**海南省医疗保障、工伤保险**

**定点医疗机构服务协议**

**（2022年版）**

**范**

**本**

海南省医疗保障局

海南省人力资源和社会保障厅制定

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：

【目的与依据】为保障基本医疗保险参保人员、工伤职工的合法权益，维护医疗保障、工伤保险基金安全，促进医疗保障、工伤保险制度可持续性发展，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》《海南省城镇从业人员基本医疗保险条例》《海南省生育保险条例》《海南省城镇从业人员基本医疗保险条例实施细则》《海南省城镇从业人员生育保险条例实施细则》《工伤保险条例》《关于加强工伤保险医疗服务协议管理工作的通知》《海南经济特区工伤保险实施办法》《海南省医疗救助办法》等法律法规、政府规章及相关配套政策规定，甲乙双方在自愿、协商的基础上，就基本医疗保险、工伤保险医疗服务及医疗救助有关事宜签订如下协议。

1. **总　则**

**第一条【共同要求】**甲乙双方应认真贯彻执行囯家的法律法规及我省基本医疗保险、生育保险、工伤保险、医疗卫生、医疗救助、药品监督、计划生育、价格、医改和大病保险等各项政策规定，保证参保人员享受基本医疗保险、工伤保险与生育保险等服务。

甲乙双方应主动接受医疗保障行政部门对定点服务协议订立、履行和解除等的监督，接受医疗保障行政部门对经办机构的内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等的指导和监督。接受医疗保障行政部门对定点医疗机构的协议履行情况、医疗保障基金使用情况、医疗服务行为、购买涉及医疗保障基金使用的第三方服务等的监督。

**第二条【服务对象】**乙方提供的医疗服务对象范围包括：我省基本医疗保险（含城镇从业医疗保险、生育保险、城乡居民保险）参保人员、离休人员、医疗救助对象和工伤职工，以及异地就医的参保人员。

**第三条【服务范围】**乙方为参保人员、工伤职工提供医疗服务的范围包括：住院、门（急）诊、门诊日间手术、门诊慢性特殊疾病、计划生育手术、产前检查等医疗服务，乙方所提供的医疗服务应符合医疗保障、工伤保险行政部门和卫生健康行政部门许可的诊疗项目和执业范围。

**第四条【双方权利】**甲乙双方应依照国家和我省有关政策法规，正确行使职权。双方有权监督对方执行相关政策法规和履行职责的情况，举报或投诉对方工作人员的违规行为，向对方提出合理化建议。

**第五条【甲方义务】**甲方应履行以下义务：

甲方应及时向乙方通报医疗保障、工伤保险的法规政策和管理制度、操作流程的变化情况。

（一）指导乙方开展与医疗、工伤保险管理相关的培训、完善相关内部制度、加强基础数据管理，接受乙方咨询，并对乙方提出的反馈意见及时研究答复。

（二）按协议约定向乙方拨付应当由医保、工伤保险基金支付的医疗费用。

**第六条【乙方义务】**乙方应履行以下义务：

（一）乙方应当建立健全医保、工伤保险管理服务部门及医疗机构基金监管内控机制，明确院级领导分管医保和工伤保险工作，配备专（兼）职管理人员，严格履职尽责，配合甲方开展医疗、工伤保险管理工作。

（二）根据国家和我省有关法律法规以及本协议为服务对象提供合理、必要的医疗服务；采取有效措施控制医疗费用不合理增长，切实减轻参保人员、工伤职工个人负担。

（三）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、银行结算账户、医疗、工伤保险管理服务部门负责人等发生变化时，应自有关部门批准之日起10个工作日内向甲方提出变更申请或重新签订服务协议。

**第七条【医师管理】**医保医师实行登记备案制度。乙方应配合甲方建立并及时维护为参保人员、工伤职工提供基本医疗、工伤保险服务的医保医师信息库，与本院医保医师签订《医保医师协议》，并依据海南省医疗保障定点医疗机构医保医师相关规定，开展医保医师管理工作。

对纳入医保医师库管理的医保医师，为参保人、工伤职工服务所发生的符合规定的医疗费用，甲方按规定予以支付。未纳入医保医师库管理的医保医师提供的医疗服务，医疗、工伤保险基金不予支付。

**第八条【分级管理】**甲方可以结合对乙方的年度考核实行分级评价与分级管理。评级结果与放宽参保人员定点就医选择限制、提高预付比例、适当提高总额控制指标、简化费用审核与结算程序等激励措施挂钩。

**第九条【业务培训】**乙方应做好医务人员基本医疗保险、医疗救助、生育保险与工伤保险政策培训工作，甲方根据需要组织乙方相关人员进行业务培训的,培训费由甲方承担。

**第十条【宣传咨询】**甲方应当采取多种方式向社会开展医疗、工伤保险宣传.乙方应当在本机构的显要位置悬挂定点医疗机构标牌，公布医疗、工伤保险基金监督举报电话，设立意见箱，并向参保人员、工伤职工宣传医疗、工伤保险政策、就医结算流程及医疗服务内容等。

甲乙双方应当公布咨询方式为参保人员、工伤职工提供相关的咨询服务，接受参保人、工伤职工和社会监督。

**第二章　就医管理**

**第十一条【服务原则】**乙方应严格遵循医疗、工伤保险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、工伤职工提供合理检查、合理治疗、合理用药服务，不断提高医疗、工伤保险基金使用绩效，控制医药费用不合理增长。

**第十二条【身份识别】**参保人员、工伤职工就医时（包括挂号、记账收费、出入院和转诊转院等），乙方应当对其身份（包括国家医保电子凭证、工伤认定信息）及有效证件进行核验。乙方医保部门应定期到业务科室进行检查，发现证件无效、人证不符的，不得进行医疗、工伤保险费用结算。有骗保嫌疑的，应当及时报告甲方。

**第十三条【就医记录】**乙方应为参保人员就医建立病历档案，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，检验检查须有结果分析。

乙方应当做到就医医嘱、病程记录、检查结果、治疗单记录、票据及费用清单等相吻合，并将就医登记、诊断、费用明细等信息于规定时限内传输至甲方。

**第十四条【院外检查】**乙方应充分利用参保人员、工伤职工在全省统筹区内其他同级或更高级别定点医疗机构所做的检查检验结果，避免不必要的重复检查。医联体（医共体）内低级医院向高级医院开展的检查费用计入低级医院收费明细。

**第十五条【知情同意】**乙方应保证参保人员、工伤职工知情同意权，由参保人员、工伤职工个人全部负担的医疗费用,须经参保人员、工伤职工或其家属在《自费项目知情同意书》签字确认（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。乙方不得要求住院参保患者、工伤职工到门诊缴费或药店（院内外药、械自助贩卖机）购买药、械。

