医保服务站所属大厅设置自助服务区，提供自助查询等业务办理服务。一级、二级医保服务站结合实际设置自助服务区。

第六十六条 乙方应按照医保服务站相应级别要求提供窗口服务、移动终端服务、自助服务等服务方式。三级医保服务站需提供以上三种服务方式。一、二级医保服务站至少提供窗口服务、移动终端服务两种服务方式。

第六十七条 乙方应按照医保服务站相应级别要求配置软硬件设备、安全设备、医保专网及互联网。二、三级医保服务站应配置医保专网或 VPDN 设备，使用医保业务受

理子系统及时受理医保业务，并在 48 小时内办结。各级医保服务站均应配置互联网。

第六十八条 乙方应按照医保服务站相应级别要求配置办公设备。三级医保服务站配置办公设备包括但不限于办公桌椅、计算机、打印复印一体机、摄像头、网络监控硬盘、录像机、拾音器、高拍仪、窗口外置显示器等。二级医保服务站配置办公设备包括但不限于办公桌椅、计算机、打印复印一体机、摄像头、网络监控硬盘、录像机、高拍仪等。一级医保服务站配置办公设备包括但不限于办公桌椅、计算机、打印机等。

第六十九条 乙方应按照医保服务站相应级别要求配置服务设备。三级医保服务站需配置包括但不限于医保智能自助服务一体机、宣传屏幕（用于播放医保相关宣传视频、图片等资料）、pad 服务终端及便民服务设施。二级医保服务站需配置包括但不限于宣传屏幕（用于播放医保相关宣传视频、图片等资料）、pad 服务终端及便民服务设施。一级医保服务站需配置移动电话或 pad 服务终端及便民服务设施。自助服务一体机及 pad 服务终端需绑定管理系统。

第七十条 按照医保服务站相应级别要求开展医保服务宣传、医保政策咨询、医保信息查询、医保业务办理服务。一、二、三级医保服务站应进行医保电子凭证和 12393 医保服务热线宣传工作。一、二、三级医保服务站至少提供服务地图查询、医保目录查询、特殊药品购药导航、个人参保信息查询、个人账户收支明细信息查询、生育津贴查询、个人药店购药信息查询、个人就医记录信息查询、职工门诊统筹累计查询、门慢门特认定信息查询、个人账户清退查询、转诊转院查询、生育信息查询、异地就医备案信息查询、转移接续查询、慢病额度查询等 16 项查询类服务事项。二、三级医保服务站至少提供医保支付密码重置、城乡居民个人信息修改、个人账户清退登记、参保信息上传国家、异地安置登记、常驻异地工作人员登记、异地安置登记撤销、灵活人员在职转退休、自行转诊登记、定点医疗机构银行账户信息维护、定点零售药店银行账户信息维护、生育津贴申报、城乡居民参保登记、城乡居民暂停参保、灵活就业人员参保登记、灵活就业人员暂停缴费、长期异地门慢门特登记、家庭共济账户绑定等 18 项办理类服务事项。一级医保服务站至少提供医保支付密码重置、城乡居民个人信息修改、个人账户清退登记、异地安置登记、常驻异地工作人员登记、自行转诊登记、灵活人员在职转退休、生育津贴申报、城乡居民参保登记、城乡居民暂停参保、灵活就业人员参保登记、灵活就业人员暂停缴费、长期异地门慢

门特登记、家庭共济账户绑定等 14 项办理类服务事项。可办理服务事项要列举公示, 便于查看。

第七十一条 乙方应在规定时间内完成培训、管理、报送、考核等要求, 不得出现推诿或让群众“多跑腿”“跑长腿”行为。各级医保服务站在管理系统中的服务事项填报次数应不低于就医结算人次的 0.1%；二、三级服务站一体机及 pad 合计服务次数应不低于就医结算人次的 0.1%，且医保业务受理子系统受理次数应不低于就医结算人次的 0.01%。各级医保服务站群众满意度需达到 90%以上。

第七十二条 在二级、三级医保服务站实现新生儿参保登记业务，可按照业务量进行加分。新生儿参保登记业务办件量每达到 1000 件加 4 分。

第七十三条 乙方不得违反国家和省信息安全管理的相关规定，泄露参保人员信息。

第八章 信息管理

第七十四条 甲方应向乙方提供医保信息平台接口标准。乙方应严格按照接口标准在约定时间内做好本机构信息系统与医保信息平台的对接及更新，实现医保费用联网结算，并积极配合甲方开展医保信息平台各项应用、推广，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。乙方应按规定配合甲方应用视频监控、人脸识别、实名制监管等系统。甲方有权要求乙方提供医院信息系统接口标准并获得接入乙方医院信息系统的权限。乙方保证接入医保信息系统的网络、设备安全性，与其它外部网络联网时采用有效的安全措施。乙方外配处方的开具、审核、病历记录等相关内容、应在院内 HIS 系统中可回溯。

第七十五条 乙方按照甲方要求配置必备的医保费用结算设备，支持参保人员使用医保码、社会保障卡、身份证 (极特殊情况下使用) 联网结算医疗费用。乙方应加强对医保结算设备的管理，不得转借或赠与他人，不得改变使用场地，因乙方管理使用不当造成的损失由乙方自行承担。

第七十六条 乙方应做好医保信息业务编码标准数据的深度应用和动态维护工作。

（一）乙方应在院内信息系统中建立医保业务标准编码基础数据库，并及时做好更新维护。

（二）在院内信息系统各工作场景 (医师、护士工作站、进销存、结算清单、药品管理、医用耗材管理) 应用医保代码;

（三）乙方如遇医保医师、医保护士、医保药学人员和医保医技人员新增和退出时，应及时在国家医保信息业务编码数据动态维护库进行变更维护，确保在院执业的卫生专业技术人员与国家医保信息业务编码数据动态维护库信息一致。

