

河北省医疗保障  
定点医疗机构医疗服务协议

甲 方： \_\_\_\_\_  
法定代表人： \_\_\_\_\_  
地 址： \_\_\_\_\_  
邮政编码： \_\_\_\_\_  
联系电话： \_\_\_\_\_

乙 方： \_\_\_\_\_  
法定代表人： \_\_\_\_\_  
地 址： \_\_\_\_\_  
邮政编码： \_\_\_\_\_  
联系电话： \_\_\_\_\_

河北省医疗保障局制订

年

为规范医疗保障定点医疗机构管理，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》《医疗机构管理条例》《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《河北省医疗保障基金监管办法》等法律法规及相关政策，甲乙双方在自愿、平等、协商的基础上，就医疗保障服务有关事宜签定如下协议。

## 第一章 总 则

第一条 甲乙双方应当认真遵守国家、省以及本统筹地区医疗保障、卫健、市场监管等法律法规及相关政策，保证参保人员享受医疗保障待遇。

第二条 乙方为职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、异地就医及其他符合规定的参保人员以及医疗救助对象（以下统称“参保人员”）提供医疗保障服务，适用本协议。

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

甲方允许乙方申请开展的医疗保障服务类别，签署协议时可在下列相应选项中划“√”：职工普通门诊、职工住院、职工门诊慢性疾病、职工特殊疾病、职工门诊统筹、职工生育；城乡居民普通门诊、城乡居民住院、城乡居民门诊慢性疾病、城乡居民门诊特殊疾病、城乡居民普通门诊统筹、城乡居民生育、体检、离休医疗统筹非因公意外伤害、

其他服务。

第四条 甲方行使以下权利：

（一）按照法律法规规章及相关政策对乙方开展协议管理；组织乙方有关人员开展医保培训；

（二）掌握乙方的运行管理情况，从乙方获得医保费用审核、稽核检查和绩效考核等所需要的信息数据以及药品、医用耗材、医疗服务项目数量和价格等资料；

（三）对乙方工作人员的医疗服务行为、执行医保政策、履行医疗保障服务协议（以下简称医保协议）等情况进行考核；

（四）可以聘请符合条件的会计师事务所、审计师事务所等第三方机构或财务、计算机、医疗等方面专业人员协助开展监督检查；

（五）督促乙方履行医保协议、查处乙方违约行为，根据协议约定，给予乙方约谈、限期整改、暂停拨付、不予支付、追回违规费用、扣除质量保证金、要求支付违约金、中止相关责任人员或者责任部门医保服务、中止协议、解除协议等处理；

（六）向行政部门和社会公众通报乙方执行法律法规及相关政策、履行医保协议以及违法违规违约行为处理、考核等情况；

（七）督导乙方按期完成医疗保障制度相关改革工作，包括信息化建设、医保支付方式改革等；

（八）法律法规规章及政策规定的其他权利。

第五条 乙方行使以下权利：

（一）接受医保基金支付的医保费用；

（二）要求甲方对乙方作出的违约处理进行解释说明，申请复核；

（三）对甲方的检查及处理进行陈述、申辩；

（四）要求甲方纠正违约行为，或者提请医疗保障行政部门协调处理，也可以依法申请行政复议、提起行政诉讼；

（五）法律法规规章及政策规定的其他权利。

第六条 甲方履行以下义务：

（一）贯彻法律法规和规章及政策规定，加强医保基金管理，为乙方和参保人员提供优质高效的医疗保障服务；

（二）做好医保政策、经办规程的宣传，提供咨询查询服务；

（三）建立集体谈判协商机制，合理确定智能审核规则、医保费用拨付时限等，组织乙方签订医保服务协议、规范医疗服务行为、明确违约行为及其责任；

（四）按协议约定及时向乙方拨付医保费用；

（五）对乙方违规费用的处理进行解释说明；

（六）遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私、乙方商业秘密；

（七）及时向社会公布签订医保协议的定点医疗机构名单；

（八）法律法规规章规定的其他义务。

第七条 乙方履行以下义务：

（一）依据法律法规、医保政策、诊疗规范和本协议约定，为参保人员提供合理、必要的医疗服务，规范医疗服务行为，提高服务质量，合理使用医保基金，维护参保人员合法权益；

（二）建立完善自查、自纠、自我监督工作机制，建立医保管理、价格、财务、统计信息和基金使用等内部管理制度，健全考核评价体系，开展医保政策内部培训，定期检查本机构医保基金使用情况，及时纠正不规范行为，向甲方提供基金使用情况分析报告；