**第十六条【费用查询】**乙方应当为参保人员、工伤职工提供医疗费用查询服务，提供有效的费用清单、医疗票据，并承担解释责任。

**第十七条【出入院】**乙方应严格执行出、入院和重症监护病房收治标准，不得推诿和拒绝符合住院条件的参保人员、工伤职工住院治疗；不得将不符合入院标准的参保人员、工伤职工进行住院治疗；乙方不得以甲方指标控制等事项为由，要求未达到出院标准的参保人员提前出院或自费住院；参保人员、工伤职工在住院期间需院内转科治疗的，乙方不得中途办理出院结算手续；对符合出院条件的参保人员、工伤职工及时办理出院手续，参保人员、工伤职工拒绝出院的，应当自通知其出院之日起，停止医疗保险费用结算。除急诊、择日住院等情形外，乙方不得将参保人应由普通门诊结算的费用列入住院结算。

因病情需要延长工伤停工留薪期的住院治疗工伤职工，承担工伤保险医疗服务的定点医疗机构应当及时提醒并协助其办理相关手续；工伤职工经治疗后伤情稳定，具有康复价值的，应建议并提醒工伤职工及时提出工伤康复和辅助器具配置申请。

**第十八条【转诊转院】**乙方应当建立健全双向转诊转院和转科制度，落实分级诊疗制度，严格掌握统筹区外转诊转院标准。确因医疗技术和设备条件限制，参保人员、工伤职工需转统筹地区外治疗的，乙方应按规定办理。

**第十九条【门诊慢性特殊疾病管理】**乙方为享受门诊慢性特殊疾病待遇的参保人员开具门诊处方时，应按门诊慢性特殊疾病相关规定执行。乙方承担我省门诊慢性特殊疾病申报或认定职责的，应当严格执行《海南省基本医疗保险门诊慢性特殊疾病管理办法》（试行），依据《海南省基本医疗保险门诊慢性特殊疾病病种认定标准和诊疗范围》进行认定审核，不得出具虚假的门诊慢性特殊疾病认定证明，确保结果的真实性、客观性，并将相关认定材料按甲方要求保存归档。

**第二十条【普通门诊就医管理】**乙方为参保人员、工伤职工开具门诊处方、诊疗项目的品种和数量应当符合本次就诊病情所需，并严格执行国家处方管理办法规定。离休人员、伤残军人、工伤职工普通门诊按相关政策规定执行。

**第二十一条【异地就医】**乙方应按异地就医管理规定执行并加强异地就医管理服务工作，明确异地就医管理流程，为异地就医参保人员、工伤职工提供与本地参保人相同的服务和管理，配合甲方开展异地就医转诊备案管理工作，并提供异地就医直接结算服务。甲乙双方应配合异地医疗保险经办机构核实有关医疗费用情况。甲方将乙方为异地参保患者医疗服务情况纳入监管和考核范围。

**第二十二条【医疗救助】**重点救助对象和低收入救助对象持本人身份证、社会保障卡或相关凭证办理就医登记，定点医疗机构应当免收住院押金，并及时给予救治。定点医疗机构要合理控制重点救助对象和低收入救助对象政策范围外医疗费用，二级及以下定点医疗机构应控制在5%以内、三级定点医疗机构应控制在10%以内，超出部分由定点医疗机构承担。

**第三章　药品和诊疗项目管理**

**第二十三条【收费管理】**乙方应按照国家和我省的有关规定进行收费管理。

（一）公立医疗机构必须严格按照医疗服务项目和价格收费标准及其说明等规定进行收费。

（二）非公立医疗机构应按照政府最高指导价与患者结算，超出最高指导价部分由患者承担。非公立医疗机构收费应当遵循明码标价、患者知情、双方自愿原则。

（三）未经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。

（四）乙方经医疗保障行政部门批准的新收费项目，按照《海南省医疗保障局海南省卫生健康委员会关于规范医疗机构新增医疗服务价格项目和特需医疗服务管理的通知》新增规定执行。

**第二十四条【目录标准】**乙方应当严格按照我省医疗保险药品目录、医保诊疗项目、医疗服务设施、医用材料标准等相关文件以及支付标准，为参保人员、工伤职工提供合理、必要的基本医疗服务。乙方应优先及合理使用目录范围内的药品、诊疗项目、医用耗材，超出目录和标准范围的费用，甲方不予支付。

**第二十五条【药品供应及使用】**乙方应当严格按照国家、省医疗保障局、药品监督、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、医用耗材供应结构，根据自身规模，在自身能力范围内确保医保目录内药品、医用耗材的供应。

乙方应以保障参保人员用药需求为中心，严格执行国家医保局、国家卫健委和我省医保相关政策，贯彻落实国家医保谈判药品落地工作，做到应配尽配；不得以药占比、次均费用、医保总额限制、医疗机构用药目录数量限制等为由影响谈判药品落地。

**第二十六条【进销存台账】**乙方应当规范本单位药品、耗材管理，对药品、耗材的“进、销、存”实行信息化管理，按要求传输相关数据。药品、耗材的购进记录应当包含通用名称、编码、剂型（型号）、规格、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，确保其使用的可追溯性。

乙方应当按有关规定执行集中采购政策，在医疗保障行政部门认可的平台上采购药品、医用耗材，甲方可根据医保管理的需要调查了解上述信息。

**第二十七条【集中采购执行】**乙方应严格执行集中带量采购政策，优先使用集中采购中选药品和耗材，不得以费用控制、医疗机构用药品规数量要求、药事委员会审定等为由限制集中带量采购药品和耗材的合理使用。未按规定采购或完不成采购量的，甲方可按比例扣减履约保证金，按照医保行政部门制定的金额适度扣减总额指标。

**第二十八条【限定使用】**乙方对参保人员、工伤职工用药应遵循药品说明书，严格掌握药品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药品目录特殊限定范围、缺乏相关依据的费用，甲方不予支付。

**第二十九条【医院制剂】**乙方经药品主管部门批准生产和使用的医疗机构制剂，经医疗保障行政部门核准后，可向甲方备案后进入基本医疗保险用药范围，并限于乙方内部使用，其费用甲方按医保支付标准予以支付。

**第三十条【编码管理】**乙方应根据国家医保局《关于贯彻执行15项医疗保障信息业务编码标准的通知》（医保办发〔2020〕51号）的管理制度（编码库包括机构编码、医师编码、药品（含自制制剂）编码、诊疗项目编码、医用材料编码、疾病诊断代码和手术编码等），建立并维护与之相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。