（四）乙方如遇使用的药品、医用耗材、医疗服务项目、体外诊断试剂、疾病诊断和手术操作医保代码更新，应及时同步更新院内信息系统基础数据库。

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或造成医保基金损失的，由乙方自行承担。

第七十七条 乙方应配合医疗保障部门依托全国统一的医保信息平台，推进医保电子处方中心落地应用，甲方提供电子病历上传、进销存数据上传对接接口；乙方应配合做好电子处方流转、电子病历上传、进销存数据上传等电子管理系统与医保信息平台的对接。乙方应及时、准确上传进销存台账记录，且应与本协议要求台账记录内容包括的信息项目一致。

第七十八条 乙方应按照甲方要求配置必备的医保身份识别设备，支持参保人员使用医保码。乙方应加强对医保身份识别设备管理，不得转借或赠与他人，因乙方管理使用不当造成的损失由乙方自行承担。

第七十九条 甲方应为乙方对接国家医疗保障信息平台智能监管子系统提供支持，对医药服务行为实时提醒，帮助乙方减少违法违规行为的发生。

第八十条 乙方应按规定及时向医保信息平台传送参保人员医保审核结算和医保基金监管所需信息、数据，并及时传输医疗保障基金结算清单等信息，对其真实性负责。特殊情况不能及时传输的，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、费用信息、电子票据信息等相关信息。

第八十一条 乙方保证对接医保信息平台的网络、设备与互联网物理隔离，与其它外部网络联网时按照相关规定配备网络安全设备，采用有效的安全隔离措施，医保信息数据同步存储备份。因乙方系统升级、硬件损坏等问题造成的损失由乙方自行承担。

第八十二条 甲乙双方制定应急预案，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。

当乙方发生网络安全事件时，应第一时间上报甲方及属地网信、公安等部门并及时启动网络安全应急预案。

第八十三条 乙方应拓展医保码应用，在所有需要身份核验、医保结算的场景，支持使用医保码办理相关业务，实现全流程应用。二级及以上定点医疗机构应实现医保码在挂号、结算、取药、取报告和自助机（含挂号缴费、检验检查报告打印等设备）等就医服务全流程应用，并至少有一笔相应结算记录。

第九章 违约责任

第八十四条 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相关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，或向乙方收取费用的；

（四）无特殊情况，未按协议约定时限及时足额向乙方拨付医保费用的；

（五）未对作出的违约处理结果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）未对乙方的意见建议及时接收、解答、解释说明的；

（九）其他违反法律法规规章及协议约定的行为。

第八十五条 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，督促其限期一个月内整改：

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

（二）未按要求配置医保费用结算设备，不支持参保人使用医保码、社会保障卡或身份证联网结算医疗费用的；

（三）以医保支付、管理政策等为由推诿拒收参保患者的，或要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院的；

（四）未按要求向医保信息平台传送全部就诊人员相关信息；

（五）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；

（六）未执行处方外配制度，拒绝为门诊就诊参保人员开具处方到定点零售药店购药的；

（七）无正当理由拒绝为符合条件的参保人员直接结算医保费用的；拒绝参保人员使用医保电子凭证（医保码）、社保卡等进行医保结算的；

（八）未如实报送药品、医用耗材的采购价格和数量的；

（九）未公示医药价格与收费标准的；违反集中带量采购和使用相关规定的；未向社会公开医药费用、费用结构等信息的；

（十）将甲方不予支付的费用、乙方按医保协议约定被扣除的考核预留金等，作为医保欠费处理的；

（十一）未公布举报投诉渠道，或未及时处理举报投诉或社会监督反映问题的；

（十二）未按规定参与药品和医用耗材集中带量采购工作的；

（十三）未完成药品和医用耗材集中带量采购约定采购量和采购比例的；

（十四）未按规定及时进行集采回款的；

（十五）未按规定优先使用集采中选产品的；

（十六）违规在线下采购药品、医用耗材金额较大，但未造成基金或参保人员损失的；

（十七）未向异地就医参保人员提供异地就医直接结算服务的，或异地就医参保人员的医疗费用明显高于本地同类病例的；

（十八）乙方或乙方工作人员发表关于医保支付、管理政策相关的不当言论，造成恶劣影响的；

（十九）追溯码采集上传率当月未达标的；

（二十）对于住院患者疾病治疗所必须但本机构暂未供应的品种，乙方未执行行业相关部门临采政策，造成参保人员自费院外购药的；

（二十一）未按要求落实网络和数据安全工作，造成安全隐患的；

（二十二）其他未按协议约定落实管理措施，但未造成基金损失的。

第八十六条 经查实，乙方有下列情形之一的，或有第八十五条情形造成社会影响较大的，以及第八十五条整改不到位的，暂停拨付医保费用：

（一）未按规定及时向医保信息平台传送参保人员医保结算和审核所需信息、数据的；

（二）未按规定使用国家统一的医保信息业务编码的；

（三）未配合做好国家信息业务编码标准数据库建设或维护工作的；因医保信息业务编码维护不及时、对应不正确，影响参保人员正常结算或造成结算错误的；

（四）未按照甲方提供的接口标准进行程序开发和改造的；未实现本机构信息系统与医疗保障信息平台完整准确对接的；未确保门诊、住院每笔结算都按规范调用智能审核事前提醒功能的；

（五）未开展药品、医用耗材进销存管理，或者未建立药品、医用耗材的进销存电子台账以及留存相关凭证、票据的；已建立药品、医用耗材进销存台账并将数据上传医保系统，但不能做到账账、账实、账证等相符的；未按要求完成进销存数据初始化及多次上传初始化数据的；未全量实时上传进销存数据的；

（六）未按电子病历书写规范及时、如实上传电子病历或上传信息不完整的；

（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；

（八）不遵守个人信息保护和数据安全有关制度，导致参保人员个人信息或医保数据泄露的；将医保身份识别设备转借或赠与他人的；

（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）在甲方规定时间内未及时退回违规费用、退回预拨付资金的；

