

NO. \_\_\_\_\_

## 西安市医疗保险定点医疗机构 服务协议书

甲 方： \_\_\_\_\_

法定代表人或委托代理人： \_\_\_\_\_

地 址： \_\_\_\_\_

联系电话： \_\_\_\_\_

乙 方： \_\_\_\_\_

法定代表人或委托代理人： \_\_\_\_\_

地 址： \_\_\_\_\_

医疗机构编码： \_\_\_\_\_

医疗机构等级： \_\_\_\_\_

联系电话： \_\_\_\_\_

西安市医疗保障经办服务中心印制

年 月 日



# 西安市医疗保险 定点医疗机构服务协议书

甲方：

乙方：

为保障基本医疗保险（含离休医疗保障）参保人员的合法权益，维护医保基金安全，促进医保制度可持续发展，根据《中华人民共和国社会保险法》、《关于完善基本医疗保险定点医药机构协议管理的指导意见》（人社部发〔2015〕98号）、《基本医疗保险定点医药机构协议管理经办规程》（人社厅发〔2016〕139号）、《西安市城镇基本医疗保险定点医药机构协议管理办法》（市人社发〔2016〕93号）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，就基本医疗保险医疗服务有关事宜签订如下协议。

## 第一章 总 则

第一条 甲乙双方均应认真贯彻国家、省市基本医疗保险、医疗卫生、药品监督、价格和医改等相关规定，保证参保人员享受基本医疗保险服务。

第二条 甲乙双方均应认真贯彻执行《西安市城镇职工基本医疗保险暂行办法》（市政发〔1999〕138号）、《西安市离休人员医疗保障实施细则》（市劳社字〔2002〕74号）、《关于

做好基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算工作的通知》（陕人社发〔2017〕14号）、《关于做好国家组织药品集中采购和使用试点工作医保支付有关工作的通知》（市医保发〔2019〕3号）、《关于转发当前加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知》（市人社函〔2019〕53号）、《西安市生育保险和职工基本医疗保险合并实施细则》（市医保发〔2019〕68号）、《西安市整合城乡居民基本医疗保险制度实施办法（暂行）》（市医保发〔2019〕71号）、《关于进一步加强我市医疗保险特殊药品管理工作的通知》（市医保发〔2020〕16号）、《关于调整我市城镇职工医疗保险有关政策的通知》（市医保发〔2020〕62号）等相关规定。

第三条 甲方委托乙方承担下列医疗服务项目（序号处打“√”）

1. 异地就医；
2. 城镇职工门诊；
3. 城乡居民门诊统筹；
4. 大学生门诊统筹；
5. 城镇职工生育门诊；
6. 离休人员医疗保障；
7. 特殊药品治疗；
8. 城镇职工普通住院，定额 \_\_\_\_\_ 元；
9. 城乡居民普通住院，定额 \_\_\_\_\_ 元；
10. 城镇职工门诊特殊检查(治疗)，第 \_\_\_\_\_ 项；

1	CT	2	SPECT
3	心脏彩色B超	4	核磁共振（MRI）

5	电子胃镜	6	宫腔镜
7	结肠镜	8	经颅彩色多普勒血管检查 (TCD)
9	动态心电图	10	高压氧舱
11	体外射频治疗前列腺肥大	12	体外冲击波碎石
13	64层及以上螺旋CT冠脉成像		

11. 门诊特殊病种, 第 \_\_\_\_\_ 项;

1	恶性肿瘤门诊化疗
2	恶性肿瘤门诊放疗
3	慢性肾功能衰竭门诊血液透析
4	慢性丙型肝炎门诊使用干扰素治疗
5	血友病门诊使用凝血因子VIII等、重组人凝血因子VIIa、重组人凝血因子IX治疗
6	精神分裂症门诊使用帕利哌酮治疗
7	少年儿童生长激素缺乏症门诊使用重组人生长激素治疗
8	儿童苯丙酮尿症治疗

12. 日间手术, 第 \_\_\_\_\_ 项;