**第三十一条【用药原则】**乙方工作人员开具西药处方应符合西医疾病诊治原则，开具中成药、中药饮片处方应遵循中医辨证施治原则，由具有相应资质的医师开具的西药、中成药处方和中药饮片，基金方可按规定支付。

乙方纳入医保报销的用药应在遵循药品说明书的基础上，严格掌握目录内药品限定支付范围并留存用药依据便于甲方核查。

乙方应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；鼓励医师首先选择相同品种剂型中价格较低的药品；药品目录中最小分类下的同类药品不宜叠加使用。

乙方应严格执行《抗菌药物临床应用指导原则》规定。

乙方应优先使用国家集中招标采购中选药品，不得以费用控制、药占比、医疗机构用药品种规格数量、药事委员会评审等为由，影响药品的合理使用和供应保障。

**第三十二条【出院带药】**乙方在参保患者出院时，应执行医保出院带药的有关规定，出院带药的品种与出院诊断相符，带与住院疾病治疗有关的药品（限口服药），急性病不超过3天量，长期慢性病不得超过7天量，品种数不得超过6个，不得带检查和治疗项目出院。

**第三十三条【指标管理】**乙方应当加强药占比、诊疗项目占比、卫生材料占比等内部监测指标管理，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，严格控制自费的药品、诊疗项目、服务设施和医用耗材的使用比例，切实减轻参保人员、工伤职工个人负担。

**第三十四条【合理检查】**乙方不得将大型仪器检查项目、特殊检查项目、与疾病无关的临床“套餐式”检验项目列为常规检查。大型仪器检查项目、特殊检查项目主要诊断阳性率应达到70%以上。因检查治疗需要开展大型仪器检查项目、特殊检查项目，应在门诊病历、住院病程记录上予以说明，有关资料存档备查。

**第三十五条【内部审批制度】**乙方应建立特殊药品、高值医用耗材（含植入类医疗器械）内部管理使用准入制度，按国家和我省医保政策相关规定，严格掌握其适用范围，并保存相关使用记录。

**第三十六条【物理治疗与康复、中医及民族医诊疗类费用】**乙方使用物理治疗与康复项目、中医诊疗项目、精神科诊疗项目、口腔科治疗等项目应严格掌握适应症，病程记录应明确记录辅助检查的必要性并有结果分析。乙方应建立治疗台账，明确记录治疗部位、次数、疗程和治疗目的，随时供甲方抽查。

**第三十七条【剖宫产率】**乙方应严格掌握剖宫产指征，三级医院剖宫产率一般不应超过30%，二级医院为25%。有特殊原因的作出书面说明。（对危急重症抢救中心及具备抢救危急重症的医疗机构，超出规定指标的情况应作出书面说明）。

**第四章　医疗费用结算**

**第三十八条【协议险种】**确认乙方医疗费用支付类别属于（请在□内标记√）：

□A.城镇从业人员基本医疗保险、大额医疗费用补助

□B.城乡居民医疗保险、大病保险

□C.离休人员

□D.伤残军人医疗费用

□E.生育保险

□F.工伤保险

□G.医疗救助

□H.公务员医疗补助

**第三十九条【结算方式】**确定乙方结算方式属于（请在□内标记√）：

□A.按总额预付结算方式

□B.按病种结算方式

□C.按次均住院总费用定额结算方式

□D.按服务项目结算方式（含住院、普通门诊）

□E.按住院床日费用定额结算方式

□F.按日间病床结算方式

□G.按门诊慢性特殊疾病结算方式

□H.按疾病诊断相关分组（DRG）付费

□I.按区域点数法总额预算和按病种分值（DIP）付费

□J.按紧密型医共体（城乡/职工）基本医疗保险按人头总额预付方式

□K.按医联体（城乡/职工）实行按区域参保人头总额预算包干支付

□L.普通门诊结算方式

□M.日间手术结算方式

□N.生育保险费用

□O.工伤保险费用

离休人员医疗费用结算按相关文件规定执行。

**第四十条【即时结算】**乙方应按照医疗、工伤保险相关规定为参保人员、工伤职工即时结算医疗费用,为参保人员、工伤职工提供医疗费用“一站式”结算服务。参保人员、工伤职工在乙方就医结算时，只需交纳按规定应由参保患者、工伤职工个人承担的费用，乙方应开具专用票据(电子票据)。其余费用由甲方按本协议规定向乙方支付。无特殊情况，乙方不得要求参保人员、工伤职工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。乙方需及时结算医疗保险费用，期限为自出院时间之日起1年内，无正当理由对逾期未结算费用甲方不予支付。若因参保人无故拖欠导致不能即时结算的，可向参保人所在地经办机构申请协同配合。

参保人员、工伤职工的伤病情符合工伤认定情形的，乙方应当提醒其进行工伤认定，出院结算时未完成工伤认定的工伤职工，其医疗费用应由用人单位或工伤职工垫付，乙方不得将应由工伤保险基金支付的医疗费用进行基本医疗保险结算。乙方有责任为工伤职工如实提供出院小结、费用清单和发票等报销所需资料。

**第四十一条【总额控制】**甲方可根据本统筹区医疗保险基金收支预算情况，按照《海南省基本医疗保险付费总额控制经办规程》对乙方本年度医疗保险付费实行总额控制。

**第四十二条【医疗服务质量考核】**甲方根据医疗保险、生育保险、医疗救助、工伤保险等政策的规定和本协议的约定对乙方进行考核，考核结果与本年度质量保证金返还、年终清算、次年总额分配、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考核。考核结果报同级医疗、工伤保险行政部门备案。

**第四十三条【质量保证金返还】**为保证乙方严格履行协议，确保医疗服务质量，维护医保基金安全，甲方可按一定比例对确认的按期拨付费用进行预留，作为质量保证金。具体比例见本章各结算方式的相关条款。

医疗服务质量保证金在年终清算时，根据考核结果返还。乙方被考核考评为优秀的，质量保证金全额返还；良好的，质量保证金返还90％；合格的，质量保证金返还70％；不合格的，质量保证金不予返还。