（三）健全本机构医保管理部门，明确主要负责人为医保工作第一责任人，负责医保工作。配备专（兼）职管理人员，公布咨询电话，实施医保管理、开展政策宣传、提供咨询服务；

（四）在显著位置悬挂甲方统一样式的定点医疗机构标识，执行实名就医购药，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，规范票据管理；乙方严格按财务管理规定执行，做到日清月结，建立医疗费用收入账、药品、一次性医用材料进销存台账并妥善保管随货同行单（即药品明细）、税票（无明细的视同废票）等资料，以备核查。对于财务管理制度不健全，账目混乱、大额现金购入药品（耗材、器械）等或不能及时提供核查材料的，甲方有权拒绝支付相关费用。

（五）向甲方提供医保审核、稽核、绩效考核、财务记账

等所需要的信息数据以及药品、医用耗材、医疗服务项目等数量和价格等；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；

（六）保护参保人员隐私，确保医保数据安全；

（七）向社会公开医药费用及费用结构等信息，公布投诉举报渠道，及时处理举报投诉问题，接受社会监督；

（八）做好医保电子凭证的宣传推广和应用工作，实现医保电子凭证在挂号、就诊、支付、取药、取报告等就医全流程使用；

（九）法律法规规章规定的其他义务。

第八条 甲乙双方应当依照国家、省有关法律法规规章及政策规定，督促对方按照本协议约定履约，向对方提出合理化建议。

## 第二章 医疗服务管理

第九条 乙方应严格遵循医疗保障、卫健、市场监管等部门有关规定，要求医务人员认真遵守《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》，根据参保人员的病情，合理检查、合理用药、合理诊疗，合理收费和合理使用医用耗材，控制医药费用不合理增长，减轻参保人员个人负担。乙方不得过度诊疗、过度检查、重复检查、分解处方、超量开药、重复开药或因支付方式变化产生高套分值、治疗不足等。在某一疾病有多种药物可以治疗的情况下，应本着合理诊疗的原则，遵照一、二线用药流

程，应优先使用医保目录内药品、诊疗项目和医用耗材，严格控制自费药品、诊疗项目和医用耗材的使用比例。

第十条 参保人员就医时，乙方及其工作人员应执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员的医保凭证，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。遇其他特殊情况，按甲方有关规定执行。乙方不得收集、留存参保人员医保凭证，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

第十一条 乙方应严格执行入院和重症监护病房收治标准，按规定及时为符合入院指征的参保人员办理住院手续，为符合出院条件的参保人员及时办理出院手续，结算医疗费用。乙方不得推诿和拒绝符合入院标准的参保人员住院治疗，不得要求和强制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、考核等理由，要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院。

第十二条 乙方收治外伤住院参保人员时，必须如实、详细填写受伤情况、受伤时间、受伤原因等内容，不得弄虚作假。

第十三条 乙方应加强在院参保人员管理，在院率原则上达到 100% ，不得随意准许患者离院，严禁挂床住院。乙方的参保职工在本院住院时，需经乙方医疗保障管理服务部门审核，并真实记录考勤情况，不得出现降低标准收住院或小病大养、挂床住院、边上班边住院、延迟出院、病程记录不真实、虚报费用等情况发生。

第十四条 乙方不得分解住院、挂床住院，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，诱导参保人员住院就医。

第十五条 参保人员住院期间，因病情需院内转科治疗的，乙方不得中途办理出院结算手续（参保人员因病情重、住院时间长、医疗费用高、资金垫付压力大，经患者或家属自愿申请办理在院结算费用、签订知情同意书并报甲方备案的除外）。

第十六条 乙方在参保人员出院时，可为参保人员提供与住院治疗疾病有关的药品（不含注射剂），一般不得超过7日用量，中药汤剂不得超过7日剂量。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，病情稳定的患者适当延长，最长不超过12周。

第十七条 乙方应当按规定为参保人员建立病历，并妥善保存备查。诊疗记录应当真实、完整、清晰，化验检查须有结果分析。住院病历医嘱、病程记录、检查结果、诊断、治疗记录和票据、结算清单等相吻合，并与实际使用情况相符合。