（十三）未按规定开展账务处理的，或将甲方不予支付的费用等作为医保欠费处理的；

（十四）未优先配备、使用医保目录内的药品、医用耗材、医疗服务项目的；

（十五）未按《处方管理办法》对处方管理，医保医师未根据病情需要为参保人员开具处方，诱导参保人员“点餐式”开具处方；对符合处方外配相关规定的情形，以歪曲相关行业政策为由，限制、拒绝为参保人员开具符合病情的电子处方或只能开具本机构库存药品处方的。

（十六）未按甲方要求上报医疗费用审核工作相关医疗文书的；

（十七）未按时完成医保电子处方流转改造及工作要求的（乙方为本年度新增定点的，需在签署协议后一个月内完成，乙方为续签定点的无处方流转能力不予续签）；

（十八）乙方未按甲方通知要求落实相关医保政策的；

（十九）对医保患者实行不公平、歧视性高价或其他违反价格法、价格政策的；未履行本协议约定的其他价格相关事项的；

（二十）未按规定在医疗保障行政部门规定的医药采购平台上采购药品、医用耗材的；

（二十一）追溯码采集上传率连续 2 个月均未达标的；

（二十二）未按甲方规定配合使用视频监控、人脸识别、实名制监管等系统，且未造成相关违法违规违约事实的；

（二十三）被约谈但未在限期内完成整改的；

（二十四）其他对基金拨付造成影响，乙方应予以整改的情形。

第八十七条 经查实，乙方有下列违约情形之一的，或第八十六条整改不到位的，甲方暂停拨付医保费用、不予支付或追回已支付的医保费用，并视情节轻重予以中止医保协议、暂停科室、暂停医保医师服务资格：

（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）乙方提供的票据、医保结算数据、处方、医嘱、检查结果、诊断及病程记录等不吻合，或与实际不一致的；

（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、挂床住院的；

（五）以转嫁住院费用为目的，诱导参保人员在住院期间到门诊就医、药店购药或另设账号交费的；

（六）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；

（七）重复收费、超标准收费、分解项目收费的；

（八）未核验参保人员医疗保障凭证，造成冒名就医的；因诊疗服务水平不足、政策解读不到位、因自身问题造成无法结算或拒绝开方但谎称医保要求等原因造成有效投诉的；

（九）诱导入院、低标准入院等，未严格掌握出入院指征和重症监护病房收治标准，造成医保基金损失的；

（十）未按照甲方行政部门规定的门诊慢特病、特药认定标准进行认定，推诿参保人员到其他认定机构认定，或因参保人员未在乙方治疗过或未在乙方进行后续治疗而拒绝为参保人员认定的；未执行甲方行政部门门诊慢特病、特药相关规定，造成医保基金不合理支出的；以药品登记、备案为由，限制参保人员在其他医疗机构购药和报销的；

（十一）超出医保目录范围、药品法定适应症、医保限定支付范围并纳入医保统筹基金结算范围的；

（十二）未按规定正确报送病种或未按规范填报医保结算清单，故意低码高编造成结算标准偏高的，高码低编造成高倍率病例获取病例补偿的；

（十三）以收治长期住院治疗的精神类疾病为主的专科医疗机构超出编制床位数收治患者的；

（十四）未如实记录参保患者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；

（十五）未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、检验检查报告、治疗记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料，造成无法核实费用发生及结算真实情况的；未按照《病历书写规范》、《处方管理办法》等相关规定执行的；

（十六）随意修改服务器和网络配置或擅自修改 HIS 收费系统中医保相关数据，或医保结算数据与实际不符的；

（十七）违规在线下采购药品、医用耗材金额较大，造成基金或参保人员损失的；

（十八）未按甲方要求实时传输相关数据、信息的；

（十九）未严格掌握物理治疗与康复项目、中医诊疗项目、精神科诊疗项目、口腔科治疗等项目适应证，或未按要求记录治疗部位、次数、疗程等明细的；（单次普通门诊中医理疗处方最长不超过 7 日）

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

（二十一）推诿、拒收参保人员，或者减少服务、降低服务标准的；

（二十二）超限定使用范围及适应证用药，将无指征、超疗程用药等纳入医保结算范围的；

（二十三）将不符合规定的医疗机构制剂纳入医保基金支付的；

（二十四）违反有关部门规定配置使用医疗设施设备、增加床位，并纳入医保基金支付的；

（二十五）医疗机构药品、医用耗材等违反规定加价销售，或者其他违反医疗收费规定的；

（二十六）在各类诊疗期间参保人员发生结算但没有对应签到记录的或签到签退时长未达到正常诊疗时长的；

（二十七）乙方未按甲方要求专款专用的，将预付周转金用于非药品和医用耗材采购等医疗费用的；

（二十八）经其他行业监管部门查处，存在医保基金使用不规范行为的；

（二十九）其他造成医保基金损失的行为。

第八十八条 乙方发生下列违约情形之一的，或违反有第八十七条情形且造成医保基金较大损失或社会影响较大的，及第八十七条整改不到位的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，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）：

（一）根据协议监督检查和绩效考核，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；

（二）采取虚假宣传或不正当宣传、减免起付标准、减免个人负担费用、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；

（三）串换药品、医用耗材、医疗服务项目的；

（四）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的；

（五）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；

（六）将科室承包、出租给个人或其他机构的；

（七）未保证“一药一码”，出现药品反复销售情况的；

（八）乙方的医保医师、医保护士、医保药学人员和医保医技人员出现虚假考勤和违规考勤的；

（九）要求提供核查违法违规违约行为相关材料，在甲方规定时限内无法提供，且造成违法违规违约事实的；

（十）门诊慢特病病种认定提供虚假认定资料的；

（十一）未按协议要求保存监控视频的；

（十二）法律法规规章规定的应当中止协议的其他情形。

第八十九条 乙方发生下列违约情形之一的，或有第八十五条、第八十六条、第八十七条、第八十八条情形且性质恶劣的，或造成医保基金重大损失的，或社会影响严重的，甲方不予支付或追回已支付的医保费用，给予乙方解除协议处理（可视情况执行到相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务），并向社会公布解除协议情况，可要求乙方支付违约金，违约金原则上不得超过乙方违规费用的 30%：