**第四十四条【考核指标】**乙方的次均住院费用、平均住院床日费用、药品检查占总费用比例、参保人员及工伤职工个人支付比例等相关指标应符合考核标准。

**第四十五条【费用申报】**乙方应在每月20日前将上月参保人员、工伤职工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。

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。

**第四十六条【费用审核】**甲方可通过智能审核系统、人工抽审等方式对乙方申报的医疗费用进行审核。甲方审核发现乙方申报费用有不符合医疗、工伤保险支付规定的，应当及时告知乙方并说明理由。乙方应在接到“智能审核挂起明细”10日之内向甲方做出说明，特殊情况可申请延期5日。逾期不说明的，视为默认，甲方可拒付有关费用。

**第四十七条【费用拨付】**甲方应每月21日起，30个工作日内向乙方拨付符合规定的医保费用。对因特殊情况需暂缓拨付的，可由双方协商约定，延长期限一般不超过30个工作日。

**第四十八条【对账管理】**甲乙双方建立基金收付对账机制，定期核对账目。双方应积极完善结算系统，实现单据系统内上传。

甲方已按预付方式进行结算后剩余的医疗费用、应当纳入年终清算范围的质量保证金、超支分担等医疗费用、审核扣款或拒付的医疗费用、乙方未通过两定平台申报的医疗费用、申报后结算时限未超过45个工作日的医疗费用不计入医保基金欠款范围。

**第四十九条【暂停支付】**乙方未及时提供申报费用相关报表资料等的，甲方可暂停拨付相关费用，特殊情况除外。

**第五十条【基金预付】**甲方可对符合条件的医疗机构建立预付金制度，根据乙方上年度医保费用总额指标预拨一定额度预付金，缓解其资金运行压力。在突发疫情等紧急情况时，可按国家规定预拨专项资金。

**第五十一条【指标调整】**因发生重大政策调整、影响范围较大的突发事件、乙方服务量增幅较大等情况导致医保费用变化较大的，甲方可按规定调整结算指标。

**第五十二条【纠纷费用处理】**参保人员、工伤职工与乙方发生医疗纠纷并涉及医疗、工伤保险费用结算的，经鉴定确认乙方有责任的，乙方责任范围内医疗、工伤保险费用甲方不予支付，已经支付的，乙方应予以退回。

**第五十三条【违规费用处理】**甲方在已支付的医疗费用中，发现乙方虚假申报或违反规定的，甲方有权追溯并对违规费用进行扣除，涉嫌欺诈骗保的，按相关法律法规规定处理。乙方有权要求甲方对乙方违规费用的处理进行解释说明,有权向同级医保行政部门申请调解。

**第一节按总额预付结算方式**

**第五十四条【定额标准】**甲方对乙方城镇从业人员基本医疗保险政策范围内住院医疗费用的统筹基金支付， 年度的定额标准为：（ ）万元;

甲方对乙方城乡居民基本医疗保险政策范围内住院医疗费用的统筹基金支付， 年度的定额标准为：（ ）万元。

**第五十五条【预留质量保证金与按月预付】**甲方将乙方本年度定额标准的一部分留作医疗服务质量保证金，年度定额为1000万元（含1000万元）以上的将5%留作医疗服务质量保证金，年度定额为1000万元以下的将10%留作医疗服务质量保证金，其余部分按月预付给乙方。

当预拨医疗保险统筹基金累计超过定点医疗机构实际发生额或定点医疗机构未能及时上报上月医疗保险结算报表时，甲方暂时停止拨付预算分配额度。

**第五十六条【年终清算】**总额控制管理实行年终清算。不纳入总额控制的相关费用指标按照相关文件规定执行。年终清算将按月预付的分配额数一并作财务处理。年终清算包括乙方当年统筹申报数、审核扣款、结余奖励、合理超支分担、医疗服务质量保证金返还、适当补偿及最终实际支付额等。清算结果甲方以书面告知乙方。

**第五十七条【质量保证金返还】**按照本协议第四十三条执行。

**第五十八条【结余奖励】**乙方年度实际发生统筹费用未超过定额标准，但完成了当年定额指标85％以上，收治参保人次达到上年度人次90％以上的，结余部分根据考核等次按照一定比例提留奖励，用于支持医院发展医疗卫生事业。考核考评为优秀等次的提留80％，良好的提留60％，合格的提留50％，不合格的不予提留。完不成上述指标的，预算定额结余部分不能提留,同时年终清算时返还的质量保证金与已拨付定额之和不能超过其年度住院统筹应付金额。

**第五十九条【合理超支分担】**符合医疗保险政策的合理超支，超过定额5%（含）以内部分，分别由统筹基金和定点医疗机构按7:3比例分担,5%（不含）至10%（含）以内部分，分别由统筹基金和定点医疗机构按6:4比例分担；超出定额10％以上、20％（含）以内的部分，分别由统筹基金与定点医疗机构按4:6分担；超出定额20％以上的部分，原则上由定点医疗机构承担。

**第六十条【适当补偿】**确因不可控因素造成乙方出现合理超支，按照分担原则，乙方仍需要承担较大费用时，甲方可根据医疗保险基金收支、物价增长、医疗保险服务量、考核考评等次等情况，予以适当补偿，具体补偿标准报同级行政部门同意后按规定执行。

**第二节按病种结算方式**

**第六十一条【结算方式】**参保人员患我省规定的按单病种付费的病种，在定点医疗机构就医住院所发生符合医保规定的医疗费用，由医保经办机构与定点医疗机构按照“结余留用，超支不补”原则，按照病种目录的定额标准按月结算。病组（DRG）、病种分值（DIP）国家试点城市参照实施细则另行修定协议条款及结算方式。

（一）实行总额控制的定点医疗机构，按病种付费结算的医疗费用以单病种的支付标准计入年度定额清算，费用不再单列支出。

（二）未实行总额控制的定点医疗机构，按病种付费的医疗费用由医保经办机构先审核再予以支付。甲方根据定点医疗机构提供的单病种月结算报表，按月一并支付。

具体计算公式为：

统筹实际支付=支付标准-审核扣款-（支付标准-审核扣款）×10%

（三）各市县在海南省人民医院等9家按次均住院费用结算定额的医疗机构支付方式暂不变，不列入单病种付费。

（四）异地就医的医疗费用不纳入按病种付费范围。

**第六十二条【质量保证金预留与返还】**未实行总额控制的定点医疗机构,其按病种付费的医疗费用按支付标准的10％留作医疗服务质量保证金，其余部分经审核后拨付给乙方。质量保证金返还按照本协议第四十三条执行。

**第六十三条【单病种考核】**定点医疗机构按病种付费应认真按照《海南省医疗保障局关于明确城乡居民医疗保险统一实行按病种付费工作的通知》、《海南省人力资源和社会保障厅关于开展基本医疗保险实行按病种付费工作的通知》的工作要求执行，确实将符合单病种诊断及治疗方式（主要操作）的病种按规定纳入按病种付费结算，确保按病种付费结算取得良好控费效果。文件中提及疾病入组率等相关工作要求纳入年终考核指标。

