

揭阳市医疗保障局
揭阳市财政局文件
揭阳市卫生健康局

揭市医保规〔2023〕2号

揭阳市医疗保障局 揭阳市财政局 揭阳市卫生健康局关于印发《揭阳市基本医疗保险医疗费用结算办法》的通知

各县（市、区）人民政府，市直有关单位：

《揭阳市基本医疗保险医疗费用结算办法》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到问题，请径向市医疗保障局反映。

(此页无正文)



揭阳市基本医疗保险医疗费用结算办法

第一章 总则

第一条 为进一步完善本市基本医疗保险支付制度，建立医疗费用控制、激励和约束机制，推动医疗服务精细化管理，切实维护参保人员基本医疗权益，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）《广东省医疗保障局转发国家医疗保障局DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》（粤医保发〔2021〕54号）《国家医疗保障局办公室关于印发国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范和DIP病种目录库（1.0版）的通知》（医保办发〔2020〕50号）《广东省医疗保障局关于印发广东省按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）的通知》（粤医保规〔2023〕1号）精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本市定点医疗机构与基本医疗保险参保人发生的医疗费用，由定点医疗机构与医保经办机构结算，适用本办法。城镇职工基本医疗保险（含生育保险）和城乡居民基本医疗保险医疗费用结算实行分开列账、独立核算。

第三条 基本医疗保险基金坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，实行严格预算管理，不断提高医保基金使用效率，着力保障参保人员基本医疗需求，促进医疗卫生资源合理利用，筑牢保障底线。坚持协调推进医疗、医保、医药联动，通过深化

医保支付方式改革，充分发挥医保在医改中的基础性作用，更好地保障参保人员权益，规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长。基本医疗保险基金结算实行“总额预付、结余留用、合理超支分担”的激励约束机制。坚持中西医并重，推动中医药和西医药相互补充、协调发展，推动中医药事业高质量发展。协调推进医共体、医联体、卫生强基、高水平医院等方面建设，有效落实分级诊疗制度。

第四条 建立揭阳市基本医疗保险统筹基金结算联席会议制度，联席会议负责对年度总额控制预决算、相关重大政策调整等事项进行审核。联席会议由市医疗保障部门牵头，市财政部门、市卫生健康部门、市医保经办机构参与。

市医疗保障部门负责牵头医保支付方式改革，健全付费标准动态调整机制和谈判协商机制，建立医保基金使用效率评价制度。卫生健康部门负责指导各级各类医疗卫生机构开展临床路径管理工作，规范病案首页管理，监控医疗费用不合理增长等。财政等部门根据各自职能，协同推进医保支付方式改革。市医保经办机构负责根据本办法做好基本医疗保险医疗费用结算经办管理工作。

第五条 本市基本医疗保险医疗费用结算实行市级统筹、属地管理。医保经办机构须通过国家医保信息平台，按照统一的结算经办规程进行医疗费用结算。省另有规定的，从其规定。

第六条 参保人在定点医疗机构发生的医疗费用医保报销，

按规定实行联网结算。属个人承担部分，由个人与定点医疗机构结算。属统筹基金支付部分，由医疗机构记账，医保经办机构按本办法与定点医疗机构进行结算。

第七条 对省级紧密型县域医共体医保支付方式综合改革试点县（市、区），在 DIP 政策框架范围内，按照省医保局部署做好医保支付方式综合改革试点。

第二章 按病种分值付费（DIP）结算

第八条 病种分值是依据每一个病种组合的资源消耗程度所赋予的权值，反映的是疾病的严重程度、治疗方式的复杂与疑难程度。

第九条 参保人在本市定点医疗机构发生的住院医疗总费用按病种分值结算或住院床日费用分值结算。按照“预算管理、总额控制、病种赋值、月预结算、年度清算”的办法，将参保人在定点医疗机构住院基本医疗费用的年度可分配资金总额（下称年度可分配资金总额），根据病种分值或住院床日费用分值以及各定点医疗机构权重系数等进行分配结算。

参保人在符合规定的日间手术医院发生的日间手术医疗费用（包括术前必要的检查治疗的医疗费用，术前检查时间最长不超过 14 天）视同一次住院按照相应病种、治疗方式的分值结算。精神类等住院时间较长的病例可按住院床日费用分值结算。

