

北京市基本医疗保障定点医疗机构 服务协议书

甲方：北京市医疗保险事务管理中心

乙方：中国医学科学院整形外科医院

为保障广大参保人员享受基本医疗保障服务，促进社会保障及卫生事业的发展，根据《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》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《北京市基本医疗保险规定》《北京市城乡居民基本医疗保险办法》及《关于印发〈北京市基本医疗保险定点医药机构协议管理办法（试行）〉的通知》等相关法律、法规及规范性文件，甲乙双方自愿签订本协议。

第一章 总 则

第一条 甲乙双方应本着诚实守信原则履行医保协议，加强自身内部管理，为参保人员提供安全、优质、适合的医疗保障服务。

第二条 甲乙双方均有教育、督促医疗保险经办机构工作人员、参保人员和定点医疗机构工作人员自觉遵守基本医疗保障各项规定的义务；甲乙双方均有权向对方提出合理化建议，有权检举和投诉对方工作人员违反基本医疗保障规定的行为。

第三条 甲方委托各区医疗保险经办机构对辖区内定点医

疗机构实施管理。甲方及各区医疗保险经办机构有权采取明查、暗访和第三方审计等方式调查乙方执行基本医疗保障规定及本协议的情况。乙方应积极配合各级医疗保险经办机构对本单位执行基本医疗保障规定和履行本协议情况开展监督检查，并提供所需的检查资料及相关电子数据，包括门诊处方（含外配处方）、住院病历、急诊留观记录、门诊特殊病病历、账目、HIS 数据和药品、医用耗材、医疗器械出入库记录等数据资料，乙方应留存相关数据资料并做好备份，由于乙方提供数据信息不准确或数据信息遗失所涉及的费用甲方不予支付。

第四条 甲方及各区医疗保险经办机构工作人员到乙方明查时，应主动出示工作证或相关证明。

第五条 甲方应及时向乙方通报基本医疗保障有关规定及操作规程的变化情况，提供与乙方有关的参保人员信息及相关资料，做好基本医疗保障的服务工作。

第六条 各级医疗保险经办机构在接到涉及乙方违反基本医疗保障规定等有关问题的投诉后，应根据工作职能及时调查处理。

第七条 如因乙方存在可能违反基本医疗保障规定的行为，甲方需进行调查时，为保证基金的安全支付，甲方有权在告知乙方后暂缓支付乙方基本医疗保险费用，调查期原则上不得超过30个工作日。遇情况复杂，调查期内未完成调查核实的，调查期可适当延长。

第八条 乙方应按甲方要求做好本机构为参保人员提供医疗服务的人员的管理工作。乙方要按甲方要求为医保医师（以下简称医师）和医保护士注册国家医保局标准信息代码，确保资质真实、合法、有效。乙方严格执行卫生行政部门有关执业医师管理的规章制度。医师的费用上传信息情况应与出勤情况相一致，医师未出勤期间所发生的医疗费用甲方不予支付。

第九条 乙方依据国家有关法律、法规及本协议为参保人员提供基本医疗服务，加强内部管理，制定符合基本医疗保障政策法规的相应管理制度，为参保人员就医提供方便。乙方应安排一名院级领导负责医疗保障工作，建立医疗保障管理机构，配备专（兼）职管理人员（二级及以上定点医疗机构应设专职人员），与医疗保险经办机构共同做好基本医疗保障管理工作。

乙方要每半年自查一次本单位基本医疗保障管理制度和协议的执行情况、基本医疗保障服务情况、医保信息系统运行情况等，乙方自查中发现存在的问题及整改落实情况应及时上报属地医疗保险经办机构，涉及医保基金和参保人员损失的应主动退赔，并根据检查结果制定下一步工作计划，留有书面资料备查。

乙方应对本单位职工进行基本医疗保障相关政策法规的培训，并保存相关培训记录备查。

第十条 本协议签订后，乙方应在本单位显要位置悬挂由北京市医疗保障管理部门颁发的基本医疗保障定点医疗机构标牌，设置“基本医疗保障政策宣传栏”，并将基本医疗保障就诊须知、

基本医疗保障的主要政策规定和本协议的重点内容向参保人员公布，为参保人员提供基本医疗保障咨询服务。

第十一条 乙方应加强内部监督管理，建立医疗保障投诉举报机制，设置“基本医疗保障投诉箱”，设立并公布本单位投诉举报电话，配备专（兼）职受理人员，接受并处理参保人员对本单位基本医疗保障服务的投诉举报。乙方应留存投诉举报记录、处理情况等相关资料备查。

第十二条 乙方发布的医疗广告应当符合《中华人民共和国广告法》《医疗机构管理条例》《中华人民共和国中医药条例》《医疗广告管理办法》等法律法规的规定，同时不得有涉及基本医疗保障的内容及文字。