（一）协议履行期间，医疗机构设置及配置不再符合本统筹地区定点医疗机构确定的基本条件和评估要求的；

（二）医保协议有效期内累计 2 次被中止医保协议的；

（三）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

（四）为非定点医药机构或处于中止医保协议期间的医药机构提供医保费用结算的；

（五）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、实地评估等，情节恶劣的；

（六）被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的；

（七）乙方停业或歇业后未按规定向甲方报告的；

（八）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；

（九）被吊销医疗机构执业许可证、诊所备案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）拒不配合做好电子处方流转、电子病历上传、医保结算清单上传、追溯码采集上传、进销存电子管理系统、事前事中智能审核系统与医保信息平台对接的；

（十二）将医保结算设备转借、赠与他人或改变使用场地的；

（十三）经医疗保障部门或其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；

（十四）所属的互联网医院未与甲方签订补充协议，但开具互联网电子处方流转至定点零售药店并完成医保结算的；

（十五）诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料、虚假认证材料，或者串通他人虚开费用单据的；

（十六）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，骗取医疗保障基金的；

（十七）为参保人员套取个人账户资金的；

（十八）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

（十九）将不具备医保结算资格的分支机构或其他定点医药机构的医疗费用纳入医保结算的；在中止协议期间，要求患者自费而后补刷医保，将处于中止协议期间的医疗机构医疗费用纳入申请医保结算范围的；

（二十）未按要求落实医保网络和数据安全工作，导致发生网络安全事件或被网信、公安等部门通报处理的；

（二十一）法律法规规章规定的应当解除协议的其他情形。

乙方如被解除服务协议，三年内不得申请医保定点医疗机构服务。

第九十条 乙方违反《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等相关法律法规或违反医保协议约定，依法还应给予行政处罚的，甲方应移交同级医疗保障行政部门处理。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。

第九十一条 对违反医保协议的乙方相关责任人员，根据行为性质和负有责任程度等，按照医保支付资格管理要求进行记分，当记分达到一定分值，暂停或终止相关责任人员医保支付资格和费用结算。

第九十二条 审计、公安、检察院、法院、纪检、卫生健康、中医药、市场监管、药品监管等部门发现乙方涉嫌存在重大违法违规行为、影响医保基金安全等情形，向甲方通报后，甲方可对乙方采取暂停医保费用结算等措施。待有关部门调查完结后，查实乙方存在违反协议约定情形的，甲方依据医保协议做出协议处理。

第九十三条 经查实，乙方及工作人员存在骗取医保基金等违法违规行为的，甲方可提请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，开展信用管理，并按相关规定进行公开和惩戒处理。

第九十四条 甲方与省医保核查结果互认，其他统筹区因乙方违法违规与乙方中止或解除医保协议，乙方在甲方的医保协议也同时中止或解除。

第九十五条 甲方或乙方及工作人员违法泄露参保人员个人信息的，或甲方泄露乙方商业秘密的，按有关法律法规处理。

第九十六条 乙方在中止、终止、解除医保协议期间，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。

第九十七条 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机构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。

第九十八条 在协议履行期内，乙方科室部分医务人员被甲方中止或终止提供医保服务的，甲方有权中止或终止该科室提供的医保服务。

第十章 附 则

第九十九条 协议续签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。

第一百条 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，在“医疗保障信息业务编码标准数据库动态维护平台”（https://code.nhsa.gov.cn/）维护，并向甲方提出变更备案申请。其他一般信息变更应及时书面告知。

以上变更申请被甲方审核通过后，需在 5 个工作日内在“医疗保障信息业务编码标准数据库动态维护平台”（https://code.nhsa.gov.cn/）维护，其他一般信息变更应及时书面告知。

乙方变更注册地址的（实际营业地址不变的除外），应提前 5 个工作日告知医保经办机构，医保经办机构暂停医疗保障基金结算。完成变更后，定点医药机构应在规定时间内向医保经办机构提出现场评估申请，经评估符合定点条件的，恢复医疗保障基金结算；不符合定点条件的，医保协议终止。乙方发生下列情形之一的，甲方不予受理其信息变更：

（一）乙方因违法违规违约处于中止协议处理期间的；

（二）乙方涉嫌违法违规违约处于协议管理核查期间的；

（三）法律法规和规章规定的其他情形。

第一百零一条 协议执行期间，国家法律法规和政策发生调整的，从其规定。针对调整部分，甲乙双方可按照新规定对本协议进行修改和补充，其效力与本协议等同。

第一百零二条 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，乙方仍未申请继续履行医保协议的，原则上本协议自动终止。

第一百零三条 有下列情形之一的，协议终止：

（一）乙方主动提出解除医保协议且甲方同意的；

（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）乙方未按照第一百零二条要求向甲方申请协议中止并完成备案，原则上连续 6 个月及以上未发生医保基金结算的；