第一节 年度可分配资金

第十条 年度可分配资金总额=当年度基本医疗保险统筹基金收入总额（包括城镇职工基本医疗保险统筹基金和城乡居民基本医疗保险统筹基金，剔除一次性趸交收入后加上一次性趸交分摊计入额）-区域调节金-生育津贴和产前检查费用-普通门诊统筹费用-门诊特定病种费用-异地就医结算费用-现金报销费用（不含已纳入医院按分值结算的部分）-其他支出

前款中“一次性趸交分摊计入额”按“上年度12月底前在保的一次性预缴基本医疗保险费的人数*上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资*缴费比例”计算；“费用”系指按规定应由基本医疗保险统筹基金支付的费用；“其他支出”系指按规定应由基本医疗保险统筹基金支付但未在公式中明确列出的费用支出。

第十一条 设立全市年度按病种分值付费调节金（以下简称区域调节金）。区域调节金以当年度基本医疗保险统筹基金收入总额的4%计提，主要用于年度清算时合理超支费用分担。当年度未使用的区域调节金，滚存计入下一年度区域调节金合并使用。

第十二条 当年度因相关重大政策调整、重大公共卫生事件、自然灾害等特殊情况需要动用历年基金结余或者调整DIP医保基金预算支出、区域调节金的，由联席会议研究确定，报市政府批准后执行。

第十三条 全市各定点医疗机构住院记账费用总额未达到

年度可分配资金总额，按住院记账费用总额的 110%作为年度可分配资金总额，但最高不超过按本办法第十条计算的数额。

第二节 病种分值库

第十四条 建立本地病种目录库。根据《国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范》，以国家 DIP 病种目录库为基础，确定病种及病种分值，形成本地 DIP 病种目录库，明确核心病种、综合病种以及对应的病种基础分值。

第十五条 病种的确定。将本市统筹区域内一定时期出院病例，以国家统一医保版编码为基础，通过疾病主要诊断及治疗方式进行聚类后确定核心病种、综合病种、基层病种、中医优势病种。

（一）核心病种：以结算年度前 3 年的病案数据，以医保版疾病诊断编码（ICD-10）和手术操作编码（ICD9-CM-3）为参数进行统计分组，病例数达到 10 例及以上者定为核心病种。

（二）综合病种：对低于 10 例的病种组合按病种属性进一步组合聚类，形成综合病种。

（三）基层病种：适合具备诊治能力的基层医疗卫生机构（含乡镇卫生院、社区卫生服务中心）诊治的病种为基层病种，定点医疗机构诊治该病种实现相同的分值付费。基层病种实行动态调整。

（四）中医优势病种：参照国家技术规范成组标准，充分考

虑中医操作与诊断的关系，探索以中医操作为主要手术操作的病例进行组合，聚类形成中医优势病种。

第十六条 计算病种的分值和点值。将本市统筹区域内平均住院医疗总费用（简称全病种次均住院医疗总费用）作为基准，计算各病种的分值。在总额预算下，根据年度医保支出、医保支付比例及各定点医疗机构病例的总分值，计算点值。

第十七条 病种分值的确定。将全病种次均住院医疗总费用分值设为 1000 分。各病种基础分值=（各病种次均住院医疗总费用/全病种次均住院医疗总费用）*1000。床日费用分值=（床日日均住院医疗总费用/全病种次均住院医疗总费用）*1000。

病种分值一经确定，一个年度内不再改变。如因医疗技术发展、新药发明等原因，导致部分病种医疗费用明显增长时，由专家组重新评估后确定下一年度的病种分值。

第十八条 建立辅助目录分值调整机制。在主目录的基础上，基于年龄、合并症、并发症等因素对病种细化分型，逐步建立辅助目录分值调整机制，确定各辅助分型调整系数，在病种分值的基础上予以调整校正。

第十九条 建立偏差病例校准机制。对与实际住院医疗费用严重偏离的病种分值进行校准，使其符合实际。病例住院医疗总费用与该病种上一年度同级别定点医疗机构次均住院医疗总费用偏差超出一定比例的，视为偏差病例，需重新计算分值。

第二十条 建立特殊病例评议机制。对于住院天数明显高于

平均水平、费用偏离度较大、ICU 住院天数较长或运用新医疗技术等特殊病例，定点医疗机构可提出按特殊病例结算的申请，积累到一定例数后赋予分值。经协商谈判后医保统筹基金可予以支付。