第十三条 乙方应依据国家有关法律、法规建立本单位的财务管理制度，如实记账、编制财务报表，确保相关财务票据和财务信息真实完整，按要求接受医疗保险经办机构或引入的第三方机构及其他相关部门和审计机关的监督检查，乙方应积极配合对本单位财务管理情况的监督检查，并提供所需的相关资料。不得存在现金坐支、编造用途套取现金等违规情况。

第十四条 乙方负责下属定点社区卫生服务站的基本医疗保障管理及业务指导。社区卫生服务中心（站）应使用社区统一的符合医政及基本医疗保障规定的处方(简称合规处方)和符合财政等有关部门规定的用计算机打印的纸质票据或电子票据，出具的纸质票据要加盖标有本中心（站）名称的收费章，不能使用上级

定点医疗机构的收费章。要做好门诊病人的就医登记，对建立双向转诊关系的上级定点医疗机构的化验单据、功能检查结果等检查数据要实行共享。

定点社区卫生服务站至少要有一名全科医师，能够按社区卫生服务站要求完成六位一体功能，严格执行卫生行政部门制定的家庭病床建床标准。定点社区卫生服务站应主动向上级定点医疗机构汇报工作，接受其业务管理，并向甲方提供上级定点医疗机构的管理责任承诺书。定点社区卫生服务站发生违反医疗保障政策规定的行为，除追究定点社区卫生服务站的责任外，同时还要追究上级定点医疗机构的责任。

乙方或其下属定点社区卫生服务站如为慢病试点机构，则应执行慢病试点相关政策，采取有效措施，积极开展慢病管理工作，扩大慢病管理的社会效应。

第十五条 乙方应严格执行卫生行政部门有关规定，不得有出租、承包科室的行为。

第十六条 协议履行期间，乙方的名称、法定代表人、主要负责人、注册地址、银行账户、诊疗科目、床位数、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个工作日内向甲方提出变更申请。其他一般信息变更应及时书面告知。

第十七条 乙方出现医疗机构拆分时，被拆分出的医疗机构提出签订医保协议申请时，应按新增定点医疗机构规定办理。

第十八条 乙方如已开通特殊病种备案工作，应严格执行相关文件规定，主动为符合特殊病种备案要求的参保人员及时办理备案，将备案数据上传到医保信息系统，并将备案相关材料存档，以备核查。

第十九条 乙方应积极配合卫生、医疗保障、市场监管等部门进行的改革工作，在为参保人员提供医疗服务时，执行统一的医事服务费和医疗服务价格政策。

第二十条 非营利性定点医疗机构应在规定的业务范围内开展活动，接受业务主管单位的指导监督，所得收入除规定的合理支出外，只能用于医疗机构的继续发展，收支结余不得用于分红或变相分红。

第二十一条 民办非企业单位应按照《民办非企业单位登记管理暂行条例》的要求，将上一年度的工作报告报送登记管理机关，接受年度检查，并将工作报告和年度检查记录留存备查。

第二十二条 养老机构内设的医疗机构应向甲方提供养老机构的管理责任承诺书。甲方只对养老机构入住老人和本单位工作人员在养老机构内设医疗机构发生的基本医疗保险费用进行支付，养老机构内设医疗机构应建立入住老人和内部工作人员身份信息台账，做好备案登记工作，其他人员发生的医疗费用（急诊除外）甲方不予支付。

第二十三条 乙方应当积极配合甲方开展医疗保障支付方式改革，并按照相应支付方式准确、及时上传诊疗信息（如病案

首页或医疗保障基金结算清单)。甲方确定实行总额预付、单病种、按(床)日定额、按疾病诊断相关分组(DRG)等方式付费的，乙方应严格按政策规定执行。

第二章 就医管理

第二十四条 乙方在诊疗过程中应严格执行首诊负责制，做到因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费，不断提高医疗服务质量，为参保人员服务。

第二十五条 乙方不得违反医疗常规及基本医疗保障有关规定，拒收、推诿或选择性收治参保人员。

第二十六条 乙方不得违反卫生、价格、基本医疗保障等有关规定，分解服务次数，增加参保人员不合理的多次就诊。

第二十七条 乙方在参保人员就诊和参保人员家属代开药时应认真进行身份和证件识别。应认真按有关规定查验基本医疗保障就医凭证，发现就诊者与基本医疗保障就医凭证身份不符或不符合代开药规定时所发生的医疗费用不得向甲方申报。

对于未进行身份识别的，甲方将视情节根据本协议违约责任相关规定追究乙方责任。

第二十八条 乙方应按甲方规定使用印有本单位名称的用计算机打印的合规处方和有关表单。乙方应使用符合财政等有关部门规定的用计算机打印的门诊和住院纸质票据或电子票据(乙方如为营利性定点医疗机构则应使用税务部门监制并用计算机打印的门诊和住院纸质发票或电子发票)。处方要专管专用，不