**第六十四条【**日间手术结算方式**】**按照我省《海南省日间手术医保支付管理办法（试行）》规定执行。符合条件的乙方定点医疗机构自愿开展日间手术，向卫生部门、医疗保障行政部门填报《海南省日间手术备案表》，经备案后纳入住院报销范围。

**第三节按次均住院总费用定额结算方式**

**第六十五条【定额标准】在**同级医保行政部门的指导下，甲方根据乙方上年度医保统筹费用支出情况，经协商谈判，确定乙方本年度城镇从业人员医疗保险和城乡居民医疗保险次均住院总费用定额标准，定额标准报同级医保行政部门备案并接受监督。

**第六十六条【预留与按月预拨】**为保证定点医疗机构的资金周转，以上年度医疗机构住院统筹基金申报数的90%作为基数，平均分配到12个月，按月预拨给定点医疗机构。每月的质量保证金、审核扣款、追回款项、不计住院人次、结余与超支年终一并清算。

乙方每月20日前将上个月已出院病人结算报表等材料报送甲方。定点医疗机构未能及时上报上月医保结算报表等相关材料或预拨医保统筹基金累计超过定点医疗机构实际发生额，甲方暂时停止拨付分配额度。

**第六十七条【奖励与分担】**按照结余共享、超支分担原则，乙方在定额范围内的结余部分，70%归乙方用于支持医院建设，30%归医保统筹基金；超定额在5%以内（含5%），统筹基金支付70%，乙方承担30%；超定额在5%以上10%（含10%）以内的，统筹基金支付30%，乙方承担70%；超定额10%以上的部分原则上由乙方承担。

**第六十八条【定额调整】**乙方有下列情况之一，甲方可根据评估调整次均住院总费用定额标准：

（一）医疗机构等级变更；

（二）新开展符合基本医疗保险诊疗项目，对医疗费用影响较大经甲方核实的；

（三）医疗保险重大政策调整；

（四）医药物价、医疗服务项目价格变动；

（五）影响定额的其他情形。

经评估测算调整后的定额标准报同级医保行政部门备案并接受监督。

**第六十九条【住院人次管理】**

（一）参保患者从入院到出院为一个住院人次。住院治疗含主诊疾病治疗和相关并发症治疗及治疗期间须控制病情的其他疾病治疗。参保人住院未达到出院标准而被安排出院，出院后15日内因同一疾病到同一定点医疗机构住院，经社保经办机构审核属实的，参保人本次住院费用并入上次住院费用计算（突发性疾病、恶性肿瘤化疗放疗等特殊病情除外）。

参保人出院后15日内因同一疾病复发需再次住院的，经甲方审核，上次出院符合出院标准，本次住院符合入院标准的，本次住院的费用计算为1个住院结算人次。

（二）乙方出现以下情形，住院人次甲方不计入结算：

1**.**将不符合住院条件的病人收入住院的；

2.串换病种，诊断符合住院病种但临床检查不属住院病种的；

3.挂床住院或者发现病人一天不在病房的；

4.以定额为由要求未达到出院标准的参保患者出院或动员到其他定点医疗机构住院的；

5.病人未出院，更换住院号重新办理入院登记的。

**第七十条【结算办法】**

（一）参保人住院总费用在当年定额标准**4**倍（含**4**倍）以内的记一个住院人次，列入次均定额核算管理；住院总费用超过定额标准4倍的，总费用的90%单列纳入年终清算，10%作为定点医疗机构风险管理金。

（二）符合次均住院费用结算条件而乙方要求病人自费结算的，其医疗费用并入医院次均定额管理。

**第七十一条【年终清算】**甲方根据《海南省基本医疗保险定点医疗机构服务质量考核考评暂行办法》（琼社保发〔2021〕66 号）等相关规定对乙方进行考核（省医保中心）（考核办法有新规定的，按新规定执行），并根据考核情况确定医疗服务质量保证金的返还比例。

年终清算将按月预付的分配额度一并作财务处理。年终清算包括乙方当年统筹申报数、审核扣款、审核拒付、超支分担、结余奖励、医疗服务质量保证金返还、大额费用风险管理金返还、适当补偿及最终实际支付额等。（省医保中心）清算结果甲方以书面告知乙方。

（一）当年住院定额人次：当年住院定额人次=医院申报住院总人次-审核后不符合住院人次（挂床病人+分段结算病人+不符合规定的住院人次等）。

（二）当年结算统筹支付比例：乙方申报统筹基金总额÷乙方申报医疗费总额×100%；

（三）当年应支付统筹基金：当年应支付统筹基金=（超过次均定额4倍以上医疗费总额×90%+当年次均住院定额人次×次均住院定额）×当年结算统筹支付比例。

**第七十二条【质量保证金和大额费用风险管理金返还】**质量保证金为当年应支付统筹基金的10%，质量保证金返还按照本协议第四十三条执行。大额费用风险管理金的返还：考核优秀的，返还 90%；良好的，返还 80%；合格的，返还 60%；不合格不予返还。4 倍以下次均总费用与定额标准比较，每降低 500 元，风险管理金返还比例相应增加 1 个百分点；反之每增长 500 元，风险管理金返还比例相应降低 1 个百分点。

**第七十三条【适当补偿】**确因不可控因素造成乙方出现合理超支，按照分担原则，乙方仍需要承担较大费用时，甲方可根据医疗保险基金收支、物价增长、医疗保险服务量、乙方考核情况等，予以适当补偿，具体补偿标准报同级医保行政部门备案后执行。

**第四节按服务项目结算方式**

**第七十四条【结算方式】**

计算公式为：统筹实际支付=住院统筹申报-审核扣款-（住院统筹申报-审核扣款）×10%

甲方可根据乙方按月申报的费用情况，按照申报费用的90%，将按项目结算方式医疗费用纳入预付范围，余款年终一并清算。

**第七十五条【质量保证金预留与返还】**甲方将乙方本年度（住院统筹申报-审核扣款）后的10％留作医疗服务质量保证金，其余部分经审核后拨付给乙方。质量保证金返还按照本协议第四十三条执行。

**第五节按住院床日费用定额结算方式**

**第七十六条【定额标准】**甲方对收治精神类病人的定点医疗机构按住院床日付费。从业人员基本医疗保险统筹支付标准为：三级定点医疗机构为170元/床/日;二级定点医疗机构为130元/床/日;一级定点医疗机构为100元/床/日。（以上定额不含公务员医疗补助）。