第三节 定点医疗机构系数

第二十一条 建立定点医疗机构系数动态调整机制。综合考虑定点医疗机构级别、功能定位、医疗水平、专科特色、病种结构等因素，合理确定各定点医疗机构的权重系数，区分不同级别、不同管理服务水平的定点医疗机构分值并按年度动态调整。

第二十二条 定点医疗机构系数。定点医疗机构系数由基本权重系数和考核权重系数组成。 定点医疗机构系数=基本权重系数+考核权重系数。

（一）基本权重系数

基本权重系数根据各定点医疗机构级别、等级、医疗机构类型等确定，分别为：三级甲等为 1、三级乙等及专科医院为 0.96、三级其他为 0.94，二级甲等为 0.92、二级乙等及专科医院为 0.85，二级其他为 0.80；一级甲等为 0.80，一级专科医院为 0.75，一级其他为 0.70。

（二）考核权重系数

1. 加成权重系数

（1）CMI 加成系数

CMI 为定点医疗机构病例组合指数，计算公式为：某定点医院 CMI 值=该院所有出院病例总分值÷该院出院总例数÷1000。

CMI ≥ 1 时，加成 1 个百分点；CMI 每增加 0.1，依次多加成 1 个百分点，最高加成 10 个百分点。计算 CMI 时以核心病种计算，不含综合病种。

（2）老年患者比例加成系数

定点医院老年患者（60 周岁以上）住院结算人次占比大于全市平均水平时，加成 1 个百分点；平均水平上每增加 0.1，依次多加成 1 个百分点。最高加成 5 个百分点。康复医院、眼科医院不计算老年患者比例加成系数。老年病例总病例数未达全市 1%的不进行加成；定点医疗机构老年患者住院结算人次占本院总住院人次比例高于 50%的不进行加成。

（3）儿科患者比例加成系数

定点医疗机构 6 周岁以下儿童住院人次占比大于全市平均水平时，加成 1 个百分点；平均水平上每增加 0.1，依次多加成 1 个百分点。最高加成 5 个百分点。康复医院、眼科医院不计算儿科患者比例加成系数。儿童病例总病例数未达全市 1%的不进行加成。

（4）广东省高水平医院加成系数

属于广东省高水平医院的定点医疗机构加成 1 个百分点。

（5）重点专科加成系数

具有国家、省或市重点专科的，分别加成 1、0.6、0.1 个百分点。重点专科定量计算，同一专科只取最高认定的级别进行加成。只加成评定认证的具体医疗机构，医联体内其他医疗机构，分院区医疗机构等不加成。最高加成 2 个百分点。

2. 扣减权重系数。

(1) 年度内医保结算清单诊断和手术编码准确率。[考核方法：准确率=(医疗机构年度住院总病例数-编码错误病例数)/病例数*100%]。结果运用：准确率 95%以上的为达标，95%以下的每降低 1%，权重系数扣减 0.5 个百分点，最高扣减权重系数 2 个百分点。

(2) 年度内执行收费政策准确率。[考核方法：准确率=(医疗机构年度住院医疗总费用-收费违规金额)/医疗机构年度住院医疗总费用*100%]。结果运用：准确率 95%以上的为达标，95%以下的每降低 1%，扣减权重系数 0.5 个百分点，最高扣减权重系数 2 个百分点。

(3) 诊疗规范情况。根据专项检查或日常经办审核等认定医疗机构存在提供不必要的医药服务（包括分解住院、挂床住院、违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药等情形）年度病例数占医疗机构年度内住院病例数的比例考核，占比低于 0.5%的为达标；超过 0.5%的，每超过 0.5%，扣减权重系数 0.5 个百分点，最高扣减权重系数 2 个百分点。

(4) 当年度内未按医保部门规定,完成药品集中带量采购和按规定线上采购的,扣减权重系数 1 个百分点。

(5) 当年度内未按医保部门规定,完成耗材集中带量采购和按规定线上采购的,扣减权重系数 1 个百分点。

(6) 除上述情况以外,存在未按规定配合医保部门工作、执行医保政策不到位、未按规定退回医保预付资金、违反协议其他规定等问题,或出现被其他行业主管部门处罚的重大问题,扣减权重系数 3 个百分点。

