

# 南通市医疗保障局文件

通医保发〔2023〕67号

## 转发江苏省医疗保障局关于印发《江苏省医疗机构医疗保障定点管理实施细则》的通知

各县（市、区）医疗保障局，市医疗保险基金管理中心、各有关单位：

现将《江苏省医疗保障局关于印发〈江苏省医疗机构医疗保障定点管理实施细则〉的通知》（苏医保规〔2023〕3号）转发给你们，请认真遵照执行。



（此件公开发布）

# 江苏省医疗保障局文件

苏医保规〔2023〕3号

## 江苏省医疗保障局关于印发《江苏省医疗机构医疗保障定点管理实施细则》的通知

各设区市医疗保障局：

为加强和规范医疗机构医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《江苏省医疗保障条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等法律法规规章，结合我省实际，我局制定了《江苏省医疗机构医疗保障定点管理实施细则》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



（此件公开发布）

# 江苏省医疗机构医疗保障定点管理 实施细则

## 第一章 总 则

**第一条** 为了加强和规范医疗机构医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《社会保险经办条例》《医疗机构管理条例》《江苏省医疗保障条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等法律、法规、规章，制定本实施细则。

**第二条** 本省行政区域内医疗机构医疗保障定点管理活动，适用本实施细则。

**第三条** 医疗机构医疗保障定点管理应当坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则，加强医保精细化管理，促进医疗机构供给侧改革，为参保人员提供适宜的医疗服务。

**第四条** 医疗保障行政部门负责制定医疗机构定点管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）、

定点医疗机构进行监督指导。

经办机构负责确定定点医疗机构，并与定点医疗机构签订医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”），提供经办服务，开展医保协议管理、绩效考核等。

定点医疗机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医疗服务。

## 第二章 医疗机构的定点申请

**第五条** 以下取得医疗机构执业许可证或者诊所备案凭证的医疗机构，以及经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构可以申请医保定点：

（一）综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、康复医院；

（二）专科疾病防治院（所、站）、妇幼保健院；

（三）社区卫生服务中心（站）、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所（站）、村卫生室（所）；

（四）独立设置的急救中心；

（五）安宁疗护中心、血液透析中心、护理院；

（六）养老机构内设的医疗机构。

**第六条** 医疗机构申请医保定点，应当同时具备以下条件：

（一）正式运营至少3个月；

(二)至少有1名取得医师执业证书、乡村医生执业证书、中医(专长)医师资格证书的医师且第一注册地在该医疗机构;

(三)主要负责人负责医保工作,配备专(兼)职医保管理人员;100张床位以上的医疗机构应当设内部医保管理部门,安排专职工作人员;

(四)具有与医保政策对应的内部管理制度;

(五)能按照医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准进行信息系统改造,按照规定使用国家统一的医疗保障信息业务编码,实现与医保信息系统有效对接,按照要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息,为参保人员提供直接联网结算。

(六)符合法律法规规章和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

**第七条** 互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议,其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用,由统筹地区经办机构与其所依托的实体医疗机构按照规定进行结算。定点医疗机构申请签订互联网医院补充协议的,应当具备以下条件:

(一)实体医疗机构经卫生健康行业主管部门批准设置互联网医院或者批准开展互联网诊疗活动;