（四）乙方注销医疗机构执业许可证、诊所备案证、中医诊所备案证或营业执照的；

（五）因不可抗力致使协议不能履行的；

（六）法律法规和规章规定的其他情形。

第一百零四条 双方中止、终止或解除协议的，甲乙双方应对在院、出院未结算等参保人员共同做好善后工作。乙方终止或解除协议后，不得再悬挂定点医疗机构标识。

第一百零五条 本协议有效期自 2025 年 X 月 X 日起 2025 年 12 月 31 日止。协议期满后，因甲方原因未续签协议前，原协议继续生效。

第一百零六条 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。

第一百零七条 本协议未尽事宜，甲乙双方可签订《补充服务协议》或以换文形式进行补充，与本协议具有同等效力。

第一百零八条 本协议相关名词解释参照《医疗保障基金使用监督管理条例》释义。

甲方（公章）:_____ 乙方（公章）:_____

法定代表人（签章）:_____ 法定代表人（签章）:_____

____年____月____日 ____年____月____日

定点医疗机构服务质量考核办法

为进一步规范定点医疗机构的服务行为，提高医疗服务质量，采用具体量化考核指标的管理形式制定本办法。

第一条 甲方对乙方履行《哈尔滨市医疗保障定点医疗机构服务协议》（2025 年）的情况进行考核，采取定期检查和不定期专项抽查相结合的考核方式。考核实行总分子分制。

第二条 甲方每月将乙方发生的费用中审核合理部分 95

第三条 考核主要内容：

（一）综合管理；（30 分）

（二）医疗服务管理；（660 分）

（三）目录管理；（50 分）

（四）财务管理；（100 分）

（五）信息管理；（100 分）

（六）医保服务站管理；（60 分）

以上内容每大项中的小项分数可在多次检查中反复扣除，直至本大项分数扣完为止。

第四条 考核金具体支付标准如下：

（一）年度总评分 950 分以上（不含 950 分）为优秀，甲方将全部考核金支付给乙方；

（二）年度总评分 800-950 分（含 800 分）为良好，甲方将考核金的 80-95%（每扣 10 分扣除考核金的 1%）支付乙方；

（三）年度总评分 700-800 分（含 700 分）为合格，甲方将考核金的 60-80%（每扣 10 分扣除考核金 2%）支付乙方；

（四）年度总评分 600-700 分（不含 700 分）为基本合格，甲方将考核金的 50% 支付乙方，并限期整改；

（五）年度总评分 600 分以下（不含 600 分）不合格，甲方扣除全部考核金，同时限期整改，逾期仍不能达到标准的终止乙方定点医疗机构服务协议。

附表：

表 8.1：定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
一	综合管理（30）分	1	管理机构健全；机构相关信息变动按规定及时告知甲方。	10	未达到要求每项扣 5 分。
		2	在显著位置悬挂定点医疗机构标识、医保结算窗口指示牌、导诊图、就诊流程等。	5	未达到要求每项扣 5 分，直到扣除该大项分数。
		3	按照审核要求及时做好医疗机构、医保科室、医保医师信息维护及变更，不得在结算时上传已注销的医师。	5	未按要求及时做好信息维护和变更的每项扣 5 分；结算时上传已注销医师的扣除该大项分数。

表 8.1: 定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
一	综合管理（30）分	4	及时学习了解掌握医保部门发布的医保政策、通知公告，按公告要求做好相关医保政策宣传。做好医务人员医保政策培训工作，定期组织政策培训和知识考核。	5	未达到要求每项扣 2.5 分。
二	医疗服务管理（660）分	5	公开医药费用及费用结构信息，负责为参保人员正确解释医保政策，及时处理举报投诉问题。	5	未达到要求每项扣 5 分。
		6	不得通过伪造医疗文书、医学证明、财务票据或凭证、利用电子信息等方式，虚构医疗服务“假住院、假就诊”骗取医保基金。	※	发生一例扣除全部考核分数。
		7	不得为非定点医疗机构、中止协议医疗机构提供医疗费用结算。	※	发生一例扣除全部考核分数。
		8	不得过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得分解住院、挂床住院，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施。	30	发生一例扣 5 分。

表 8.1：定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
二	医疗服务管理（660）分	9	不得将甲方因乙方违规行为而拒付的费用，转嫁于参保患者，擅自做退结算或无费退院处理。	※	发生前述行为的扣 100 分。
		10	不得收集、留存参保人员医疗保障凭证。	20	违反一例扣 20 分，直到扣除该大项分数。
		11	不得拒绝参保人员使用有效医保电子凭证或社会保障卡等提供就医和结算；不得擅自将相关信息纳入医院报销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；不得因结算方式调整（含定期核准调整）；考核管理由，要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院。未按要求向医保信息平台传送全部就诊人员相关信息；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。	50	发现一例扣 2 分。
		12	住院期间特殊治疗不得中途办理出院结算。	10	发现一例扣 2 分。

表 8.1：定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
二	医疗服务管理（660）分	13	医保系统正常情况不符，不得以任何借口推诿、延迟参保人员结算；不得要求参保人员自费结算到甲方零星报销；不得将乙方自身系统原因导致结算不畅归结到甲方，并导致参保人员垫付费用到甲方办理报销。	※	发现一例扣 5 分。
		14	门诊处方外配时，需加盖乙方专用章，医生签名章，不得以各种理由拒绝为参保人员开具符合病情电子外配处方或只开具本机构库存药品处方；未按《处方管理办法》对处方管理，医保医师未根据病情需要为参保人员开具处方。	10	发现一例扣 2 分。
		15	所属互联网医院未与甲方签订补充协议，但开具电子处方或转至定点零售药店并完成医保结算。	※	发现一例扣除本大项分。

表 8.1：定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
二	医疗服务管理（660）分	16	承担门诊慢特病、特殊药品登记定点医疗机构，不得因参保人员未在乙方治疗或未在乙方进行后续治疗而拒绝为参保人员认定。承担门诊慢性病认定医疗机构，不得拒绝因患重病或长期卧床不便到现场参加认定的申报患者申请上门认定工作。	※	未达要求一次扣 5 分，上限 50 分。
		17	承担门诊慢特病、特殊药品登记定点医疗机构不得出具虚假认定证明，不得高密认定，或未执行本统筹地区门诊慢特病医疗保障相关规定的。	※	发现一例扣 20 分，上限 100 分。
		18	诊疗记录应当真实完整清晰，对于满足互认条件的检查结果不得重复检查。	10	未达到要求扣 10 分。
		19	为符合特诊条件的参保人员办理特诊并在 24 小时内完成出院结算。	※	未达到要求一次扣 5 分。