得在其他医疗机构使用。费别为“医保”的处方只能开具基本医疗保障目录内的药品。乙方未按规定使用处方及票据所发生的门诊费用，甲方不予支付，由此产生的医疗费用纠纷由乙方负责解决。

第二十九条 参保人员在乙方就诊时，乙方应严格执行明码标价有关规定，主动为参保人员提供符合规定的收费票据和费用明细。

乙方为参保人员实际提供的医疗服务应与参保人员本次就医的疾病诊断、医嘱、处方、检查检验结果等记录相吻合，并对检查检验结果、治疗项目进行登记留存，以备核查。对于未登记、登记不全、登记信息与申报信息不符及病历（含医嘱、检查检验结果报告等）中未记载或记载信息与申报信息不符的，或乙方不能提供申报项目记录、提供的记录无法被证实的，甲方不予支付。

第三十条 乙方应按照卫生行政部门要求认真完成《北京地区医疗机构门急诊病历手册》（或电子病历）和住院病历，并按规定存档备查。

第三十一条 乙方因限于技术和设备条件不能诊治的疾病，应按有关规定及时为参保人员办理转诊转院手续。

第三十二条 乙方应保证为在本单位就医的参保人员提供符合基本医疗保障服务范围和标准的住院床位，超出基本医疗保障规定的住院床位费，超出部分甲方不予支付。

第三十三条 乙方应按照《医疗机构执业许可证》核定的床

位收治病人，超出卫生行政部门许可床位数量的甲方不予支付。

第三十四条 乙方应当严格执行出、入院和重症监护病房收治条件，不得推诿和拒绝符合住院条件的参保人员住院治疗；不得将不符合入院条件的参保人员收入住院治疗；不得要求未达到出院条件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，故意拖延住院时间所发生的医疗费用甲方不予支付。

第三十五条 乙方应在参保人员入院当日使用基本医疗保障就医凭证为其进行入院登记，如遇医保信息系统断网或转院等原因，应以入院日为基点完成入院补登记。未按规定登记所发生的住院费用甲方不予支付。

第三十六条 乙方应按相关规定为参保人员选择结算方式，并及时完成费用结算，不得将应实时结算费用要求参保人员全额结算后手工报销。

第三十七条 乙方应严格执行医疗保障收费相关规定，不得以任何方式增加参保人员个人负担，包括让住院病人到门诊交纳医疗保险费用和将应由基本医疗保障基金支付的项目让参保人员负担。

第三十八条 乙方不得以免起付线、医药费打折、免费体检、送礼品、组织旅游、免餐费、返现金等优惠措施诱导参保人员就医。不得将优惠行为相关联的医疗费用向基本医疗保障基金申报。

第三十九条 乙方向参保人员提供超出基本医疗保障支付范围的医疗服务,包括药品、诊疗项目和服务设施及特需服务等,需由参保人员承担全部或部分费用,逐项填写自费协议书,注明使用数量、疗程和费用等相关内容,事先征得参保人员或其家属同意并签字。由于未签自费协议而发生费用纠纷的,乙方负责解决。

第四十条 乙方经卫生行政部门同意在其他定点医疗机构开展外借病床的,应按照基本医疗保障有关规定申报。未按规定向甲方申报或到期未进行续期申报的,乙方在其他定点医疗机构所借病床收治的参保病人所发生的医疗费用,甲方不予支付。

第四十一条 乙方为参保人员提供预约诊疗服务时,应规范预约诊疗服务流程,如果预约后参保人员未就医,发生的相关费用不得向甲方申报。

第四十二条 乙方经卫生行政部门批准开展互联网复诊服务的,按照自愿原则提出申请,通过 HIS 及医保信息系统升级改造验收后,与甲方签订“互联网+”医保服务补充协议,为参保人员提供的常见病、慢性病互联网复诊服务可纳入医保基金支付范围。

第四十三条 乙方应具备开通异地直接结算业务条件,严格执行国家及本市关于医疗保障异地就医的相关政策、就医流程和服务管理规定,将在本机构就医的异地参保人员纳入统一管理,在医疗技术服务、医疗信息记录、医疗行为监控及医疗费用审核、

申报和稽核等方面提供与本地参保人员相同的服务和管理，并按要求做好相关政策宣传、咨询和引导工作。

乙方应为异地参保人员提供费用协查联系方式，有义务在保证异地参保人员个人隐私信息安全的情况下，协助异地医疗保险经办机构对参保人员在本机构就医费用的审核查询，并将相关记录留存备查。

第三章 诊疗项目及服务设施范围管理

第四十四条 乙方应严格执行北京市基本医疗保障诊疗项目、医疗服务设施范围的有关规定，按规定的项目名称和物价标准收费。未经有关部门审批同意，乙方擅自纳入支付范围的诊疗项目和服务设施所发生的医疗费用，甲方不予支付。