(二)具备与医保信息系统数据交换的条件,能提供“互

联网+”医疗服务业务；

（三）开展“互联网+”医疗服务能依托医保电子凭证（以下简称“医保码”）进行实名认证、医保移动支付等就医全流程应用，并能为患者提供医保结算凭证；

（四）能完整保留参保人员“互联网+”医疗服务诊疗过程中的电子病历、在线电子处方、购药记录、交易配送等信息。

**第八条** 愿意承担医疗保障服务的医疗机构，可以向统筹地区经办机构提出医保定点申请，应当提供以下材料：

（一）定点医疗机构申请表；

（二）医疗机构执业许可证或者诊所备案凭证或者军队医疗机构为民服务许可证照复印件；

（三）与医保政策对应的内部管理制度文本；

（四）与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

（五）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告。

**第九条** 医疗机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围的；

（二）基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策的；

（三）未依法履行行政处罚责任的；

（四）以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起

未满3年的；

（五）因违法违规被解除医保协议未满3年或者已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；

（六）因严重违反医保协议约定而被解除协议未满1年或者已满1年但未完全履行违约责任的；

（七）法定代表人、主要负责人或者实际控制人因严重违法违规导致原定点医疗机构被解除医保协议，未满5年的；

（八）法定代表人、主要负责人或者实际控制人被列入失信人名单的；

（九）法律、法规、规章规定的其他不予受理的情形。

### 第三章 定点医疗机构的确定

**第十条** 统筹地区医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划等，根据供需平衡、鼓励竞争的原则合理确定本统筹地区定点医疗服务的资源配置。

**第十一条** 医疗机构提出定点申请，统筹地区经办机构应当即时受理。对申请材料进行初审，内容不全的，统筹地区经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医疗机构补充。

**第十二条** 经办机构负责组织实施定点医疗机构的确定评

估工作，应当组织评估小组或者委托第三方机构，以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。

自受理申请材料之日起，反馈评估结果不超过20个工作日。医疗机构需要补充材料的，自申请材料补充完整之日起，重新开始计算评估时间。评估内容包括：

（一）核查医疗机构执业许可证或者诊所备案凭证或者军队医疗机构为民服务许可证；

（二）核查医师、护士、药学及医技等专业技术人员执业信息和医师第一注册地信息；

（三）核查与服务功能相适应的诊断、治疗、手术、住院、药品贮存及发放、检查检验放射等基础设施和仪器设备；

（四）核查与医保政策对应的内部管理制度；

（五）核查与医保有关的医疗机构信息系统是否具备开展直接联网结算的条件。

评估结果应当现场告知医疗机构。评估标准由省医疗保障行政部门另行制定。

**第十三条** 评估结果分为合格和不合格。统筹地区经办机构应当将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。

对于评估合格的，向社会公示，公示期为5个工作日，公示期间未收到举报，或者收到线索经核查不属于本实施细则第九



条情形之一的，应当将其纳入拟签订协议医疗机构名单。收到线索经核查且属于本实施细则第九条情形之一的，本次评估结果为不合格。

对于评估不合格的，应当告知其理由，提出整改建议，自结果告知送达之日起，整改3个月后可以再次组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

**第十四条** 统筹地区经办机构与拟签订协议的医疗机构协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议，并向同级医疗保障行政部门备案。

签订医保协议的双方均应当为能够独立承担民事责任的机构。医保协议定期签订，协议期限一般为1年。

**第十五条** 统筹地区经办机构应当向社会公布签订医保协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

定点医疗机构应当在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识。

#### **第四章 定点医疗机构运行管理**

**第十六条** 定点医疗机构具有依法依规为参保人员提供医疗服务后获得医保结算费用，对统筹地区经办机构履约情况进行监督，对完善医保政策提出意见建议等权利。

**第十七条** 定点医疗机构应当遵守医疗保障法律、法规、

规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医疗服务，接受医疗保障部门监督和社会监督。定点医疗机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证，严格掌握出入院标准，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，保存处方、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资料，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，按照国家和省有关规定对医疗检查检验结果实行互认与共享。定点医疗机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

定点医疗机构不得实施下列行为：

- （一）分解住院、挂床住院；
- （二）违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药；
- （三）重复收费、超标准收费、分解项目收费；
- （四）串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；
- （五）诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药；
- （六）高套低靠病种（病组）编码，转嫁住院费用；
- （七）推诿病人、未达出院标准要求患者出院；
- （八）造成医疗保障基金损失的其他违法违规行为。

**第十八条** 定点医疗机构应当严格执行医保协议，合理检查、合理用药、合理治疗、规范收费，严格执行医保药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施等目录，按照规定优先配备、优先使用国家医保谈判药品等列入基本医疗保险目录的药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，控制患者自费比例，降低群众医药费用负担。

定点医疗机构不得为其他定点医药机构或非定点医药机构提供医保结算，不得将应当由医疗保障基金支付的费用要求患者自费，不得将违反医疗保障基金支付政策和医保协议而被经办机构不予支付的费用、按照医保协议被扣除的质量保证金以及支付的违约金等作为医保欠费处理。