1	鞘膜积液
2	隐睾
3	腹股沟斜疝
4	老年性白内障
5	斜视
6	翼状胬肉

13 住院费用按床日结算, 第 \_\_\_\_\_ 项;

1	精神分裂症
---	-------

2	分裂情感性障碍
3	双相情感障碍
4	脑梗死后遗症
5	脑内出血后遗症
6	颅内损伤后遗症
7	脑性瘫痪

14. 住院费用按项目结算，第\_\_\_\_\_项。

1	重症精神病（指偏执型精神病、癫痫所致精神障碍和精神发育迟滞伴发精神障碍 3 种严重精神障碍疾病）
2	流行性出血热
3	艾滋病机会性感染
4	结核病

#### 第四条 甲方的权利与义务

1. 指导乙方医疗保险管理办公室开展工作；
2. 向乙方宣传、解读医疗保险政策法规及配套文件；
3. 对乙方专职从事医疗保险工作人员进行业务培训；
4. 向乙方结算符合医疗保险支付范围的医疗费用；
5. 对乙方诊治参保人员的医疗费用进行核查；
6. 对乙方进行协议管理，以日常巡查、专项检查、投诉调查、年度考核、委托第三方等多种方式进行监督管理；
7. 根据国家、省市相关法律法规，依据本协议对乙方违约行为进行处理；
8. 协助乙方完成有关医疗保险其它事宜。

#### 第五条 乙方的权利与义务

1. 认真执行医疗保险政策规定；

2. 认真做好异地就医医疗服务和结算服务;

3. 加强医疗保险政策宣传, 在显要位置悬挂定点医疗机构标牌, 设立医保窗口、公布咨询电话、设置意见箱、公布医保有关政策规定、就医流程, 公示诊疗项目、药品和医疗服务价格, 并向参保人员提供医疗费用明细清单、结算清单及信息查询;

4. 根据国家、省市相关法律法规, 建立医疗保险管理服务机构, 配备相应工作人员, 并明确一名院级领导分管医疗保险工作;

5. 坚持“以病人为中心”的服务准则, 因病施治, 合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费, 努力减轻参保患者个人负担, 切实维护参保人员利益;

6. 严格执行《西安市基本医疗保险诊疗项目目录》《西安市基本医疗保险医疗服务设施范围及标准》和《西安市基本医疗(工伤生育)保险药品目录》(以下简称《药品目录》)等有关规定;

7. 配合甲方做好国家组织药品集中采购使用的政策宣传;

8. 认真核对参保人员的基本信息, 保证参保人、医疗保险卡(社会保障卡)、身份证(离休医保本)一致, 并留存身份证复印件;

9. 配合甲方对发生的医疗费用情况进行审核和查询, 并提供所需的全部诊疗材料、账目清单及相关数据;

10. 符合行业主管部门各项规章制度, 做好医疗保险有关文件、材料、数据的保存工作;

11. 对从事医疗保险工作人员进行业务培训;

12. 协助甲方完成有关医疗保险其它事宜。

## 第二章 医疗服务管理

第六条 乙方必须严格执行首诊负责制和出入院标准，不得将不符合入院标准的参保人员收治入院；不得诱导或推诿参保人员住院治疗。

第七条 乙方应严格执行《陕西省医疗服务项目价格》(2011版)、《陕西省城市公立医院医疗服务项目价格》(2017版)和县级公立医院医疗服务项目价格等相关规定，不得重复收费或乱收费。

第八条 乙方接诊时应建立参保人员就诊登记备案制度，并严格执行医疗保险相关规定。

第九条 参保人员在乙方就医发生医疗事故的，按照医疗事故管理办法处理，由于医疗事故及其后遗症所发生的医疗费用甲方不予支付。

## 第三章 诊疗项目管理

第十条 乙方应详细记录参保人员在诊疗期间所做的各项检查和诊疗项目，超出医疗保险支付范围的，应告知并征得参保人员或家属同意，并填写《超医疗保险服务范围医患协议书》。