第四十五条 乙方应充分利用参保人员在本机构、其他同级或上级定点医疗机构所做的检查结果，避免重复检查。

第四十六条 参保人员住院期间因病情需要，由乙方同意在其他定点医疗机构检查治疗的费用（基本医疗保障目录内的项目），均应由乙方垫付，作为当次住院费用向甲方申请结算。在非定点医疗机构发生的检查治疗费用甲方不予支付。

第四十七条 乙方应建立临床检验与辅助监测机制，至少每季度开展一次对各临床科室医师开具的检验、检查单的合理性分析，定期统计分析医师开具大型设备检查申请单的初步诊断与检查报告的主要诊断符合率，避免过度检查，增加参保人员负担。

第四十八条 乙方应根据诊疗常规确定诊疗项目有效期限，

超期未治疗项目应及时协调退费处理，超期未治疗的费用，甲方不予支付。

第四章 药品管理

第四十九条 甲、乙双方应严格执行北京市基本医疗保障药品及医院制剂目录的有关规定，不符合规定的医疗费用，甲方不予支付。

第五十条 乙方应严格按照《处方管理办法》等法律、法规以及本市卫生和医疗保障管理部门有关药品开药量的规定执行。不符合规定的医疗费用，甲方不予支付。

第五十一条 乙方开具处方后，如参保人员要求到定点零售药店购药时，乙方应按规定为参保人员提供一式两份的外配处方，并应告知参保人员在外配处方开具后3日内到定点零售药店进行调剂。乙方将外配处方的内容登记备案，并按甲方要求将外配处方电子数据上传至医保信息系统。外配处方应有医师签名并加盖刻有乙方单位名称的外配专用章，以备核查。

第五十二条 乙方购入药品、医用材料及医疗器械，应按《中华人民共和国药品管理法实施条例》《医疗器械监督管理条例》和《关于印发〈医疗机构药品监督管理办法（试行）〉的通知》及其他相关要求保存真实完整的药品、医用材料、医疗器械购进记录，建立相应购销存台账，并留存销售凭证（电子材料及书面材料）。未按规定留存或不能提供相关资料的，涉及的费用甲方不予支付。

第五十三条 乙方应做好中药饮片的管理工作，建立并执行进货检查验收制度，做到票、账、物相符。以实际购进价（扣除各种折扣后的价格）为基础，中药饮片加价率不超过购进价的25%。

第五十四条 乙方对基本医疗保障药品目录范围内同类药品的使用，应选择安全有效、价格合理的品种。

第五十五条 乙方应按照医疗服务开展情况合理配备基本医疗保障药品及医院制剂，保障参保人员的正常治疗用药。其中，基本医疗保障药品及医院制剂备药品种在乙方药品品种所占比例，三级定点医疗机构不低于75%、二级定点医疗机构不低于80%、一级及以下定点医疗机构不低于85%。

第五十六条 乙方应建立处方点评制度，每月开展处方点评工作，并在院内公示处方点评结果和处方不合理医师名单，对于不合理使用药品、耗材的医师加强管理。同时对医药产品异常增长等情况，应及时开展针对性的集中分析、点评，有效控制大处方等不合理使用情况，重点做好对中药饮片处方合理性的点评分析，严格控制医疗费用不合理增长。

第五十七条 乙方在使用药品前，应认真核对药品的注册证明文件，确保药品名称、剂型、规格、包装、生产企业等信息的准确，并将药品对照在医保信息系统中相应的药品信息条目下。使用中药饮片前，应认真核对饮片的标准来源，将饮片对照至相应的饮片信息条目下，并做好名称、包装规格等信息的维护和上

传。

第五章 信息管理

第五十八条 甲方依据政策对医疗保障信息系统进行优化，乙方应按甲方要求进行学习，并按要求组织业务人员参加医保信息系统相关培训。

第五十九条 乙方应按规定满足医疗保障信息系统建设对定点医疗机构软硬件的要求，使用通过甲方技术认证和业务认证的软件进行医疗保险费用结算，并做好数据接口转换和住院及门诊（急）诊医疗费用数据上传工作；应设专人负责系统维护，按甲方要求进行基本医疗保障诊疗项目、服务设施和药品库的维护，确保维护的准确性。乙方因自身三个目录库维护问题引起的不合理医疗收费，应由乙方承担相应责任，甲方不予支付相关医疗费用。甲方在审核乙方费用时以当次数据信息为准，由于乙方录入数据信息不准确或遗漏数据信息所涉及的费用甲方不予支付。

第六十条 乙方应明确本单位基本医疗保障信息系统管理责任人，配备专（兼）职医保信息系统管理人员，保障本院医保信息系统安全平稳运行。医疗保障软件操作人员应熟悉具体操作业务，能够及时准确的为参保人员结算医疗费用。

第六十一条 乙方应按甲方要求将全部已结算医疗费用数据信息（含非医保病人）及时传送，并设专人负责直接结算数据按时上传及申报。确保传送数据与实际发生费用数据的一致性和录入的准确性。乙方对参保人员的数据应保存三年以上。