表 8.1：定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
二	医疗服务管理（660）分	20	承担异地就医任务的医疗机构，结算窗口明显位置紧贴“异地就医结算窗口”标识，引导异地就医人员及时办理备案手续。乙方作为就医地点、无特殊情况不得要求异地参保人员自费结算，不得将参保人员现金垫付回参保地手工报销。	※	未达到要求每项扣 5 分。
		21	符合就医管理规定的无第三方责任外伤费用纳入异地就医直接结算范围，就医地经办机构应将相关费用一并纳入核查范围。	※	未达到要求每项扣 5 分。
		22	异地就医患者发生报销时，按照异地报销处理流程，主动协助患者联系当地医保经办机构反馈报销问题。	※	未达到要求扣 5 分。
		23	乙方是异地门候特病定点医疗机构，未按甲方规定向异地参保人员提供高血压、冠心病、脑梗等 25 种门候特病异地直接结算服务。	※	未达到要求扣 5 分。
		24	未对有限制使用范围的药品进行合理解释造成参保人员误解、投诉、上访。	5	未达到要求扣 5 分。

表 8.1: 定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
二	医疗服务管理（660）分	25	保障特殊药品及时有效供应，细化特药采购、使用、管理措施。	5	未达到要求扣 5 分。
		26	医保业务标准化动态维护不及时，应用场景不全面。	5	未达到要求扣 5 分。
		27	及时、完整、规范、合理上传就医和结算信息，严格执行《病历书写基本规范》、《处方管理办法》等相关规定，门诊与住院病历的诊疗记录应当真实、准确、及时、完整、清晰，住院病历医嘱、病程记录、检查结果、治疗记录单和票据、结算单等要与实际情况相符；住院电子病历及医保结算清单未在 7 个工作日内上传。	20	发现一例不符扣 2 分，上限 20 分。
		28	按要求规范上传医保结算清单并且上传率达到 100%。	5	未达到要求扣 5 分。
		29	按要求提供医保结算清单审核所需医疗文书。	5	未达到要求扣 5 分。
		30	按要求规范上传电子病历且数量达到 100%。	5	未达到要求扣 5 分。
		31	为门诊慢特病、特殊药品使用参保人员开具不符合疾病病情的药品，或诱导参保人员随意开药。	20	发现一例扣 2 分。

表 8.1: 定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
二	医疗服务管理（660）分	32	配备医保目录常规药品，为参保人员提供用药供应。因常规药品未配备造成参保人员上访。	20	发现一例扣 2 分。
		33	不得拒绝、阻挠或不配合开展必要监督检查。因违反医保相关规定被禁止服务，在恢复医保服务资格后，不得将中止期间发生的结算费用纳入医保结算。	※	违反一次扣除全部考核分数。
		34	对参保人员身份进行核查，发现问题不得进行结算。不得收集留存参保人员医保凭证，主动清理院内“单换现金”、“现金购药”、“病历制作”等涉及骗保小广告。	10	未达要求一次扣 10 分。
		35	严格执行外配处方制度，对符合普通门诊统筹外配处方条件的，乙方应及时为参保人员开具电子外配处方，并上传至医保电子处方中心，不得以各种理由拒绝为参保人员开具电子外配处方。	10	未达要求一次扣 10 分。

表 8.1：定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
二	医疗服务管理（660）分	36	不得采取减免起付标准、减免应由个人负担费用、发放实物、发放卡券、返还现金、免费体检等名义，诱导参保人员住院，不得以医保定点名义从事商业广告和促销活动，诱导医疗消费。	※	未达到要求扣 100 分。
		37	严格掌握人、出院、重症监护收治标准，严禁为参保人员编造请假条、转院单。	30	发现一例扣 5 分，上限 30 分。
		38	严格执行按实身份造成参保人员冒名顶替，其他人代替参保人员企图欺骗检查人员的，按冒名顶替处理。	※	发现冒名顶替一人扣 100 分，直至扣除该项考核分数。
		39	对住院参保人员应以主动告诫，应对同级或上一级医疗机构检查化验结果实行互认，避免不必要的重复检查。	5	未达要求一例扣 5 分。

表 8.1: 定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
二	医疗服务管理（660）分	40	参保人员应用乙类或自费药品，诊疗项目和医用耗材时，必须通过本人或其家属知情同意并签字确认，否则参保人员有权拒付相关医疗费用。严禁推诿、诱导参保人员治疗及用药。对于住院患者疾病治疗所必须但未机构暂未供应的品种，乙方未执行行业相关部门临床政策，造成参保人员自费院外购药的。	5	未达要求一例扣 5 分。
		41	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。	20	违反一项扣 5 分。
		42	诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药、发现骗保嫌疑的情况应及时报告甲方。	※	违反一次扣除全部考核分数。
		43	提出《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。	※	违反规定的扣 50 分。

表 8.1：定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
二	医疗服务管理（660）分	44	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；发生医疗事故；将有第三方责任的医疗费用纳入医保结算；将与参保人员发生医疗纠纷，乙方责任范围内的费用纳入医保结算。	※	发现一例扣 5 分，上限 50 分。
		45	未严格掌握物理治疗与康复项目、中医诊疗项目、精神科诊疗项目、口腔科治疗等项目适应证，或未按要求记录治疗部位、次数、疗程等明细的。	30	发现一例扣 2 分，上限 30 分。
		46	未严格掌握辅助检查的适应证和禁忌证，将大型仪器检查项目、非必要的检验项目等作为常规检查的，或者未按规定开展检查检验结果互认的。	30	发现一例扣 2 分，上限 30 分。
		47	将不具备医保结算资格的分支机构，或其他定点医药机构的医疗费纳入医保结算的。	30	违反规定的扣 30 分。
		48	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的。	※	发现一例扣 50 分。

表 8.1: 定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
二	医疗服务管理（660）分	49	将科室承包、出租给个人或其他机构的。	※	违反规定的扣 50 分。
		50	不得将经费指标分解到参保人员入头; 不得以报销不实发票由单条报人员自费住院、强行其他医、不得推诿病人。	10	未达到要求扣 10 分。
		51	严禁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、保健品等费用纳入医疗保险费用范围内支付，坚持医疗。	30	发生一项扣 20 分，上限 200 分。