第十一条 乙方对参保人员特殊检查(治疗)项目进行审批时，应严格审批程序、审批标准，控制特殊检查结果阳性率。参保人员在其它医疗机构所做的检查结果，乙方应充分利用，



避免不必要的重复检查。

第十二条 乙方为参保人员提供新开展的经行业主管部门批准的特殊诊疗项目，必须报甲方核准备案。未经备案的，不得列入医疗保险报销范围。

## 第四章 用药管理

第十三条 乙方不得对参保人员随意使用《药品目录》以外的自费药品，如因病情确需使用时，应经主管医生提出，参保人员或家属同意，并填写《超医疗保险服务范围医患协议书》。

第十四条 乙方使用经行业主管部门审批的本院生产的院内制剂，需报甲方审批备案后，可列入医疗保险用药范围。乙方对参保人员使用院内制剂时，所使用制剂与《药品目录》中的甲类药品相符时，按甲类药品结算；如与甲类药品不符时，按乙类药品结算。

第十五条 异地就医人员住院治疗使用本院生产的医院制剂，其费用按就医地相关政策规定结算。

第十六条 对使用纳入我市医疗保险的特殊药品和国家谈判抗癌药治疗时，乙方应建立健全审批操作流程，严格按照《关于规范纳入我市医疗保险的特药和调整完善的门诊特殊病种管理的通知》（市社保发〔2018〕58号）、《关于进一步加强我市医疗保险特殊药品管理工作的通知》（市医保发〔2020〕16号）、《关于调整我市城镇职工医疗保险有关政策的通知》（市医保发〔2020〕62号）审批管理。

第十七条 使用国家和我省组织药品集中采购和使用中选

品种，乙方应建立健全集中采购和使用药品管理制度，建立中选品种采购使用简易程序，畅通中选药品进院渠道，配备相应的工作人员，确保中选药品进入医院并优先使用。

第十八条 报销范围内通用名相同商品名不同的药品，乙方应根据病情需要本着节约的原则，为参保人员使用价格较低的药品，不得因商品名不同而让参保人员自费使用。

## 第五章 信息管理

第十九条 乙方应当指定部门及专人负责医疗保险信息管理，明确专职管理人员的工作职责，合理设置信息管理权限，甲方根据需要对乙方专职管理人员进行业务培训。

第二十条 乙方应具备规范的医疗保险信息系统，保证信息系统符合甲方的技术和接口标准，院内信息系统与医保联网实时结算方式应为接口方式，并与甲方医疗保险信息系统有效对接，满足甲方的信息安全管理要求，确保业务数据的安全、准确、完整、规范。

第二十一条 乙方应按甲方的要求传输参保人员就医信息和费用申报信息，确保传输的参保人员就诊、结算及其它相关信息均由信息系统自动生成，不得人为篡改作假；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。

第二十二条 乙方应建立医生（护理）工作站，保留医嘱（护理）工作记录的可追溯性。参保人员入院后，乙方应及时向甲方上传入院信息，发生符合医疗保险统筹基金支付的费用，乙

方应挂账结算。因乙方原因造成参保人员全额垫付的，乙方须负责补挂账结算。

第二十三条 乙方对应用于医疗保险服务及管理的信息系统履行信息数据备份工作。

第二十四条 乙方应配合甲方开展与医疗保险服务及管理相关的信息系统建设工作，对于不配合开展信息系统建设的行为，甲方可终止服务协议。

第二十五条 在甲方开展监督检查工作中，乙方应当配合提供各项应用于医疗保险服务及管理的数据信息，甲方应严格执行信息保密制度。

第二十六条 甲乙双方任何一方的信息系统出现故障，应及时通知对方，并启动应急预案，保障参保人员正常就医结算。

## 第六章 费用结算

第二十七条 基本医疗保险特殊门诊费用结算标准如下表：

项 目 名 称		统筹基金支付比例		个人支付比例	
		职工	城乡 居民	职工	城乡 居民
门诊 特殊 检查 (治疗)	CT	70%	/	30%	/
	SPECT				
	心脏彩色 B 超				
	核磁共振 (MRI)				
	电子胃镜				