第六十二条 乙方应按甲方要求每月 20 日（含）以前将上个月出院的参保病人病案首页及附页信息上传至医疗保障信息系统。

第六十三条 参保人持《新发与补（换）社会保障卡领卡证明》就医或因社保卡损坏、欠费等未能实时结算时，乙方应采集有关信息，并及时上传医疗费用数据明细。

第六十四条 具备门急诊及住院使用基本医疗保障就医凭证就医条件的乙方因信息系统故障等原因，造成参保人员不能使用基本医疗保障就医凭证正常结算的，待故障解除后，由乙方为参保人员重新办理费用结算。

第六十五条 乙方应当按甲方要求进行医保信息系统的改造、升级及测试工作，并通过甲方安排的验收；乙方应配合甲方在日常工作中对医保信息系统进行的检查、优化等专项工作。因乙方不配合上述工作造成的医疗费用损失由乙方承担。

第六十六条 乙方应有完善的使用基本医疗保障就医凭证就医结算工作流程、应急工作预案，所涉及的相关科室及人员应熟知并会实际操作。

第六十七条 乙方应具备满足甲方数据质量规范的门诊医生工作站，并通过甲方安排的验收。医师只能以本人身份登录医生工作站。使用他人身份登录医生工作站所发生的费用，甲方不予支付。

第六十八条 乙方应确保信息系统软件为最新版本并按升

级时限及时进行升级，未按要求及时升级信息系统版本，乙方自身原因造成的损失由乙方承担。

第六十九条 乙方变更医院信息系统或增加医保自助终端设备应及时申请甲方验收，并应保证所更换的系统符合基本医疗保障信息系统要求，通过验收后方可使用，使用未通过验收的信息系统产生的医疗费用，甲方不予支付。

第七十条 乙方应建立完善的数据安全管理制度，妥善保管参保人员相关信息，不得泄露或用于与参保人员就医无关的用途。乙方应妥善保管由甲方配备的专用安全设备（PSAM 卡等），不得遗失。

第七十一条 乙方应按照定点医疗机构医保信息系统接入链路标准，具备主、备两条接入链路，切实保障医保业务的连续性，确保医保专网安全稳定。

第七十二条 定点医疗机构应认真贯彻执行 15 项医疗保障信息业务编码标准，做好医疗保障信息业务编码在本单位的落地工作。

第六章 总额预算管理

第七十三条 甲方应不断完善医保基金总额预算办法，健全医疗保险经办机构与医疗机构之间协商谈判机制，科学制定总额预算，建立与总额预算相适应的考核评价体系和动态调整机制，完善“结余共享、超支共担”的激励约束机制。对医疗机构因合理增加服务量，或政策调整、突发公共卫生事件等导致的超支，

根据考核情况适度调整预算额度。

第七十四条 乙方应严格执行基本医疗保险费用总额预算工作要求，建立健全总额预算管理制度和内控管理流程，开展内部相关知识和业务培训，主动加强管理，规范诊疗行为，提高基金使用效率，确保医疗安全和服务质量。

第七十五条 乙方不得以总额预算超支为由推诿拒收病人，不得降低医疗服务质量，确保参保人员基本医疗权益，不得以简单、粗线条的方式切分指标和考核本院医生绩效。

第七十六条 乙方停止门诊或住院全部业务1个月以上的，门诊或住院改扩建¹、内部装修²等完成后启动接诊的，其他导致服务量出现明显变化的情况，均须按甲方规定履行备案程序。

第七十七条 乙方在支付管理过程中，如存在应退还医保费用的情况，需要按规定时限完成退款事宜。逾期未退款的，甲方暂缓支付乙方医保费用，或从乙方医保费用支付款中扣除，不足部分，甲方有权通过法律途径追回。

第七章 疾病诊断相关分组（CHS-DRG）付费管理

第七十八条 甲乙双方应认真贯彻执行北京市医疗保障局、北京市卫生健康委员会《关于开展国家医疗保障疾病诊断相关分组付费改革试点实际付费的通知》和相关配套文件以及国家相关

¹改扩建：指经卫生主管部门批准增加门诊诊疗面积、门诊科室配置和住院床位的。

²内部装修：指单纯为改善就医环境进行装修，未增加门诊诊疗面积、门诊科室配置和住院床位的。

法律、法规。

第七十九条 甲方应在总额预算下，充分考虑医疗保障基金的可承载能力和本市住院实际情况，确定 DRG 付费预算额度，并合理测算支付标准，确保基金安全，提高基金使用效率。

第八十条 甲方要加强对 DRG 付费工作指导与监督，及时协调解决协议签订与执行过程中的问题，并负责对 DRG 付费相关工作进行解释，包括但不限于分组方案、支付办法、清算办法、日常审核及稽核检查等内容，保证协议管理的公正性和规范性。