表 8.1: 定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
二	医疗服务管理（660）分	52	按照国家有关行政部门的规定，购进、使用、管理药品和医用耗材，及时调整药品供应结构，如实提供医保三项目录使用数量和价格及进销存台账，确保医保目录内药品的供应。按规定保管财务账目、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。建立真实、完整、准确的进销存台账，台账做到账到账、账实、账证等相符。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，确保其使用信息的可追溯性。未实时、准确上传进销存数据的。	30	未达到要求扣 30 分。
		53	不得要求参保人员在住院期间自行门诊就医、药店购药或另设自付账号付费。	10	发生一例扣 10 分，直到扣完该项全部分数。
		54	严禁违反用药管理规定，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。	30	发生一例扣 2 分，上限 30 分。
		55	严禁参保人员出院超量带药，带检查或治疗项目出院。	30	发生一例扣 2 分，上限 30 分。

表 8.1: 定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
二	医疗服务管理（660）分	56	医疗机构未按合同约定及时支付集中采购药品、医用耗材货款，或以承兑汇票等方式变相拖延货款。	5	违反一次扣除本项考核分数。
		57	未按规定参与药品和医用耗材集中带量采购工作的。	20	发生一例扣 5 分。
		58	未及时、如实、准确上报采购相关数据影响后续集中采购工作。	30	发生一例扣 5 分。
		59	对通过招标、谈判等方式形成的药品、医用耗材采购价格另行组织议价。	10	发生一次扣除本项考核分数。
		60	药品、医用耗材违规线下采购，导致医保资金损失。	10	发生一例扣 5 分，直至扣完为止。
		61	未优先采购集中带量采购中选药品和医用耗材，采购比例未达到国家和各级组织采购药品规定的中选采购比例要求。	25	发生一例扣 5 分，直至扣完为止。
		62	未完成各级组织的集中带量采购药品、医用耗材的约定采购量。	30	发生一例扣 10 分，直至扣完为止。
		63	未按照有关要求及时返还医保预付资金或违约金的。	10	发生一例扣 10 分

表 8.1: 定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
二	医疗服务管理（660）分	64	乙方按照医疗保障部门要求，积极参与配合深化医疗服务价格改革试点工作，甲方根据乙方在加强价格管理、执行价格政策、落实改革任务、收入结构变化、规范价格行为五个方面内容完成情况对乙方进行评分。	加分项	此项为考核加分项，根据《哈尔滨市医疗服务价格主体责任考核办法（试行）》明确的奖惩措施，在医疗服务价格改革试点工作中得分在 60~100 分区间（含 100 分），按照百分比换算为考核分数；作为年度考核加分项；得分在 30 60 分区间（含 60 分），考核分数为 3 分；作为年度考核加分项；得分在 0~30 分区间（含 30 分）考核分数为 0 分；在医疗服务价格改革试点工作中得分为 0 分的，考核分数扣 10 分。
		65	高值医用耗材采购制度不完善的，采购信息不公开的。	10	发生一次扣除本项考核分数。
		66	其他违反《哈尔滨市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费监督管理办法（试行）》政策规定。	10	发生一例扣 2 分。
三	目录管理（50 分）	67	严格执行基本医疗保险药品目录、诊疗目录、医疗服务设施项目等管理办法，认真做好三项目录使用工作。	50	因使用错误导致医保基金或参保人员损失的，发现一例扣 10 分。

表 8.1：定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
四	财务管理（100 分）	68	为参保人员获取个人账户资金的，或为参保人员开具虚假票据或者欺诈签名。	※	发生一例扣除本项全部考核分数。
		69	按照规定保管财务账目、会计凭证等资料。	40	未达到要求扣除本项分数。
		70	参保人员就医结算后医疗收费票据不慎丢失，需要乙方按照规定提供补制票据材料时，应及时为参保人员提供服务。	15	未达到要求每次扣 5 分，扣完为止。
		71	参保人员就医结算时如乙方提供的电子医疗收费票据纸质件的，参保人员同时要求提供电子票据数据文件，乙方应及时提供。	15	未达到要求每次扣 5 分，扣完为止。
		72	甲方按文件规定向乙方预拨的医保资金，乙方应按照规定的时限和方式及时返还。	20	未达到要求扣除本项全部分数。
		73	按每月费用申报规定时限进行申报；乙方应于每年 1 月前三个工作日内完成上年度各月月结算费用的对账及申报工作。	10	未达到要求扣 10 分。
五	信息管理（100 分）	74	对信息系统故障暂时不能结算等情况，应进行解释引导，不得曲解信息及处理措施。因医疗机构自身原因不能结算，不得欺骗参保人员将问题推至甲方。	40	未达到要求扣除本项全部分数。

表 8.1：定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
五	信息管理（100 分）	75	按照甲方发布的医疗保障信息平台相关技术规范和网络、接口、编码标准及其他信息化工作要求，配备与医保联网和结算服务相关的设施设备，实现与医疗保障信息平台安全、有效对接，与甲方连接的信息系统在与其他外部网络联网时采用规范、有效的安全隔离措施。	※	未达要求扣除本大项考核分数。
		76	乙方医保电子凭证未实现全流程应用（在所有需要身份核验、医保结算的场景，均应支持使用医保电子凭证办理相关业务），其中二级及以上定点医疗机构应实现医保电子凭证在挂号、结算、取药、取报告和自助机（含挂号缴费、检验检查报告打印等设备）等就医服务全流程应用。	30	违反一次扣除本项考核分数。
		77	全年使用医保码平均结算占比大于 30%低于 40%的定点医疗机构年终考核加 30 分，大于 40%低于 50%加 50 分，大于 50%低于 60%加 70 分。	加分项	全年使用医保码平均结算占比 30%及以上的，对年度考核分别加 30 分、50 分、70 分。
		78	严禁随意修改服务器和网络配置或擅自修改收费系统相关数据。	※	违反一次扣除本大项考核分数。
		79	不得违反国家和省信息安全管理相关规定，泄露参保人员信息。	※	违反一次扣除本大项考核分数。