第二十三条 定点医疗机构权重系数对应的级别,必须与定点医疗机构执行的收费标准、参保人住院起付标准及报销比例所对应的级别相一致。权重系数一经确定,一个年度内不予调整。下一年度需调整的,由定点医疗机构在本年度结束前 3 个月向辖区医保经办机构提出申请,各县(市、区)医保经办机构汇总上报市医保经办机构,市医保经办机构根据数据和相关材料提出调整意见,经市医保局审核确定后公布。

第二十四条 新增定点医疗机构当年度权重系数取相应级别基本权重系数,不进行加成。定点医疗机构收治本市基层病种目录内病种的,不受医疗机构等级、权重系数影响,医保经办机构按相应的分值结算。

2023 年定点医疗机构系数按 2022 年定点医疗机构系数执行,因医院等级变化需调整的,按上述流程提出申请,按本办法第二十二条基本权重系数确定。

第四节 月预结算

第二十五条 建立周转金和药品耗材集采预付款制度。

每年1月初，市医保经办机构对两年内未违反医疗保险有关管理规定的市内公立定点医疗机构预拨周转资金和集采预付款，分别用于公立定点医疗机构为参保人提供医疗服务和开展药品、医用耗材集中带量采购专项预付的资金周转。

（一）周转金。额度为该医疗机构上年度统筹基金记账住院医疗费用的月平均值的2倍，拨付时四舍五入到万元。

（二）集采预付款。额度为该医疗机构上年度药品和医用耗材集中采购约定采购金额的30%，拨付时四舍五入到千元。

已预拨的周转金和集采预付款应在次年1月收回后重新拨付或对冲后多退少补。年度内新增的定点医疗机构不划拨周转金和采购预付款。

第二十六条 月预结算。以各定点医疗机构当月申报的出院结算病例统筹基金住院记账费用为基数，由市医保经办机构按照90%比例预拨给各定点医疗机构。定点医疗机构月度预结算费用=住院记账费用*90%-扣（罚）款费用。暂未拨付的费用纳入年度清算处理。

月预结算时，参保人在定点医疗机构发生的一站式结算、补充保险和大病保险的记账金额同时支付。

第五节 年度清算

第二十七条 病种分值的计算。按照病种库对应的疾病诊断编码和手术操作编码取得病种基础分值。

辅助分型病种分值计算方法：辅助分型病种分值=病种基础分值*（1+辅助目录调整系数）

已按辅助分型调整的病例不再纳入费用偏差病例计算。

第二十八条 费用偏差较大病例分值计算。计算每个病例的住院总费用与同级别定点医疗机构上一年度该病种次均住院医疗总费用的偏差率，当偏差率较大时，按以下方法计算分值：

费用偏差率=该病例的住院总费用/同级别定点医疗机构上一年度该病种次均住院医疗总费用。

如上年度同等级定点医疗机构无该病种时，取当前年度同等级定点医疗机构该病种次均住院医疗总费用。

当偏差率 ≤ 0.4 时，该病例分值=病种基础分值*偏差率；

当偏差率 ≥ 2.5 时，该病例分值=病种基础分值*（偏差率-2.5+1）；

当偏差率 ≥ 3 时，该病例纳入年终专家评审范畴，由专家组评议后校正有关病例的分值。

第二十九条 特殊条件的病例计算。年度清算时，定点医疗机构可向市医保经办机构申请按特殊病例计算分值，特殊病例申请比例不得超过本医疗机构按分值付费病例的5/1000。该类病例由市医保经办机构组织专家评议，评审通过的病例可按照以下公式重新计算分值：（该病例住院医疗总费用/当年度全病种次均住

院医疗总费用)*1000;评审不通过的病例仍按上述常规方法计算分值。特殊病例至少应满足以下一个条件:

(一) 住院总费用与同级别定点医疗机构上一年度该病种次均住院医疗总费用的偏差率大于3的病例;

(二) 住院天数是本医疗机构当年度平均住院天数5倍以上的病例;

(三) 住院总费用超出该病种基准分值与上年度结算点值的乘积,且超出金额为本医疗机构当前年度前10位病种的病例;

(四) 监护病房床位使用天数占住院床位使用总天数的60%及以上的病例;