第八十一条 甲方制定 DRG 付费审核结算办法，并负责对各区医疗保险经办机构的审核人员进行专业培训，指导各区医疗保险经办机构按照相关流程做好审核结算工作，确保基金合理使用。

第八十二条 甲方制定 DRG 付费稽核检查办法，有效实施稽核程序，与各区医疗保险经办机构形成联动机制，共同开展稽核工作。

第八十三条 乙方应在院内建立 DRG 付费管理组织体系和相关制度，建立与 DRG 付费相适应的绩效管理办法，不得以简单、粗线条的方式考核本院医生绩效。乙方应配备相对稳定的专（兼）职人员和基本设备，开展内部 DRG 付费相关知识和业务培训，自觉遵守 DRG 付费相关工作要求。

第八十四条 乙方应加强 DRG 付费相关的数据管理，提高数据填报质量，确保上报数据的准确性、完整性和及时性。乙方

应当按照相关要求填报医疗保障基金结算清单（以下简称“医保结算清单”），或按照北京市卫生行政部门确定的标准填写医保病案信息，按要求使用疾病诊断编码 ICD-10 和手术、操作编码 ICD-9-CM-3。

第八十五条 对于 DRG 付费结算的病例，乙方应实时完成与参保人员的医疗费用结算，及时将医保结算清单/医保病案首页上报进行分组后，与各区医疗保险经办机构完成结算；乙方因特殊情况需缓期申报医疗费用，应按照医疗保障有关规定申报审批。

第八十六条 乙方应严格规范医疗服务行为，确保医疗安全和服务质量，严格执行患者入出院标准，不得拒收、推诿危重患者；不得降低服务质量，不得要求未达出院标准的患者提前出院；严禁分解住院、高靠分组；不得以 DRG 付费为由影响患者正常费用结算，确保就医秩序和舆情正常。

第八十七条 甲乙双方应建立协商与沟通机制。甲方在 DRG 付费相关政策制定过程中，要广泛听取乙方的意见和建议，通过充分的讨论协商达成统一意见。

第八章 药品和医用耗材集中采购管理

第八十八条 乙方应严格落实本市药品和医用耗材集中采购工作要求，通过北京市药品和医用耗材阳光采购平台实行网上采购，“应采尽采、有迹可查”。乙方采购销售药品和医用耗材价格应符合集中采购价格要求。

第八十九条 乙方应加强对所有集中采购药品和医用耗材使用监测和分析，做好医务人员、参保人员的宣传和舆论引导工作，提高合理使用水平，优先选择质优价廉的药品和医用耗材，控制不合理费用，规范诊疗行为，严防出现倒买倒卖、套取医保基金等情况，确保基金安全合理使用。

第九十条 乙方应严格按照集中带量采购中选产品购销三方协议规定时限与供应配送企业及时结算货款，逾期不回款的，甲方将对乙方进行预警，预警后5个工作日内仍不回款的暂缓拨付乙方医保费用，回款后恢复拨付。

第九十一条 乙方中选产品带量采购、实际使用、费用回款等监测情况及多部门综合评价结果与集采药品结余留用相挂钩，同时纳入总额预算质量考核评价。

第九十二条 乙方应按照医药分开综合改革和医耗联动改革要求，取消药品和医用耗材加成（不含中药饮片），实行零差率销售。

第九章 费用给付

第九十三条 甲乙双方应严格执行《北京市基本医疗保险费用结算管理办法》等有关规定。

乙方应及时为出院的参保人员结算住院医疗费用，并应设专人负责基本医疗保险费用结算数据的上传及入库复核工作。本市参保人员门诊及住院类费用结算数据均需在完成结算48小时内，通过网络或报盘方式上传到医疗保障信息系统。乙方应将相

关结算费用于 7 日内进行申报，因特殊情况需缓期申报医疗费用，应按照医疗保障有关规定申报审批。甲方应在接收定点医疗机构医疗费用结算申报数据后 15 个工作日内进行审核，对符合规定的医疗费用予以支付；不符合医疗保障政策规定的医疗费用，甲方不予支付；遇特殊情况需进一步调查的，可暂缓支付，但最长不得超过 30 个工作日。

第九十四条 乙方应及时结算参保人员在门诊（含门诊特殊病）发生的医疗费用。乙方如无特殊原因结算 48 小时前的门诊费用，甲方不予支付。

第九十五条 乙方应按规定及时、准确、完整地申报参保人员门诊、住院类医疗费用（含自费用）并提供相关资料。

第九十六条 乙方负责收取应由参保人员个人负担的医疗费用，并按有关规定提供相关材料。

第九十七条 对乙方申请结算的医疗费用，甲方如需要查看病历、处方、急诊留观记录、门诊特殊病检查治疗记录等有关资料、询问当事人的，乙方应予以配合。乙方要提供甲方所需要的基本医疗保险费用相关资料（包括完整的病历、处方，各种检查治疗相关记录，费用明细单，药品、检查治疗、医用材料价格单等）。甲方在审核乙方申报的医疗费用时，发现乙方提供的医疗费用相关资料不齐全，或现场检查当日，乙方未能提供医疗费用相关资料的，甲方不予支付医疗保障相关费用。乙方在甲方现场检查病历或专项检查工作之后，补充提供的单据、记录等所涉及