	宫腔镜				
	结肠镜				
	经颅彩色多普勒血管检查(TCD)				
	动态心电图				
	高压氧舱				
	体外射频治疗前列腺肥大				
	体外冲击波碎石				
	64层及以上螺旋CT冠脉成像	50%	/	50%	/
恶性肿瘤门诊放化疗		82%	60%	18%	40%
慢性丙型肝炎门诊使用干扰素治疗		82%	60%	18%	40%
血友病门诊使用凝血因子VIII等、重组人凝血因子VIIa、重组人凝血因子IX治疗		82%	60%	18%	40%
精神分裂症门诊使用帕利哌酮治疗		82%	60%	18%	40%
少年儿童生长激素缺乏症门诊使用重组人生长激素治疗		/	60%	/	40%
儿童苯丙酮尿症治疗		/	70%	/	30%
慢性肾功能衰竭门诊血液透析		94%	60%	6%	40%

1. 城镇职工、城乡居民门诊特殊病种治疗，乙方应建立健全审批操作流程，严格按照《关于印发西安市医疗保险门诊特殊病种操作规范（2018年版）的通知》（市社保发〔2018〕90号）和《关于西安市城乡居民基本医疗保险就医管理有关问题的通知》（市社保发〔2019〕51号）审批管理。

2. 城镇职工、城乡居民门诊特殊治疗使用乙类药品或特殊

药品应先行支付后，其余费用按照统筹基金支付比例报销。

3. 城镇职工、城乡居民日间手术医疗费用结算标准按照《关于开展基本医疗保险日间手术按病种付费工作的通知》（市医保发〔2019〕73号）规定执行。

4. 城乡居民儿童苯丙酮尿症治疗费用按照《关于进一步做好儿童苯丙酮尿症医疗保障工作的通知》（市卫计发〔2017〕254号）规定执行。

5. 城镇职工门诊发生的生育医疗费用实行限额补贴，限额补贴标准如下：

产前检查费用补贴最高不得超过1000元；妊娠3个月（含3个月）以上自然流产和人工终止妊娠的，生育医疗费补贴最高不得超过1000元；妊娠3个月以下自然流产和人工终止妊娠的，生育医疗费补贴最高不得超过350元。

放置（取出）宫内节育器、皮下埋植（取出皮下埋植）术补贴最高不得超过300元；属宫内节育器嵌顿的，计划生育手术补贴标准最高不得超过1000元；绝育手术补贴最高不得超过1000元；输卵管或输精管复通手术补贴最高不得超过1500元。

## 第二十八条 基本医疗保险门诊费用结算

### 1. 城镇职工普通门诊结算

参保职工就医期间在乙方发生的门诊医疗费用、住院医疗费用中按规定应由个人自付的费用（含超出基本医疗保险用药范围、诊疗项目范围、医疗服务设施范围规定的自费部分医疗费用）可用西安市医疗保险卡（社会保障卡）或现金支付。

### 2. 城乡居民门诊统筹结算

（1）门诊统筹费用实行半年预拨，总额预付、年终决算的

方式。按照签约人数，以每人每年 80 元标准，分上下半年拨付乙方，年度终结后对上年度费用进行决算。

(2) 城乡居民在签约的门诊统筹医疗机构就诊发生的符合基本医疗保险规定的门诊医疗费用，不设起付线，年度个人最高支付限额为 200 元，具体支付标准比例如下：

社区卫生服务站、村卫生室和门诊部支付比例为 70%；一级医院、社区卫生服务中心和乡镇卫生院支付比例为 60%；参保贫困人员在门诊统筹医疗机构就诊产生的一般诊疗费由基金全额支付。

(3) 因病转诊后的门诊医疗费用先由个人垫付，转诊后 15 日内到乙方进行报销，乙方按照 50% 予以报销，每诊次最高报销 100 元。未经乙方同意转诊的，费用由个人承担。

(4) 年终决算按照“结余奖励、超支不补”的原则，全年实际发生的符合结算范围的门诊费用在当年度指标费用的 90% 以上(含 90%) 的，按 100% 结算奖励给乙方；全年实际发生符合结算范围的门诊费用，在当年度指标费用 90% 以下的据实结算。