**第七十七条【质量保证金】**甲方每月以乙方的住院天数乘以床日标准为基数，预留10％医疗质量保证金后拨付给乙方。具体计算公式为：

统筹实际支付=住院天数×床日标准-审核扣款-（住院天数×床日标准-审核扣款）×10%

**第七十八条【年终清算】**甲方根据乙方上传住院信息，按照总的住院天数与乙方进行结算。超过定额标准部分，由乙方承担。

**第七十九条【质量保证金返还】**质量保证金返还按照本协议第四十三条执行。

**第六节按日间病床结算方式**

**第八十条【定额标准】**甲方对收治符合日间病床管理病种的定点医疗机构，按日间病床付费结算方式。统筹支付标准为：2000元/人次，不含公务员医疗补助。

**第八十一条【结算方式】**

（一）次均住院费用。实行日间病床付费管理的参保患者，按每住院人次统筹费用2000元结算（不含公务员医疗补助）。

（二）床位费和护理费用标准。实行日间病床付费管理的床位费按6人床标准收取，即每人每天8元，护理费按三级护理收费。

**第八十二条【奖励分担】**医疗费用按照“结余共享、超支不补”的原则，定点医疗机构在定额范围内的结余部分，60%归医疗机构，40%归医保基金；超定额部分全部由医疗机构自行承担。

**第八十三条【质量保证金】**甲方以每月乙方住院人次乘以定额标准为基数，预留5%质量保证金后拨付乙方。具体计算公式为：

统筹实际支付=住院人次×定额标准-审核扣款-（住院人次×定额标准-审核扣款）×5%

**第八十四条【质量保证金返还】**质量保证金返还按照本协议第四十三条执行。

**第七节按门诊慢性特殊疾病结算方式**

**第八十五条【服务管理】**乙方应当严格按照海南省基本医疗保险门诊慢性特殊疾病有关规定和疾病临床诊疗规范（指南）进行门诊慢性特殊疾病的认定和诊疗。

**第八十六条【支付方式与费用结算】**

甲方根据乙方按月申报的门诊慢性特殊疾病医疗费用情况，在扣除审核扣款费用后采取据实结算方式进行结算。甲方可根据审核结算进度情况，将门诊慢性特殊基本医疗费用纳入预付范围，即按照上月申报费用的90%进行预付，余款次年进行清算。

**第八节生育保险费用**

**第八十七条【付费管理】**参保人因生育和实施计划生育手术在定点医疗机构发生的符合药品目录、诊疗目录和医疗设施项目规定的费用由社保经办机构采取定额结算方式与定点医疗机构结算。

参保人在妊娠期、分娩期、产褥期及计划生育手术时发生的符合报销规定范围的并发症(含宫内节育器嵌顿、断裂等须住院实施取出宫内节育器)产生的符合规定的医疗费用，由社保经办机构根据服务项目据实审核支付。参保从业人员未就业配偶生育的医疗费用参照本条第一款执行。

乙方因开展科研或未经临床推广应用的诊疗方案所发生的检查、药品、化验等费用，生育保险基金不予支付。

**第八十八条【质量保证金】**乙方住院生育基金年实际支付金额的10%作为质量保证金,但不作提取，待年终支付时一并作财务抵扣处理。计算公式为（住院生育基金年申报金额-审核扣款）×10%。

**第八十九条【质量保证金返还】**医疗服务质量保证金在年终清算时，根据考核结果返还。乙方被考核考评为优秀的，质量保证金全额返还；良好的，质量保证金返还90%；合格的，质量保证金返还70%；不合格的，质量保证金不予返还。

**第九节工伤保险费用**

**第九十条【付费管理】**工伤职工因工伤、旧伤复发（经经办机构复审同意后）进行门（急）诊或住院诊疗时，在定点医疗机构诊治发生的符合工伤保险政策、药品目录、诊疗目录和医疗设施项目规定的费用由社保经办机构根据服务项目据实审核支付。

**第九十一条【质量保证金】**乙方住院工伤保险基金年实际支付金额的10%作为质量保证金,但不作提取，待年终支付时一并作财务抵扣处理。计算公式为（住院工伤基金年申报金额-审核扣款）×10%。

**第九十二条【质量保证金返还】**医疗服务质量保证金在年终清算时，根据考核结果返还。乙方被考核考评为合格以上等次的，质量保证金全额返还；不合格的，质量保证金不予返还。

**第五章 医疗服务的监管**

**第九十三条【监管医疗服务】**甲方根据我省现行相关政策法规、细则条例、协议约束等，在同级或上级医疗、工伤保险行政部门的监督管理下，依法依规对定点医疗机构进行稽核检查、日常监管。

甲乙双方应当充分利用医保智能监控（含审核）系统（以下简称监控系统）监管医疗服务。完成事前提醒、事中预警等智能监控系统功能接入，并在诊疗业务过程中实际应用；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处理；甲方发现违规疑点时，应及时反馈至乙方，乙方应当及时处理，不得影响参保人员、工伤职工结算。对其他统筹地区医保部门委托甲方对乙方实行监督检查或稽核调查的，乙方应予以配合。

**第九十四条【稽核检查】**甲方应通过现场稽核与非现场稽核等方式对乙方开展多维度、全覆盖检查，甲方或受甲方委托的具备资质的机构可定期、不定期对乙方执行医疗、工伤保险政策、履行医疗服务协议情况及为异地参保人提供联网结算医疗服务情况进行监督检查，乙方应当予以配合，准确完整提供医疗服务有关的材料和数据，并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责任由乙方承担。甲方应当将检查结果反馈给乙方，对乙方提供的资料，甲方应当予以保密。

甲方稽核检查发现乙方存在《国家医疗保障局关于医疗保障部门向纪检监察机关移送医疗保障基金监管中发现问题线索的通知》所列违法违规问题清单行为的，应当报医疗、工伤保险行政部门处理。