五 信息管理（100 分）

表 8.1：定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
		80	不得违反国家、省网络和数据安全管理制度规定，在未落实相关规定发生网络和数据安全事件，造成医疗保障信息平台被攻击、破坏的。	※	违反一次 扣除全部考核分数。
		81	未按协议要求保存监控视频录像的。	30	未达到要求 扣除本项考核分数。
六	医保服务站管理（60 分）	82	三级医院设置三级医保服务站；二级医院设置二级及以上医保服务站；一级医院与未评级医院设置一级及以上医保服务站。统一名称为“医疗保障服务站”，并确保医保服务站环境整洁、空间开阔。	2	未达要求 本项不得分。
		83	乙方应结合实际条件，按照标准化标识要求分级悬挂“医疗保障服务站”牌匾，设置“中国医保一生守护”背景墙、引导标识、岗位信息公示牌、办事流程展示牌及“好差评”牌。各类标识应直观、清晰、明显、易于发现，避免遮挡医保服务站现场公共标识及引导标识。	10	未达要求 本项不得分。

表 8.1: 定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
六	医保服务站管理（60 分）	84	乙方应按照医保服务站相应级别要求，结合实际服务工作量，合理配置相应工作人员，通过医保网院岗前培训考核，并按照本单位工作要求着装，佩戴工作牌，注重仪容仪表，态度亲和。三级医保服务站至少配置 1 名及以上专职工作人员，1 名备岗工作人员。二级医保服务站至少配置 1 名及以上专职工作人员，1 名备岗工作人员。一级医保服务站至少配置 1 名专（兼）职工作人员。	10	未达要求本项不得分。
		85	三级医保服务站至少设置 2 个医保服务窗口，并设置机动窗口；二级医保服务站至少设置 1 个医保服务窗口；一级医保服务站按实际需求提供医保服务。各级医保服务站需按照事项的业务关联性合理布局窗口，根据服务对象的流量变化，合理配置并动态调整窗口数量，规范设置医保服务窗口台面。	10	未达要求本项不得分。
		86	三级医保服务站应在医保服务站所属大厅设置自助服务区，为办事群众提供自助查询、办理服务。一、二级医保服务站结合实际条件设置。	10	未达要求本项不得分。

表 8.1: 定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
六	医保服务站管理（60 分）	87	三级医保服务站至少提供窗口服务、移动终端服务、自助服务三项服务方式，一、二级医保服务站至少提供窗口服务、移动终端服务两种服务方式。	2	未达要求本项不得分。
		88	乙方应按照医保服务站相应级别要求配置软硬件设备、安全设备、医保专网及互联网。二、三级医保服务站应配置医保专网或 VPDN 设备，使用医保业务受理子系统及时受理医保业务，并在 48 小时内办结。各级医保服务站均应配置互联网。	2	未达要求本项不得分。
		89	三级医保服务站配置办公设备包括但不限于办公桌椅、计算机、打印复印一体机、摄像头、网络监控硬盘、录像机、拾音器、高拍仪、窗口外置显示器等。二级医保服务站配置办公设备包括但不限于办公桌椅、计算机、打印复印一体机、摄像头、网络监控硬盘、录像机、高拍仪等。一级医保服务站配置办公设备包括但不限于办公桌椅、计算机、打印机等。	2	未达要求本项不得分。

表 8.1: 定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
六	医保服务站管理（60 分）	90	三级医保服务站需配置包括但不限于医保智能自助服务一体机、宣传屏幕（用于播放医保相关宣传视频、图片等资料）、pad 服务终端及便民服务设施。二级医保服务站需配置包括但不限于宣传屏幕（用于播放医保相关宣传视频、图片等资料）、pad 服务终端及便民服务设施。一级医保服务站需配置移动电话或 pad 服务终端及便民服务设施，自助服务一体机及 pad 服务终端需绑定管理系统。	2	未达要求本项不得分。
		91-1	各级医保服务站均需进行医保电子凭证和 12393 医保服务热线宣传工作。各级医保服务站至少提供服务地图查询、医保目录查询、特殊药品购药导航、个人参保信息查询、个人账户收支明细信息查询、生育津贴查询、个人药店购药信息查询、个人就医记录信息查询、职工门诊统筹累计查询、门慢门特认定信息查询、个人账户清退查询、转诊转院查询、生育信息查询、异地就医备案信息查询、转移接续查询、便病额度查询等 16 项查询类服务事项，三级上限医保服务站至少提供医保支付密码重置、城乡居民个人信息		

表 8.1: 定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
六	医保服务站管理（60 分）	91-2	修改、个人账户清退登记、参保信息上传国家、异地安置登记、常驻异地工作人员登记、异地安置登记撤销、灵活人员在职转退休、自行转诊登记、定点医疗机构银行账户信息维护、定点零售药店银行账户信息维护、生育津贴申报、城乡居民参保登记、城乡居民暂停参保、灵活就业人员参保登记、灵活就业人员暂停缴费、长期异地门便门特登记、家庭共济账户绑定等 18 项办理类服务事项。一级医保服务站至少提供医保支付密码重置、城乡居民个人信息修改、个人账户清退登记、异地安置登记、常驻异地工作人员登记、自行转诊登记、灵活人员在职转退休、生育津贴申报、城乡居民参保登记、城乡居民暂停参保、灵活就业人员参保登记、灵活就业人员暂停缴费、长期异地门慢门特登记、家庭共济账户绑定等 14 项办理类服务事项。可办理服务事项需设置服务事项公示牌。	8	每缺少 1 类事项扣 1 分。

表 8.1: 定点医疗机构服务质量考核评分标准

序号	项目	考核内容		单项分数	评分标准
六	医保服务站管理（60 分）	92	各级医保服务站在管理系统中的服务事项填报次数应不低于就医结算人次的 0.1%；二、三级服务站一体机及 pad 合计服务次数应不低于就医结算人次的 0.1%，且医保业务受理子系统受理次数应不低于就医结算人次的 0.01%。各级医保服务站群众满意度需达到 90%以上。	2	未达要求本项不得分。