的医疗费用甲方不予支付。乙方 30 个工作日内连续两次无故不提供原始病历，该病历所涉及的费用甲方不予支付。

第九十八条 在履行医保协议期间，乙方在医疗保障信息系统中登记项目发生变化的，应按甲方规定及时办理相关手续。因乙方未完成变更手续导致不能按时拨付医疗费用或发生医疗费用纠纷的，由乙方承担责任。

第九十九条 参保人员在乙方就诊发生医疗纠纷，经鉴定属医疗事故的，发生医疗事故当次医疗费用不予支付；已支付的医疗费用应根据有关规定予以追回。出院后由于医疗事故引起的并发症及后遗症所发生的医疗费用甲方不予支付。

第一百条 对于基金已经支付，后被发现违反基本医疗保障规定的医疗费用甲方有权予以追回。

第一百〇一条 乙方被中断执行协议、中止/终止协议、解除协议后，参保人员在乙方发生的医疗费用，甲方不予支付。

第十章 协议的签订和中止/终止

第一百〇二条 本协议有效期为 2022 年 7 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日，或至双方依据相关规定签署新的医保协议止（孰先）。

第一百〇三条 协议期满前 30 日内，乙方愿意续签医保协议的，应当在规定时限内向甲方提出续签医保协议申请（由乙方所属辖区医疗保险经办机构代收），经考核通过后续签协议。

第一百〇四条 协议执行期间，国家和本市法律、法规、规章及有关规定发生调整时，甲乙双方按照新规定协商更改本协议，

如双方协商不一致时，甲乙双方可按程序终止协议。

第一百〇五条 乙方非因跨区搬迁被卫生行政部门注销其医疗机构资格的，协议自动终止，再次提出签订医保协议时，按新增定点医疗机构规定办理。

多家定点医疗机构合并的，被合并的定点医疗机构终止协议，再次提出签订医保协议时，按新增定点医疗机构规定办理。

第一百〇六条 乙方因故不能承担医疗保障任务超过一个月不满三个月的，应以书面形式告知所属辖区医疗保险经办机构。

乙方超过三个月（含）未提供医疗保障服务或无法继续为参保人员提供医疗保障服务的，应及时向甲方提出中止/终止协议。

第一百〇七条 乙方不再承担基本医疗保障任务时应及时张贴告示，告知参保人员。

第十一章 违约责任

第一百〇八条 乙方负有教育及敦促其工作人员遵守基本医疗保障规定及本协议的责任。对于乙方医务人员在当期或既往协议年度严重违反基本医疗保障有关规定及本协议内容的，将被甲方认定为医疗保障不信任医师并记入医疗保障诚信管理系统。

第一百〇九条 甲方在协议期内发现乙方在当期或既往协议年度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、医疗费用异常增长的；
- 2、未按甲方要求提供资料的；

- 3、未按规定向参保人提供费用明细清单、出院结算单、有效费用票据等资料或不履行知情同意手续的；
- 4、未及时处理参保人投诉和社会监督反映问题的；
- 5、未遵守国家及本市关于药品或医用耗材集中采购和使用管理规定的；
- 6.其他未按协议要求落实管理措施，且未造成基金损失的。

第一百一十条甲方在协议期内发现乙方在当期或既往协议年度有下列违约情形之一的，甲方视情节轻重可予以区内通报批评、全市通报批评、黄牌警示、中断执行协议六个月等处理，追回（拒付）违规费用，并限期整改：

- 1、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的；
- 2、将科室承包、出租给个人或其他机构的；
- 3、未建立医疗保障基金使用管理制度或管理制度不健全、管理混乱的；
- 4、发生本协议第十六条变更内容，未在有关部门批准变更之日起30个工作日内向甲方履行变更备案手续的；
- 5、未有效核验参保人医保就医凭证，造成被他人冒名顶替就医的；
- 6、拒绝为符合条件的参保人办理持基本医疗保障就医凭证就医，或拒收、推诿病人，减少服务、限定医疗费用或降低服务标准的；

7、利用虚假宣传、违规减免自付费用、返现回扣、赠送礼品等方式，诱导参保人员医疗消费的；

8、分解住院、挂床住院，或将不符合入院指征的参保人收治入院，造成医疗保障基金不合理支出的；

9、收治外伤住院病人时，病历不真实记录受伤原因或记录不明确，将应由第三方承担的医疗费用纳入医保支付的；

10、违反用药管理规定，超限定使用范围及适应症用药，将无指征、超疗程或超剂量用药等纳入医保结算范围的；

11、违反相关规定，参保人出院带药超量，带检查或治疗项目出院的；

12、违反诊疗规范为参保人过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药及提供其他不必要的医疗服务，造成医疗保障基金不合理支出的；