(五) 运用创新医疗技术(是指3年内获得国家、省自然科学奖、技术发明奖、科学技术进步奖的医疗技术或治疗手段)的病例;

(六) 运用经市卫生健康行政部门评审认定、公布的临床高新技术、临床重大技术和临床特色技术的病例。

第三十条 确定定点医疗机构总分值。

定点医疗机构总分值=定点医疗机构非基层病种分值总数*定点医疗机构权重系数+定点医疗机构基层病种分值总数+床日分值总数。

定点医疗机构核定总分值=定点医疗机构总分值-定点医疗机构被扣减的分值。

第三十一条 确定当年度结算点值。

当年度结算点值=（年度可分配资金总额+全年按分值结算病种的参保人个人支付总额+相应的“一站式”结算、补充保险及大病保险支付额）/当年各定点医疗机构核定总分值之和。

第三十二条 确定年度应偿付总额。

年度清算时，应偿付给各定点医疗机构的住院基本医疗费用（下称年度应偿付总额）=当年定点医疗机构核定总分值*当年结算点值-当年定点医疗机构按分值结算病种的参保人个人支付总额-相应的“一站式”结算、补充保险及大病保险支付额。

第三十三条 依据清算比例确定各定点医疗机构按病种分值付费年度统筹基金决算支付费用（下称年度决算费用）。

清算比例=各定点医疗机构住院记账费用总额/年度应偿付总额*100%。

清算比例低于100%（含）的，将定点医疗机构住院记账费用总额的105%作为年度决算费用，最高不超过各定点医疗机构年度应偿付总额。

清算比例在100%以上的，对超支费用，115%（含）以内部分，由区域调节金按照比例予以分担（下称应分担金额），其中三级医疗机构分担75%、二级医疗机构分担70%、一级医疗机构分担65%；超出115%部分，区域调节金不再分担。

区域调节金不足以分担超支部分时，以区域调节金与所有定点医疗机构应分担金额总和的比值作为调整系数，各定点医疗机构实际分担金额=各定点医疗机构应分担金额*调整系数。

年度清算统筹基金应偿付额=年度决算费用-月预付金额总额。

第三章 其他结算方式

第三十四条 参保人发生的符合基本医疗保险规定的普通门（急）诊统筹记账医疗费用实行按项目付费的结算模式，条件具备时，普通门诊医疗费用逐步实行按人头付费的结算模式。

第三十五条 参保人在定点医疗机构发生的门诊特定病种及家庭病床基本医疗费用，医保经办机构按“病种限额”或“医疗服务项目”等方式结算。

第三十六条 参保人发生的不纳入分值结算的住院基本医疗费用以及在定点医疗机构门诊发生的其他医疗费用的结算方式，由医保经办机构与定点医疗机构通过签订服务协议明确。

第四章 结算管理

第三十七条 定点医疗机构应严格执行《医疗保障基金结算清单填写规范》的有关要求，按医保版疾病诊断编码（ICD-10）或《中医病症分类与代码》对疾病进行分类编码，准确填报《医疗保障基金结算清单》，在参保人出院结算后10日内上传参保人出院结算有关信息。

第三十八条 参保人出院后10日内因同一疾病，重复在同一定点医疗机构住院的（急性发作或其他特殊原因除外），不重复

计算分值。

住院参保人在同一定点医疗机构内部转科继续住院治疗的，按同一次住院结算。

第三十九条 定点医疗机构有分解住院、挂床住院、诊断升级、高套分值及降低服务质量等违规行为的，当次住院的分值不予计算，并按该分值的 2 倍予以扣减。

市内定点医疗机构应当为参保人就医办理联网直接结算。参保人在定点医疗机构住院发生的按分值结算的基本医疗费用因定点医疗机构原因未记账的，参保人在医保经办机构办理现金报销后，统一纳入该定点医疗机构的分值结算，参保人已支付的当次住院全部基本医疗费用计入该医疗机构参保人支付费用总额。

第四十条 定点医疗机构于每月 15 日前，向医保经办机构申报结算上月记账的基本医疗费用。医保经办机构应于上报资料截止日起 30 个工作日内支付月预结算金额，并预留 5%作为服务质量保证金。