**第十九条** 定点医疗机构应当优化医保结算流程，为参保人员提供便捷的医疗服务，按照规定进行医保费用直接结算，提供费用结算单据和相关资料。

定点医疗机构应当为符合规定的参保人员提供转诊转院备案服务。参保人员根据有关规定可以在定点医疗机构就诊、购药或者凭处方到定点零售药店购药。

**第二十条** 具备条件的定点医疗机构应当按照规定为异地就医患者提供异地就医直接结算服务，积极配合就医地和参保地医保部门对异地就医相关医疗保障基金支付费用的监督检查。

**第二十一条** 定点医疗机构应当遵照并执行医疗保障改革相关政策要求，协同推进多元复合式医保支付方式改革。

定点医疗机构应当按照有关规定执行药品（医用耗材）阳光采购和带量采购政策。

定点医疗机构应当严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策。

定点医疗机构应当配合医疗保障部门开展医保费用核查、绩效考核、政策宣传等工作。

定点医疗机构应当向社会公开医药费用、费用结构等信息。

**第二十二条** 定点医疗机构应当建立健全与医疗保障基金使用相关的内部管理制度，合理、规范使用医保基金，明确专门机构或者人员负责医保基金使用管理工作，按要求组织开展医保基金相关政策法规培训，及时开展自查自纠，定期检查本单位医疗保障基金使用情况。

**第二十三条** 定点医疗机构应当按照国家医疗保障标准规范做好院内接口改造，及时传送医疗保障基金结算清单、电子病历、智能监管、电子处方等医疗保障基金使用监督管理所需全量数据，并对其真实性负责，严格遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。

定点医疗机构应当按照要求录入、维护、更新医疗保障信息业务编码，在院内信息系统各环节应用医疗保障信息业务编

码，在院内就医购药全流程支持应用医保码。

## 第五章 经办管理服务

**第二十四条** 定点医疗机构实行属地管理，经办机构对定点医疗机构为本地和异地参保人员提供的医疗服务承担管理服务职责。经办机构应当做好对定点医疗机构宣传培训，加强对定点医疗机构医疗保障基金使用管理工作的指导，落实医保支付政策，完善经办流程，建立完善的内部控制制度，保护参保人员隐私，为定点医疗机构和参保人员提供优质高效的服务，确保医疗保障基金安全。

**第二十五条** 经办机构应当向社会公布定点医疗机构申请指引，主要包括申请条件、申请材料、申请流程、受理时间、地点及时限等。

鼓励线上线下相结合的方式开展定点申请受理、医保协议签订。

**第二十六条** 经办机构应当与定点医疗机构建立协商谈判机制，合理确定医保基金预算安排、总额控制指标、支付方式改革核心要素等。

**第二十七条** 有条件的统筹地区经办机构可以按照国家规定向定点医疗机构预付一部分医保资金，缓解其资金运行压力。在突发疫情等紧急情况时，可以按照国家规定预拨专项资金。

**第二十八条** 经办机构应当加强医疗保障基金支出管理，通过智能审核、实时监控、现场检查等方式及时审核医疗费用。对定点医疗机构进行定期和不定期审核检查，并对定点医疗机构履行医保协议、执行医保报销政策情况，以及参保人员享受医保待遇情况实施核查。定点医疗机构违规申报费用，经审核核实的，经办机构不予支付。

**第二十九条** 经办机构应当依法依规支付参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用。除急诊和抢救外，参保人员在非定点医疗机构就医发生的费用医疗保障基金不予支付。

经办机构按照协议约定预留不高于5%的年度定点医疗机构总额预算或者年度医保基金实际结算金额作为医保服务质量保证金后，及时足额向定点医疗机构拨付医保费用，原则上应当在定点医疗机构申报后30个工作日内拨付符合规定的医保费用。

**第三十条** 经办机构或者其委托符合规定的第三方机构，组织对定点医疗机构开展绩效考核，建立动态管理机制。绩效考核结果与年终清算、质量保证金分配、协议续签、信用等级评定等挂钩。

**第三十一条** 经办机构应当根据医保总额预算执行情况、绩效考核结果等，原则上次年3月底前完成医疗机构上年度医保费用的清算。

经办机构与定点医疗机构间应当建立“结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制。

**第三十二条** 经办机构发现定点医疗机构存在违反协议约定情形的，可以按照协议约定相应采取以下处理方式：

（一）约谈医疗机构法定代表人、主要负责人或者实际控制人；

（二）暂停或者不予拨付费用；

（三）不予支付或者追回已支付的医保费用；

（四）要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金；

（五）中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务；

（六）中止或者解除医保协议。

**第三十三条** 定点医疗机构发现经办机构存在违反医保协议的行为，有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改。

医疗保障行政部门发现经办机构存在违反医保协议的，可视情节相应采取以下处理方式：约谈主要负责人、限期整改、通报批评，对相关责任人员依法依规给予处分。

## **第六章 定点医疗机构的动态管理**

**第三十四条** 医疗保障行政部门应当完善定点医疗机构动

态管理和退出机制。对符合条件的医疗机构提出的医保定点申请，经办机构应当按照本实施细则第十一条、第十二条、第十三条、第十四条的规定，确定定点医疗机构，依法依规签订医保协议。对不再符合定点医疗机构条件、严重违反医保协议或者发生重大违法违规行为等的医疗机构，经办机构应当及时解除医保协议，并依法依规进行处理。