第十八条 乙方应当建立健全双向转诊转院制度，落实分级诊疗制度。确因医疗技术和设备条件限制，参保人员需转往统筹区外医疗机构治疗的，按照甲方相关规定办理。

第十九条 乙方承担门诊慢特病认定职责的，应当严格按照本统筹区的门诊慢特病认定标准进行认定，不得出具虚假的门诊慢特病认定证明。

第二十条 乙方应加强门诊慢特病患者健康管理，规范诊疗流程和标准，严格遵照门诊慢特病用药范围，保障药品供应和合理使用。

第二十一条 乙方为参保人员提供医保基金支付范围以外

的医药服务，须经参保人员或其家属签字同意确认（无民事行为能力或限制民事行为能力的患者应当由其监护人签字确认），急诊、抢救等特殊情形除外。

第二十二条 乙方为参保人员办理医疗费用结算及出院手续时，应实行“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”，如实提供医疗费用结算单据和相关资料等，并承担其解释工作。

第二十三条 乙方委托院外的机构开展检验项目时，受委托机构应属于与甲方签订医保服务协议的定点机构，检验项目价格不得超过乙方应执行的医疗服务项目价格，并应及时向甲方备案。备案内容包括合作检验机构资质、双方委托协议、委托检验项目名称、检验学方法、价格等。经甲方允许后，委托检验的项目符合基本医疗保险支付范围的可按规定予以支付，未备案的，甲方不予支付。

第二十四条 经甲方核准，确定乙方作为河北省异地就医定点医疗机构，甲乙双方按照国家 and 省规定的异地就医定点医疗机构政策及结算规程执行，乙方在法律法规和规章范围内，为异地就医参保人员提供与本地参保人员一致的医疗服务和直接结算服务。提醒、指导未办理跨省异地就医备案的参保人员按规定办理手续。

### 第三章 医保目录管理

第二十五条 甲方指导乙方做好基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品、医用耗材、医疗服务项目目录（以下简称医保目录）的对照工作，按规定执行医保政策。乙方应当严格执行医保目录，优先配备和使用医保目录内的药品、医用耗材、医

甲乙双方严格执行国家医保谈判药品（以下简称谈判药品）相关政策，落实谈判药品“双通道”管理规定。乙方为“双通道”定点医疗机构的，应当按照国家规定和本机构功能定位、临床需求、诊疗能力等及时配备、使用谈判药品，保障参保人员合理用药需求。

第二十七条 乙方应当严格按照医疗保障、卫健、市场监管的规定，购进、使用、管理药品和医用耗材，及时调整药品供应结构，确保医保目录内药品的供应。

第二十八条 乙方须建立购进、销售、库存（以下简称“进销存”）电子台账，留存相关凭证和票据。电子台账一般应包括通用名称、编码、剂型（型号）、规格、包装、生产厂商（中药材标明产地）、有效期、批准文号、数量、价格、批号、生产日期等信息。乙方药品和医用耗材的相关信息数据，实现可追溯。

第二十九条 乙方应当采取措施规范用药管理，纳入医保报销的用药应遵循药品说明书，执行目录内药品限定支付范围规定并留存用药凭证。乙方超出药品适应症、限定支付范围、缺乏相关依据的费用，甲方不予支付。

第三十条 乙方应建立本机构药品供应与医保目录调整联动机制，不得以医保总额控制、医疗机构用药限制、药占比等理由，影响医保目录内药品的配备、使用。

第三十一条 对于已挂网的药品和医用耗材，乙方应在省级

存”等情况。同质量层次的药品、医用耗材，乙方应优先采购使用集中带量采购中选产品，优先采购使用价格较低的产品。药品、医用耗材应保持足量库存，满足患者需求。甲方定期或不定期对乙方药品、医用耗材的采购和使用情况进行检查和考核。平台没有挂网的药品采购须在平台及时备案。

乙方应按照处方管理相关规定，认真做好处方的开具、调剂、保管工作。乙方应当执行门诊处方外配相关规定，允许参保人员凭处方到定点零售药店购药。乙方应按照《河北省长期处方管理规范实施细则（试行）》等相关规定，为符合条件的参保人员开具长期处方。

第三十三条 乙方经药品监督管理部门批准生产和使用的医院制剂，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。

第三十四条 乙方应严格掌握各种辅助检查的适应症和禁忌症，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，严禁“套餐式”检查检验。乙方应当严格落实医疗机构检查检验结果互认管理办法，避免增加参保人员负担。

第三十五条 协议签定后，乙方新增大型设备等应及时向甲方备案，并提交资质文件和有关材料，未经甲方同意的，其费用不予支付。

#### 第四章 信息管理

甲方向乙方提供医保信息系统接口标准、接口规范，乙方严格按照技术标准、接口规范做好本机构医保信息系统建设，实现医保费用联网直接结算。乙方自主选择信息系统运行维护供应商和网络运营商，开展信息系统对接、联网工作，安装、维护和网络接入费用由乙方承担。甲方不得以任何名义收取费用及指定供应商和运营商。