全年实际发生的符合结算范围的门诊费用超过当年度指标费用，超出部分不予补偿，由乙方承担。

### 3. 大学生门诊统筹结算

(1) 门诊统筹费用实行全年预拨、总额控制、年终决算、变更签约、结余退回的方式。按每人每年 50 元的标准筹集门诊统筹基金，乙方不得将预算标准分解给个人。甲方将门诊统筹基金 90% 预拨给乙方包干使用，剩余 10% 待年度终结后用于对上年度费用进行决算。

(2) 一个待遇享受期内，参保大学生在门诊发生的医疗费

用，由门诊统筹基金按 70%支付，门诊统筹基金最高支付限额为 500 元。

(3) 因病转诊后的门诊医疗费用先由个人垫付，转诊后 15 日内到乙方进行报销，未经乙方同意转诊的，费用由个人承担。

(4) 各高校医疗保险经办部门应与选定的乙方，根据当年门诊统筹基金的结余情况，针对一个待遇享受期内门诊医疗费用超过门诊统筹基金最高支付限额以上的大学生制定二次补助方案，并报甲方审批后进行补助。

(5) 在一个医保年度结束后，乙方门诊统筹基金如有结余，应对本医保年度内符合门诊统筹二次补助标准的大学生进行补助。经二次补助后，当年门诊统筹基金仍有结余，将结余部分纳入门诊统筹基金统一管理。

4. 城乡居民门诊慢性病资格认定和费用结算按照《关于做好西安市城乡居民基本医疗保险门诊慢性病工作有关问题的通知》（市医保发〔2019〕76号）规定执行。

#### 第二十九条 基本医疗保险住院费用结算

1. 参保职工、城乡居民住院费用按照《关于印发西安市基本医疗保险定点医疗机构费用结算管理办法的通知》（市医保发〔2019〕77号）规定，采取按病种付费、按定额付费、按床日付费和按项目付费相结合的多元复合式支付办法进行结算。

2. 城镇职工基本医疗保险住院费用的支付标准按照《关于调整城镇职工基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额的通知》（市人社发〔2015〕229号）、《关于调整我市城镇职工医疗保险有关政策的通知》（市医保发〔2020〕62号）规定执行。

3. 城乡居民医疗保险住院费用的支付标准按照《西安市整

合城乡居民基本医疗保险制度实施办法（暂行）》（市医保发〔2019〕71号）规定执行。一个医疗保险年度内，参保居民年度最高支付限额为20万元。

4. 住院费用（含门诊紧急抢救）的起付标准如下表：

医院级别	城镇职工（元）			城乡居民（元）
	第一次住院	第二次住院	第三次住院	
三级特定	850	800	550	2000
三级	650	550	350	1200
二级	400	300	150	400
一级及社区卫生服务机构	200	150	100	150

城镇职工在一个自然年度内第四次及以上住院的，不再设置起付线标准。

5. 城镇职工、城乡居民本次住院总费用减去个人自付和基本医疗按比例自付的费用，未达到本级别医院住院起付标准的，不能计为一个平均住院定额，其费用由个人负担。

6. 城乡居民恶性肿瘤患者一个医疗保险年度内在同一家定点医疗机构住院连续放、化疗治疗的，只设一次起付线，后续放、化疗时不再设置起付线。

城镇职工、城乡居民恶性肿瘤患者单次住院医疗费用超过该院住院平均医疗费用定额结算标准2倍以上（不含已纳入单病种住院医疗费用限额结算的病种），按两个定额结算住院医疗费用。

7. 城乡居民根据就医需求优先选择二级及以下定点医疗机



构就诊。城乡居民选择三级或三级特等定点医疗机构就诊，持二级定点医疗机构转诊单，三级定点医疗机构住院起付线降低 200 元、三级特等定点医疗机构住院起付线降低 300 元。

在二级及以上定点医疗机构住院治疗，因病情需要上转的参保患者，三级或三级特等定点医疗机构执行两级定点医疗机构起付线的差额部分；康复期下转者，取消下级定点医疗机构起付线。