**第九十五条【内部管理】**乙方应对医疗服务成本进行严格管理，防止服务不足和过度医疗，保证服务质量和参保个人、工伤职工利益，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。

**第九十六条【满意评价制度】**甲方建立参保人员、工伤职工满意评价制度，对乙方提供医疗、工伤保险服务的态度、技术水平和医疗费用等进行综合评价。参保人员、工伤职工满意度调查可由甲方委托第三方进行。

**第九十七条【通报】**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　信息管理**

**第九十八条【信息管理】**甲乙双方应遵守本统筹地区医疗、工伤保险定点医疗机构信息安全管理规范，制定信息安全管理制度并有效执行。严格执行信息保密制度，保证参保患者、工伤职工就医、结算等信息的安全。

乙方应按照医保行政管理部门的要求，积极推进医保电子凭证应用及宣传推广，并按照医保行政管理部门的要求开通线上电子商户。

**第九十九条【管理职责】**乙方应指定部门及专人负责医疗、工伤保险信息管理，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。乙方负责医保信息管理的分管领导和具体负责人发生变动时及时向甲方报备。

**第一百条【联网要求】**

（一）对接医保平台的应用系统及平台应通过安全等级保护测评，并提供网络安全等级保护测评相关证明。

（二）乙方接入医保网络采用专线接入，保证专网专用，不得与其他网络混合组网。

（三）乙方接入医保网络的终端（计算机、录像机等）必须专机专用，接入专网前必须确认终端安全。终端在停用后，必须采取技术手段保证医保信息不泄露。

（四）乙方计算机采用的操作系统应具备最新的安全补丁，具有漏洞补丁升级措施和方法，安装好杀毒软件，确保系统安全。

（五）乙方计算机应具备可靠的身份认证能力，阻止非授权用户的访问，具备日常监管和事后审计能力，所有日志应留存6个月以上。

（六）乙方未经许可不得留存医保相关数据，不得随意导入或导出数据。

（七）乙方计算机使用外设中，除必须的扫码墩（枪）、刷卡终端、高拍仪等医保允许接入的终端外，禁止接入未经许可的外设。

（八）乙方的业务应用程序和业务数据未经批准和许可，数据不得对外交换。确有数据对外交换需求的，需报甲方同意并备案。

（九）乙方数据应由乙方进行汇聚后，统一连接医保相应接口，对接口的调用情况进行日志审计，包括但不限于调用方、调用时间、调用接口名称、调用结果等，乙方要保证传输的数据安全可信。

**第一百零一条【数据传输】**

乙方应根据本协议约定确保向甲方传输的就医人员（含非医保人员）、工伤职工就医、结算及其它相关信息真实准确，不得人为篡改作假。参保人员、工伤职工发生的医疗服务和费用数据应实时传输至甲方信息系统，乙方应在参保人、工伤职工入院2个工作日内及时上传住院登记信息，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。

**第一百零二条【智能监控】**乙方信息系统应与医保智能监控系统有效与对接，将医保智能监控系统（或审核）规则嵌入医院信息系统。甲方设定智能监控系统（或审核）规则，确定后要告知乙方。乙方有权获知智能监控系统（或审核）规则。

**第一百零三条【医生(护理）工作站】**乙方应建立医生（护理）工作站，保证医嘱（护理）工作记录的可追溯性。

**第一百零四条【故障处理】**双方应制定应急预案，任何一方的信息系统出现故障并影响到参保人员、工伤职工就医的，须及时通知对方且启动预案。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。在故障排除前，乙方应实行手工结算，保障参保人员正常就医结算。

**第一百零五条【基础数据库建设】**甲方按照国家和省要求建立执行国家统一编码的医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种、医疗机构基本情况、医保医师等基础数据库。基础数据库信息需乙方提供的，乙方应当准确真实提供。乙方应做好编码对接和维护工作，保证院内信息系统与甲方数据信息准确对映。

**第一百零六条【信息维护】**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、医保医师、医疗设备设施、药品和医用耗材等新增、变更信息应及时维护至甲方信息系统。

因乙方信息维护对映不正确发生的错误费用，由乙方承担。因甲方信息维护错误造成乙方已垫付、参保人出院超一年仍未与医院结算的费用，甲方应采取有效措施配合乙方向参保人追回。

1. **违约责任**

**第一百零七条【甲方违约】**甲方有下列情形的，乙方可要求甲方纠正，或提请医疗、工伤保险行政部门督促甲方整改：

1.未及时告知乙方医疗、工伤政策和管理制度、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.工作人员违反工作纪律规定的；

4.其他违反基本医疗、医疗救助、工伤保险法律、法规的行为。

**第一百零八条【乙方轻度违约】**乙方有下列违约情形但未造成医疗、工伤保险基金损失的，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，相关管理机构不健全的；

2.医疗费用异常增长的；

3.未按甲方要求及时、准确、完整提供资料的；

4.未按规定向参保人员、工伤职工提供费用明细清单、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；

5.未及时处理参保人员、工伤职工投诉和社会监督反映问题的；

6.未遵守国家、省及本统筹地区关于药品或医用耗材集中采购和使用管理规定的；

7.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，造成甲方审核、检查困难的。

**第一百零九条【乙方一般违约】**乙方有下列违约情形之一的,甲方可要求乙方限期整改，视情节轻重予以暂停或不予费用拨付、追回违规费用、扣除履约保证金、核减总控指标额度、暂停履行协议等处理，并可对乙方相关责任人员进行约谈、通报：

【医疗、工伤保险服务资质方面】

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；将科室或房屋承包、出租给个人或其他机构的；

2.收费印章与基本医疗、工伤保险定点医疗机构名称不相符的；

3.未建立医疗、工伤保险基金使用管理制度或管理制度不健全、管理混乱，存在违规转移医保资金行为的；

4.发生总则第四条变更内容，未在有关部门批准变更之日起10个工作日内向甲方履行变更备案手续的；

5.未按照相关规定报告和公开披露相关信息的；

【诊疗服务方面】

6.未有效核验参保人员、工伤职工就医凭证，造成被他人冒名顶替就医的；

7.拒绝为符合刷卡条件的参保人员和工伤职工刷卡就医，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；

8.以医疗、工伤保险定点名义从事商业广告和促销活动、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、工伤职工医疗消费的；为参保人员、工伤职工骗取基本医疗、工伤保险基金提供方便；为参保人出具门诊慢特病虚假认定证明的；

9.通过分解住院、挂床住院，降低入院和出院标准等方式,将不符合入院指征的参保人员、工伤职工收治入院，造成医疗、工伤保险基金不合理支出的；

10.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，造成工伤、交通事故、第三方伤害等医疗费用纳入医保支付的，未按医保有关规定向甲方报审的；（患者提供虚假信息除外）