**第三十五条** 定点医疗机构的名称、法定代表人、主要负责人或者实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质等级、类别和重新核发医疗机构执业许可证或者诊所备案凭证等重大信息变更时，应当自有关部门批准之日起30个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请。

因违法违规违约，定点医疗机构重新核发医疗机构执业许可证或者诊所备案凭证的，经办机构应当按照本实施细则第四十四条的规定处理。

经办机构应当对定点医疗机构的重大信息变更内容进行审核，必要时可以组织现场评估，根据评估结果作出是否予以变更的决定。信息变更评估期间，执行原医保协议。作出予以变更决定的，应当签订补充协议对原医保协议相应内容进行变更。

**第三十六条** 续签应当由定点医疗机构于医保协议期满前3个月向经办机构提出申请或者由经办机构统一组织。统筹地区经办机构与定点医疗机构就医保协议续签事宜进行协商谈判，



双方根据医保协议履行情况和绩效考核情况等决定是否续签。协商一致的，可以续签医保协议；未达成一致的，医保协议到期后自动终止。

**第三十七条** 医保协议中止是指经办机构与定点医疗机构暂停履行医保协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过医保协议有效期的，医保协议可以继续履行；超过医保协议有效期的，医保协议终止。

定点医疗机构可以提出中止医保协议申请，经经办机构同意，可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过180日，定点医疗机构在医保协议中止超过180日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。

**第三十八条** 医保协议解除是指经办机构与定点医疗机构之间的医保协议解除，协议关系不再存续，协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。

经办机构解除定点医疗机构医保协议前，应当全面核查，及时收回预拨的医保基金，进行清算。解除协议后，应当向社会公布解除医保协议的医疗机构名单，并且抄送同级卫生健康行业主管部门。

**第三十九条** 定点医疗机构请求中止、解除医保协议或者不再续签医保协议的，应当提前3个月向经办机构提出申请。公立医疗机构不得主动提出中止或者解除医保协议。

医疗机构所在地的地市级及以上统筹地区经办机构与定点医疗机构中止或者解除医保协议，该医疗机构在其他统筹区的医保协议也同时中止或者解除。

**第四十条** 定点医疗机构的部分人员或者科室有违反协议管理要求的，医疗保障部门可以对该人员或者科室中止或者终止医保结算。

## 第七章 定点医疗机构的监督

**第四十一条** 经办机构发现定点医疗机构存在违约情形的，应当及时按照医保协议处理；发现存在违法违规情形的，应当及时移交医疗保障行政部门处理；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理。

医疗保障行政部门在监督检查中发现定点医疗机构存在违约情形的，应当及时责令经办机构按照医保协议处理；对涉嫌违法违规情形的，应当依法依规处理。

医疗保障行政部门依法查处违法违规行为时，认为经办机构移交相关违法线索事实不清的，可以组织补充调查或者要求经办机构补充材料。

**第四十二条** 定点医疗机构有下列情形之一的，按照协议约定，约谈医疗机构法定代表人、主要负责人或者实际控制人；拒不改正的，暂停或者不予拨付费用；拒不改正且造成严重影

响的，应当及时移交医疗保障行政部门处理。

（一）未建立医疗保障基金使用内部管理制度，或者没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作的；

（二）未按照规定保管财务账目、会计凭证、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资料的；

（三）未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据的；

（四）未按照规定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的；

（五）未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息的；

（六）除急诊、抢救等特殊情形外，未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的；

（七）推诿病人、未达出院标准要求患者出院的；

（八）未按照规定优先配备、优先使用国家医保谈判药品等列入基本医疗保险目录的药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施等，将应当由医疗保障基金支付的费用要求患者自费，增加群众医药费用负担的；

（九）未按照规定接口标准完成信息系统改造的。

**第四十三条** 定点医疗机构有下列情形之一的，按照协议约定，约谈医疗机构法定代表人、主要负责人或者实际控制人；造成医保基金损失的，不予支付或者追回已支付的医保费用，并要求医疗机构支付不超过造成损失金额20%的违约金；拒不改正或者造成严重后果的，中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务；以骗取医疗保障基金为目的的，应当及时移交医疗保障行政部门处理。