8. 按病种付费按照《关于调整西安市城镇基本医疗保险定点医疗机构有关结算标准的通知》（市人社发〔2014〕320号）和《关于进一步推进按病种付费工作有关问题的通知》（市医保发〔2019〕72号）规定执行。

9. 按床日付费按照《关于开展基本医疗保险按床日付费结算工作的通知》（市医保发〔2019〕74号）规定执行。

10. 住院期间，因本院不具备条件，经本院审批同意在定点医药机构产生的院外检查、购药费用列入本次住院总费用。

11. 对转出科室发生的阶段性医疗费用超过乙方一个平均定额标准的 130%时，按两个定额结算住院医疗费用，起付标准按照一个收取。

12. 年终决算时，按照“结余奖励、合理超支分担”的精神，实际值低于指标总额 90%的，按实际值结算；实际值在指标总额 90%-100%之间的，按实际值结算后，结余部分的 70%奖励乙方；实际值超过指标总额 15%以内部分，按指标总额结算后，超支部分由乙方负担 20%，统筹基金负担 80%；实际值超过指标总额 15%-30%部分，由乙方负担 40%，统筹基金负担 60%；实际值超过指标总额 30%以上部分，全部由乙方负担。

### 第三十条 离休人员医疗保障费用结算

1. 离休人员就医按照《西安市基本医疗保险诊疗项目目录》《西安市基本医疗保险医疗服务设施范围及标准》和《药品目录》规定范围内发生的住院和门诊费用实报实销。

2. 《西安市基本医疗保险诊疗项目目录》《西安市基本医疗保险医疗服务设施范围及标准》和《药品目录》规定范围外发生的住院和门诊医疗费用，1945年9月2日以前参加革命工作者实报实销；其他离休人员（包括建国以前参加革命工作，符合原劳动人事劳人险发〔1983〕3号文件规定，享受原本人标准工资100%退休费的退休工人），按85%的比例予以报销。

3. 住院床位费享受地、师级以上待遇的（含地、师级）离休人员按80元/日支付；享受县、团级待遇及其他离休人员（含建国前参加革命工作的老工人）按60元/日支付。实际床位费低于支付标准的按实际床位费支付。

### 第三十一条 异地就医住院费用结算

1. 异地就医人员的费用结算原则上实行即时结算。其中个人负担部分按照参保地标准由个人与乙方直接结算，基本医疗保险支付部分由甲方和乙方按照协议约定按项目结算。

2. 异地就医人员直接结算的住院医疗费，原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品目录、医疗服务设施和诊疗项目范围）。

3. 乙方应及时为异地就医人员办理出院结算手续，因乙方未按规定及时办理结算手续致使医疗费用不能及时核算的，责任由乙方承担。非乙方原因造成出院结算不及时致使乙方利益受损的，甲方可协助乙方通知参保地经办机构有关人员或单位

及时结算。

4. 乙方应按月将发生的跨省异地就医和省内异地就医直接挂账结算费用通过结算软件自行下载后打印月度结算表、汇总表、明细表报送甲方。

5. 异地就医人员就医发生的各项医疗费用，乙方应按要求统一申报，不得遗漏。对按规定应由医疗保险基金支付的医疗费用，甲方要按约定的结算办法及时足额给付，不得无故拖欠和拒绝。

### 第三十二条 药品集中采购使用费用结算

1. 药品集中采购使用费用结算执行《关于印发国家组织药品集中采购和使用试点方案的通知》(国办发[2019]2号)、《国家医疗保障局关于国家组织药品集中采购和使用试点医保配套措施的意见》(医保发[2019]18号)、《关于印发落实国家组织药品集中采购和使用试点工作实施方案的通知》(市政办发[2019]13号)和《关于做好国家组织药品集中采购和使用试点工作医保支付有关工作的通知》(市医保发[2019]3号)相关规定。

2. 集中采购药品，在药品目录范围内的同一通用名下的原研药、参比制剂、通过一致性评价的仿制药，原则上以集中采购中选价格作为该通用名药品的医保支付标准，医保基金按相同的支付标准进行结算。