11.将因医疗事故及治疗其后遗症产生的医疗费用进行工伤费用申报的；

【药品和诊疗项目方面】

12.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纳入医疗、工伤保险结算范围的；

13.参保人员出院带药超量，带检查或治疗项目出院的；

14.违反诊疗规范为参保人、工伤职工过度诊疗、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；

15.未经甲方核准擅自使用新增诊疗项目或违反有关部门规定配置使用医疗仪器设备、增加床位等，并纳入医疗、工伤保险基金支付的；

【医疗费用结算方面】

16.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；

17.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；

18.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；

19.要求参保人员、工伤职工住院期间到门诊缴费、药店购药或另设自付账号交费的；

20.对乙方按协议应分担的合理超支医疗费用、违规扣除费用等，未按财务会计制度规定及时销账的；

【信息传输方面】

21.信息系统及联网情况未达到甲方要求，未按照甲方提供的接口规范进行程序开发和改造的，或未按国家医疗保障信息业务编码标准规定及时、准确、完整上传医疗保障监管所需信息的；

22.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、药品和医疗器械出入库记录等涉及基金使用相关资料，未进行全程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；医保药品库、医用耗材库、诊疗项目库和服务设施目录对照管理混乱的；

23.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；

24.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；

25.未按要求提供医疗保障监管信息资料，拒绝、阻碍监督检查的；

【其他方面】

26.经其他行业监管部门查处，存在与医疗、工伤保险基金支付有关的违法违规行为的；

27.其他造成医疗、工伤保险基金损失的行为或违反本协议约定的行为的。

**第一百一十条【乙方严重违约】**乙方发生第一百零九 条中行为且性质恶劣，造成医疗保障基金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，对已支付的违规费用予以追回，扣除履约保证金，并纳入失信条例管理：

1.为非定点医疗机构（与定点医疗机构签订合同报医保经办机构备案的第三方服务机构除外）、或处于暂停协议期间的医疗机构提供医疗费用结算的；

2.被发现重大信息发生变更但未办理变更的；

3.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，骗取医疗保障基金的；

4.串换医保药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施等，骗取医疗保障基金的；

5.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；

6.拒绝、阻挠或不配合医保部门开展必要监督检查，情节恶劣的；

7.接受医药商业贿赂，导致医疗保障基金损失的；

8.其他经医保部门、公安机关、检察机构、纪检监察等查实定性有欺诈骗保行为或其他造成严重后果或重大影响违约行为的。

**第一百一十一条【解除协议后处理】**乙方因存在违法违规或违约行为被解除服务协议的，以及解除协议后通过变更名称、地点、法人等信息后重新取得《医疗机构执业许可证》或者《事业单位法人证书》、《民办非企业单位登记证书》、《营业执照》的，甲方3年内不受理其医疗、工伤保险定点申请，情节特别严重的，永久不受理其医保定点申请。

**第一百一十二条【医保医师违规处理】**定点医疗机构医保医师有违反服务协议的，根据《海南省医疗保障定点医疗机构医保医师管理暂行办法》等规定处理。

**第一百一十三条【科室违规处理】**在协议履行期内，乙方某科室有两名及以上医师被甲方暂停医疗、工伤保险结算资格或终止购买其提供的医疗服务，甲方可暂停或终止支付该科室提供的医疗服务。

**第一百一十四条【参保人员、工伤职工投诉处理】**参保人员、工伤职工投诉乙方推诿符合规定的住院病人，经甲方指出乙方仍拒收的，甲方可按照 万元/人次的标准根据举报投诉数量扣除应返还的质量保证金。推诿病人扣除质量保证金的金额在次年费用控制总额中作相应的扣减。经核实确因乙方推诿导致参保人员在甲方报销的费用，年终清算计入乙方统筹费用总量且不参与调剂。

**第一百一十五条【信息泄露处理】**甲方或乙方违规泄露参保人员、工伤职工信息的，按《社会保险个人权益记录管理办法》等有关法律法规规定处理。

**第一百一十六条【移交处理】**乙方违反基本医疗、工伤保险法律法规规章规定的，构成欺诈骗保违法行为的，甲方应提请违法行为发生地的医疗保障、工伤保险行政部门按规定进行行政处罚；涉嫌违法犯罪的，应当由医疗保障、工伤保险行政部门及时移送司法机关，依法追究其刑事责任。发现乙方违反医疗卫生、药品（医疗器械）管理等法律法规规章的，应当提请卫生健康、市场监督管理、药品监督管理等部门进行调查处理。

**第一百一十七条【暂停服务处理】**有下列情形之一的，本协议中止履行：

1.双方协商一致的;

2.乙方经主管部门批准暂停医疗服务的；

3.甲方根据绩效考核，发现对医疗、工伤保险基金安全和参保人、工伤职工权益可能造成较大风险的或根据协议约定和绩效考核结果决定应当中止协议的；

4.乙方被医保行政主管部门和其他部门责令整改，处于整改期内的；

5.医疗、工伤保险行政部门或基金执法监督机构在行政执法中发现问题，需要中止协议的；

6.法律法规和规章规定的其他应当中止的情形。

协议履行期间，双方需中止协议的，应提前30天通知对方（协议明确立即终止的除外）。中止服务协议时间不得超过6个月，原则上超过6个月未恢复正常医疗服务的视为终止服务协议。

**第一百一十八条【违规互认机制】**实行基本医疗、工伤保险定点医疗机构违法违规处理结果互认联动机制。乙方因违法违规被本统筹地区以外各级医疗、工伤保险行政部门作出处理决定的，甲方根据乙方违法违规行为的性质参照本协议处理。基金支付方面扣款互认部分不得作为基金欠款。

**第八章　附　则**

**第一百一十九条【协议调整】**协议执行期间，国家法律法规和政策及我省（本地区）相关政策有调整或有新政策出台的，按照新规定执行。若新规定与本协议不一致时或需协商补充的其他事项，应报医疗、工伤保险行政部门批准后，经甲乙双方协商，可按新规定对本协议进行修改和补充，其效力与本协议相同。

**第一百二十条【争议处理】**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、工伤保险行政部门进行协调处理或依法申请行政复议或提起行政诉讼。

**第一百二十一条【时效】**本协议有效期自 年 月 日至 年 月 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。

**第一百二十二条【备案】**本协议一式叁份，甲乙双方各执一份，另一份送同级医疗保障行政部门备案存档。甲乙双方签字盖章并报经同级医疗保障部门备案同意后生效。

甲方： 乙方：

（签章） （签章）

法人代表：（签名） 法人代表：（签名）

年　　月　　日 年　　月　　日