第四十一条 定点医疗机构在规定的时间内申报结算年度基本医疗费用的，医保经办机构原则上在每年 4 月底前完成上年度年度清算工作。

第四十二条 医保经办机构按比例随机抽查定点医疗机构申报病例，经审核属违规的医疗费用，按照服务协议的有关规定予以扣减。

第五章 监督管理

第四十三条 定点医疗机构应加强对医务人员诊疗行为的规范和管理，按要求开展医保结算清单、病案首页和疾病编码的应用工作，按照《医疗保障基金结算清单填写规范》、病案管理和本办法的要求做好医保结算清单填写和病案首页填报工作。

第四十四条 定点医疗机构须规范医疗服务行为，做到合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费，严格控制医疗费用不合理的增长。对出现推诿参保人或者不按照诊疗常规给予参保人合理治疗的，各级医保经办机构负责按服务协议规定处理。定点医疗机构严格按照基本医疗保险保基本、保大病原则使用医保基金，避免医保基金违规承担养老、护理保险等方面责任。

第四十五条 预拨的周转金和集采预付款专项专用，任何机构和个人不得挤占、挪用和借用。公立定点医疗机构承担药品和耗材采购结算主体责任，应按采购合同与供货商及时结算相应货款，结清时间不得超过交货验收合格后次月底。

第四十六条 医保经办机构应加大对定点医疗机构执行服务协议情况的检查和基本医疗保险统筹基金支出的稽核。对定点医疗机构违反服务协议约定的，应当追究违约责任；涉嫌违法的，应及时将案件移交行为发生地的医疗保障行政部门。

第四十七条 医疗保障行政部门应加强对定点医疗机构遵守基本医疗保险法律、法规及有关规定情况的监督检查。定点医疗机构违反法律、法规及有关规定的，行为发生地的医疗保障行

政部门应依法予以查处;属卫生健康等行政部门职责管理范围的,医疗保障行政部门应及时移交相关部门处置;涉嫌犯罪的,应移送司法机关追究刑事责任。

第四十八条 卫生健康行政部门应加强各定点医疗机构病案系统管理及病案管理培训工作的,定期对疾病诊断规范和疾病编码工作进行指导和检查。加强对本地区医疗费用增长率等情况的监测。加强对定点医疗机构及医务人员执业行为的监督管理。

第四十九条 医疗保障行政部门会同医保经办机构、卫生健康行政部门建立医疗卫生专家库,不定期组织专家对各定点医疗机构提供医疗服务和执行医疗保险政策规定等情况进行监督检查,加强对基本医疗保险费用支出的监管。

第六章 附则

第五十条 本办法所称“基本医疗费用”是指:符合基本医疗保险药品、诊疗项目、医用耗材目录范围和支付标准的医疗费用,包括统筹基金起付标准部分的费用和超过统筹基金起付标准、未超过统筹基金年度最高支付限额由统筹基金与个人按规定比例共同支付的费用;不包括乙类药品、统筹基金支付部分费用的诊疗项目等费用中先由参保人按规定比例自付部分,以及超过统筹基金年度最高支付限额的费用。

本办法所称“住院记账费用总额”是指:属基本医疗保险基金支付范围由定点医疗机构记账的费用总和,不包括大病保险及

补充医疗保险、医疗救助等不属于基本医疗保险基金支付范围的费用。

第五十一条 参保人在定点医疗机构住院发生的基本医疗费用因特殊情况未能记账或者参保人符合规定在非定点医疗机构就医发生的基本医疗费用，由参保人垫付后到医保经办机构办理报销手续。

第五十二条 纳入 DIP 分值结算的病种及分值库由市医疗保障部门制定并公布。

第五十三条 定点医疗机构住院基本医疗费用以自然年度作为一个结算年度，即每年 1 月 1 日至 12 月 31 日。

第五十四条 本办法从 2023 年 6 月 1 日起施行，有效期至 2027 年 12 月 31 日止。2023 年 1 月 1 日后至本办法施行之日前一天的基本医疗保险医疗费用结算工作参照本办法执行。此前与本办法不一致的，以本办法为准。今后国家和省有新的规定，按新规定执行。

第五十五条 医保经办机构应当按本办法规定完善医疗保险服务协议，并与续签服务协议、服务质量保证金、月预付金相挂钩。

第五十六条 本办法由市医疗保障局会同市财政局、市卫生健康局负责解释。

公开方式：主动公开