13、违反有关部门规定配置使用医疗仪器设备、增加床位等，并纳入医保基金支付的；

14、药品或医用耗材等违反规定加价销售或违反其他价格规定的；

15、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；

16、发生重复收取、分解收取、超标准收取费用的；

17、违反甲方规定，诱导参保人在住院期间到门诊缴费、药店购药或另设自付账号交费的；

18、乙方存在按要求应退回、违规扣除的费用等，未按财务会计制度规定及时销账的；

19、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，或未按甲方要求上传信息的；

20、未按规定保管财务账目、记账凭证、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涉及基金使用相关资料，未进行信息化管理并按要求传输相关数据或不能做到账账相符、账实相符的；

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

22、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障相关数据，或医疗保障结算数据与实际不符的；

23、未按要求提供相关资料，拒绝、不配合审核检查的；

24、经其他行业监管部门查处，存在与医保基金支付有关的违法违规行为的；

25、诱导或者协助他人冒名或者虚假就医、住院，提供虚假证明材料，串通他人虚开医药费用票据；

26、串换医保药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施等；

27、通过伪造、变造、隐匿、恶意涂改、擅自销毁医疗文书、医学证明、财务票据或凭证、电子信息等，虚构基金支付的；

28、涉嫌为参保人骗取基本医疗保障基金提供方便；

- 29、为参保人出具门诊慢特病虚假认定证明的；
- 30、其他违反基本医疗保障规定及协议条款造成医疗保障基金损失的行为。

中断执行协议期满后，乙方按照规定的程序向甲方申请签订协议，甲方在接到申请材料后，按文件规定组织对乙方进行检查。检查合格的，与乙方恢复协议。

第一百一十一条 甲方在协议期内发现乙方在当期或既往协议年度发生违规行为且性质恶劣，造成医疗保障基金重大损失或社会影响严重的，或乙方有下列违约情形之一的，甲方做出解除协议处理，对已支付的违约费用予以追回：

- 1、医保协议有效期内累计2次及以上被中断执行医保协议的，或黄牌警示、中断执行协议期间未按要求整改或整改不到位的；
- 2、以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；
- 3、经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；
- 4、为非定点医疗机构、暂停协议医疗机构或非医疗机构提供医疗费用结算的；
- 5、拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核、监督检查等，情节恶劣的；
- 6、定点医疗机构停业或歇业后未按规定向经办机构报告的；
- 7、医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中，发现定点医疗机构存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金

重大损失的；

8、被吊销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的；

9、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；

10、未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

11、法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

第一百一十二条 乙方被给予区内通报批评、全市通报批评、黄牌警示、中断执行协议处理后，违反卫生、价格、市场监管、基本医疗保障等管理规定的，甲方将视情节轻重进一步处理。

第一百一十三条 乙方被给予解除协议处理的，3年内不得申请签订医保协议，再次提出签订医保协议时，按新增定点医疗机构规定办理。

第一百一十四条 被给予中断执行协议、解除协议处理的定点医疗机构自约谈之日起，至中断执行协议、解除协议生效期间，原则上不可收治新入院参保人员，除急诊之外发生的住院费用，其他新入院参保人员的住院费用医疗保障基金不予支付。

第一百一十五条 中止/终止协议、中断执行协议、解除协议的定点医疗机构应积极做好善后处理工作，如存在应退还医保费用的情况，应按规定时限完成退款事宜。

第一百一十六条 乙方被给予区内通报批评、全市通报批评、黄牌警示、中断执行协议及解除协议的将被甲方记入医疗保障诚信管理系统。

第十二章 附 则

第一百一十七条 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，乙方可依法申请行政复议或向甲方所在地人民法院提起行政诉讼。

第一百一十八条 乙方为生育保险参保人员、公费医疗享受人员、参加医疗费用统筹管理的离休干部、医疗照顾人员提供医疗服务时，除有特殊规定外应严格执行本协议有关规定。

第一百一十九条 本协议未尽事宜，经甲乙双方协商一致，可以签订专项补充协议或采取换文形式进行补充，与本协议具有同等法律效力。

第一百二十条 各区医疗保险经办机构可根据辖区内具体情况，在不违反基本医疗保障规定及本协议条款的情况下，制定本辖区定点医疗机构补充协议，报甲方备案后，与辖区内定点医疗机构协商签订。

第一百二十一条 本协议一式三份，甲乙双方各执一份，所辖医疗保险经办机构留存一份，具有同等效力。

甲方：

乙方：



法定代表人：



2022年7月1日



法定代表人：



2022年7月1日

(此页无条款规定，仅供乙方所属无独立法人资格的社区卫生服务站签章使用)

无