3. 乙方应优先采购、使用中选品种，按购销合同按时完成中选药品采购量。采购量完成后，仍应优先使用中选品种，原则上在试点采购周期内采购中选药品使用量不低于非中选药品采购量。

4. 甲方根据乙方与生产企业签订带量购销合同或通过陕西

省药品网上集中采购平台采购中选品种金额的 50%向乙方拨付周转金，采购量达到 50%后，甲方再按采购金额的 40%向乙方拨付周转金。乙方使用完采购量后继续采购的，甲方应追加拨付周转金。

5. 协议供货期结束后，甲方根据中选品种实际使用数量与乙方年度决算时进行清算。

6. 城镇职工、城乡居民门诊特殊治疗及住院治疗使用非中选药品，价格高于集中采购中选价格 2 倍以上的甲类药品自付 10%，乙类药品先行支付后，再自付 20%，其余费用分别按照统筹基金支付比例报销；介于集中采购中选价格 2 倍以内（含 2 倍）的，以集中采购中选价格为医保支付标准；价格低于集中采购中选价格的药品，按实际价格支付。

第三十三条 乙方每月用于挂账的各种审批表、明细表、结算表应真实、准确，并于次月前 5 个工作日报送甲方。

第三十四条 统筹基金不予支付的费用

1. 应当从工伤保险基金中支付的；
2. 应当由第三人负担的；
3. 应当由公共卫生负担的；
4. 在境外就医的；
5. 体育健身、养生保健消费、健康体检；
6. 不符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目范围、医疗服务设施标准所规定项目范围的，国家另有规定的除外；
7. 国家、省市医疗保险政策规定的其他不支付费用情形。

## 第七章 监督管理、违约责任与争议处理

第三十五条 甲方有下列情形之一的，乙方可要求甲方采取措施纠正。

1. 医疗保险管理制度、操作规程变化时，未及时告知乙方的；
2. 工作人员故意刁难、态度恶劣及以权谋私的；
3. 其他不按程序、不依法依规办理的。

第三十六条 甲方有权对乙方执行医疗保险政策及本协议情况进行监督检查，并根据我市医疗保险政策的相关规定进行考核和奖惩，乙方应积极配合甲方进行监督检查和考核工作。

第三十七条 甲方可以根据乙方违约情节轻重，对乙方采取约谈、限期整改、缓付费用、扣除或追回违约费用、通报批评、暂停或取消部分服务项目、终止服务协议等处理。甲方与陕西省医疗保险经办机构互认检查违规处理结果，实行联动。

第三十八条 乙方有下列情形之一的，甲方可对乙方作出约谈、限期整改等处理。

1. 未按本协议要求落实管理措施的；
2. 未及时、准确、完整或不能向甲方提供所需资料的；
3. 未落实参保患者知情权，未向参保患者提供费用明细清单、出院病情证明等资料的；
4. 未及时查处参保人员投诉和社会监督反映问题的。

第三十九条 乙方有下列情形之一的，甲方可在第三十八条处理的基础上对乙方作出缓付费用、扣除或追回违约费用等处理。

1. 乙方发生第三十八条行为，限期整改不到位，或在半年内相关违规问题继续发生的；

2. 参保人员发生的符合医疗保险统筹基金支付的费用乙方未进行挂账结算的；

3. 落实国家组织药品集中采购和使用过程中，未完成中选药品约定采购量的；

4. 国家组织药品集中采购使用过程中，高于中选价格销售中选药品的；

5. 未核实患者信息，造成冒名顶替的；

6. 不严格执行出入院标准，以各种理由推诿病人或诱导住院，将不符合入院标准的参保人员收治住院的；

7. 采用分解住院、挂床住院等方式，套取医疗保险基金的；

8. 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；

9. 违反因病施治原则，违反用药规定，开大处方、过度检查、过度治疗的；

10. 药品、耗材、医疗器械等医疗管理数据与实际不符，且无法提供合理解释的；

11. 未落实信息系统建设要求的；

12. 其他违反相关政策规定，不履行本协议条款的。

第四十条 乙方发生本协议第三十九条行为，情节严重，造成医疗保险基金损失和不良社会影响，或发生下列情形的，甲方可在第三十九条处理的基础上对乙方作出通报批评、暂停或取消部分服务项目等处理。