（一）分解住院、挂床住院的；

（二）违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务的；

（三）重复收费、超标准收费、分解项目收费、转嫁住院费用的；

（四）串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，高套低靠病种（组）编码，以药换物的；

（五）为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物，或者获得其他非法利益提供便利的；

（六）将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算的；

（七）造成医疗保障基金损失的其他违约行为。

**第四十四条** 定点医疗机构有下列情形之一的，按照协议约定，造成医保基金损失的，不予支付或者追回已支付的医保

费用，并要求医疗机构支付造成损失金额20%以上不超过30%的违约金；中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务；情节特别严重的，中止医疗机构协议直至解除协议。

（一）诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据的；

（二）伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料的；

（三）虚构医药服务项目的；

（四）为其他定点医药机构、非定点医药机构或者处于中止医保协议期间的医药机构提供医保费用结算的；

（五）拒绝、阻挠或者严重不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核、监督检查等的；

（六）因违反行业主管部门规定致机构注销并收回医疗机构执业许可证或者诊所备案凭证的；

（七）根据日常检查和绩效考核，发现对医疗保障基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的；

（八）医疗保障行政部门或者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损失的；

（九）因违法违规行为被媒体曝光，造成重大舆情的；

(十) 其他骗取医疗保障基金支出的行为。

定点医疗机构实施本条第(一)、(二)、(三)、(十)项规定行为的,经办机构应当及时移交医疗保障行政部门处理。

定点医疗机构实施本条第(四)、(五)、(六)、(八)项规定行为之一的,经办机构应当解除医保协议。

定点医疗机构实施本条第(七)、(九)项规定行为之一的,经办机构应当中止医保协议。

**第四十五条** 对定点医疗机构的同一行为,经办机构按照协议约定,要求医疗机构支付的违约金,不折抵罚款;经办机构中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务以及中止医疗机构协议的,中止一日折抵暂停一日。

**第四十六条** 医疗机构与统筹地区经办机构就医保协议签订、履行、变更、解除、依协议处理发生争议的,可以自行协商解决或者请求同级医疗保障行政部门协调处理,也可以依法提起行政复议或者行政诉讼。

**第四十七条** 省医疗保障行政部门应当依法建立健全医疗保障信用评价体系,根据信用评价结果实施分级分类监督管理。医疗保障行政部门应当按照国家和省有关规定,将医疗保障领域公共信用信息纳入公共信用信息系统,依法实施守信激励和失信约束。

## 第八章 附 则

**第四十八条** 本实施细则中的经办机构是指具有法定授权，实施医疗保障管理服务的职能机构。

定点医疗机构是指自愿与统筹地区经办机构签订医保协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

医保协议是指由经办机构与医疗机构经协商谈判而签订的，用于规范医疗服务行为以及明确双方权利、义务及责任等内容的协议。

违约金是指定点医疗机构不履行或不适当履行医保协议时，按照协议的约定，为其违约行为支付的资金，一般不超过违约造成损失的30%。

医保服务质量保证金是指为提升协议管理运行质效，预留各定点医疗机构年度总额预算或年度医保基金实际结算金额一定比例的资金，用于年度医保基金使用绩效综合评价。

**第四十九条** 省医疗保障行政部门制作并定期修订医保协议范本，省医疗保障经办机构制定经办规程并指导各地加强和完善医保协议管理。设区市医疗保障行政部门及经办机构在此基础上，应当根据实际情况分别细化制定本地区的医保协议范本及经办规程。医保协议内容应当与法律、法规、规章和医疗保障政策调整变化相一致，医疗保障行政部门调整医保协议内容时，应当征求相关定点医疗机构意见。

**第五十条** 设区市医疗保障行政部门负责相应行政区域内医疗机构定点管理。确有需要，可以委托县（市）医疗保障部门负责。

**第五十一条** 医保协议有效期内，因政策调整等因素，经办机构与定点医疗机构协商一致的，可以签订补充协议，对原协议进行补充或者变更。

**第五十二条** 长期护理保险医疗机构定点管理实施细则另行制定。

**第五十三条** 本实施细则由江苏省医疗保障局负责解释，自2024年1月1日起施行。



---

抄送：国家医疗保障局

---

江苏省医疗保障局办公室

2023年11月17日印发

---