第三十七条 乙方应指定部门、配备专（兼）职人员负责医保信息系统管理，制定管理制度、明确工作职责、设置管理权限。

第三十八条 乙方应当完善医疗机构信息系统（即 HIS 系统），配备必要的设施设备，经甲方验收合格后，与医保信息、智能监管、生物识别等系统有效对接。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。

第三十九条 乙方应当按照甲方要求配置必备的医保费用结算设备及网络安全设备，支持参保人使用医保电子凭证、社会保障卡联网结算医疗费用，确保网络安全稳定运行。乙方应加强医保结算设备管理，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。乙方不得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医保结算。

第四十条 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

批的，应自有关部门批准之日起 30 个工作日内向甲方提出变更申请；无需行政审批的，应自变更之日起 30 个工作日内书面向甲方提出变更申请。其他一般信息变更（包括但不限于诊疗服务项目、检查检验设备等）应及时书面告知。

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

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；
- （二）乙方涉嫌违法违规违约处于调查处理期间；
- （三）法律法规和规章规定的其他情形。

第四十二条 甲方应当严格执行应用全国统一的医保信息业务编码，做好医保信息业务编码标准数据信息动态维护工作，并及时通知乙方。编码标准数据库信息中需乙方维护的，乙方应当及时、准确的通过国家编码标准数据库动态维护窗口进行维护，包括但不限于医保目录、乙方的基本情况、医师、护士等信息。因乙方信息维护不及时、对应不正确或不符合医保政策，导致相关医疗费用未纳入医保支付或导致医保支付错误的，由乙方自行承担。

第四十三条 乙方应当按照甲方要求，实时将参保人员发生的诊疗服务、医疗费用以及医保基金监管、审核、结算所需的信息、数据传输至甲方信息系统，并确保信息真实、准确、完

特殊情况不能实时传输的，应在故障排除后24小时内上传。因提供不实资料、传输虚假数据产生的责任由乙方承担。

甲乙双方应当严格遵守国家、省信息系统安全管理的相关规定，协同做好医保信息系统的安全工作，保护参保人员就医信息和个人隐私。

第四十五条 甲乙双方应当制定应急预案，一方信息系统出现故障并影响参保人员就医的，应及时通知对方启动应急预案，保障参保人员合法权益。

第四十六条 乙方要按照《医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》要求，接入国家统一医保信息平台智能监管子系统，实现事前、事中智能监管；接入医保移动支付中心，实现混合支付，并将自费结算信息上传至国家统一医保信息平台。

第四十七条 乙方要按照甲方要求，在所有需要身份核验的场景，均启用医保电子凭证安全校验功能，在人工窗口和自助机（含挂号缴费、检验检查报告打印等设备）均支持使用医保电子凭证办理相关业务，实现医保电子凭证在挂号、结算、取药、取报告等就医全流程应用，确保医保电子凭证结算占比不低于30%。

第四十八条 乙方应按照甲方标准化贯标要求，实现全流程带码应用，确保标准化贯标彻底，并实现在费用明细清单中打印国家标准编码，在医保结算票据中打印国家统一医保信息平台人员编号。

乙方建设的 APP、小程序等移动应用要实现接入“河北智慧医保”小程序和国家医保服务平台 APP 河北专区。

## 第五章 医疗费用结算、申报、审核与拨付

第五十条 乙方应当严格执行国家、省医疗服务项目和医药价格政策。应严格规范医疗收费，实行明码标价，在显著位置，利用电子显示屏等，公示所有医药价格与收费标准，方便参保人员了解和查询。乙方不得重复收费、套用收费、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，无正当理由，不得减少收费项目规定的服务内容。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，未经批准的项目不得纳入医保支付。不得诱导、要求参保人员在住院期间到门诊缴费、药店购药或另设账号交费。

第五十一条 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，出具医疗收费专用票据和费用明细清单。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，属于医保基金支付的费用，由乙方记账后按规定与甲方结算。

乙方按国家规定执行非公立医疗机构医疗服务价格实行市场调节的，执行与公立医疗机构相同的医保支付政策。甲方根据医保政策，以不高于同级别、同类别公立医疗机构的医保支付标准与其结算医保费用。超过医保支付标准的部分，甲方不予支付，已经支付的予以追回。

第五十二条 未实施直接结算的现金医疗费用，乙方应在就诊结算后 3 日内将参保人就医的现金结算信息（医疗电子票据、费用明细、处方底方、诊断证明数据等）全口径通过自费信息

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/918001011013006035>