1. 乙方发生第三十九条行为，限期整改不到位，或在半年内相关违规问题继续发生的；

2. 入院诊断、病程记录、临床用药、检查和治疗与疾病诊断、病历及处方内容或数据不符的；

3. 开假处方、不按处方规定配药，配售假劣药，或利用工作之便串换药品、搭车开药的；

4. 将医疗保险支付范围外的药品、诊疗项目、医用材料、医疗服务设施或生活用品、保健滋补品等费用串换为医疗保险政策范围内费用或其他任何形式的串换行为，套取医保基金的；

5. 擅自将自制药剂和自行研制的诊疗技术纳入医保报销范围的；

6. 采取虚假宣传或减免应由个人支付的医疗费用或以提供现金、实物等经济手段诱导不符合入院指征的参保人员住院及检查治疗的；

7. 以优惠活动为由，将参保人员的西安市医疗保险卡（社会保障卡）内金额划转至储值卡（会员卡）中用于后续消费的；

8. 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，将全部或部分科室改为承包、转包经营，并以乙方名义开展医疗服务的；

9. 在经办机构监督检查过程中，提供虚假信息的；

10. 其他严重违反相关政策规定，不履行本协议条款的。

第四十一条 乙方有下列情形之一的，甲方可在第四十条处理的基础上对乙方作出终止服务协议等处理。

1. 伪造医疗文书、财务票据或凭证等方式，虚构医疗服务“假住院、假就诊”骗取医保基金的；

2. 为非定点或定点医药机构及其他机构提供医保费用结算的;

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

4. 被吊销《医疗机构执业许可证》、《营业执照》的;

5. 拒绝、阻挠或不配合经办机构开展必要监督检查的;

6. 其他造成严重后果和重大影响的违规行为。

第四十二条 乙方违反医疗保险基金管理法律法规的, 甲方应移交医疗保障行政部门处罚; 触犯法律的, 由行政部门移送司法机构处罚。

第四十三条 甲乙双方在本协议执行过程中发生争议的, 应当首先通过协商解决。双方协商未果的, 可按照《中华人民共和国行政复议法》和《中华人民共和国行政诉讼法》的有关规定, 依法提起行政复议或向人民法院提起行政诉讼。

## 第八章 附 则

第四十四条 本协议自\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日(大学生门诊统筹自\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日至\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日)有效。协议期满后, 因甲方原因未签订新协议前, 原协议继续生效。

第四十五条 在本协议有效期内, 遇到医保政策调整时, 按最新政策和实施细则执行。

第四十六条 在本协议执行期间, 乙方经行业主管部门批准变更机构名称、经营范围、法定代表人(负责人)以及经营地



址等信息的，应在批准变更后的 30 个工作日内到甲方办理信息变更，逾期不办理的，甲方可单方终止服务协议。

第四十七条 本协议执行期间，乙方因搬迁、装修等原因 6 个月及以上不能为参保人员提供医疗保险服务的，甲方将视其为自动终止服务协议。

第四十八条 乙方被解除服务协议的，3 年内不得申请医保定点。

第四十九条 协议履行期内，甲乙双方无论以何种理由解除协议，应提前 30 日通知对方，并共同做好善后工作，保证参保人员正常就医。

第五十条 本协议期满前，甲乙双方可以续签本协议。乙方逾期未主动续签协议的，甲方将终止医保刷卡结算服务。

第五十一条 本协议未尽事宜，按照相关法律法规、政策执行。

第五十二条 本协议一式二份，由甲乙双方各执一份，具有同等法律效力，双方签字盖章后生效。

甲方：（盖章）

乙方：（盖章）

法人代表：

法人代表：

年 月 日

年 月 日

## 变更登记记录

日期	变更项目	变更后情况	医疗机构盖章	医保部门盖章

