

四川省基本医疗保险结算费用 预付管理暂行办法

(征求意见稿)

第一章 总 则

第一条 为持续推进医保支付方式改革，有效促进药品和医用耗材集中采购，进一步加强基本医疗保险基金管理，缓解定点医疗机构垫支医疗费用压力，激励定点医疗机构更好地服务参保患者，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）、《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55号）、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《中共四川省委四川省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（川委发〔2021〕9号）、《四川省人民政府办公厅关于印发进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知》（川办函〔2018〕2号）精神，结合我省实际，制定本办法。

第二条 本办法所称结算费用预付，是指医疗保障经办机构（以下简称经办机构）按照本办法所定预付标准，提前向定点医疗机构预支付一定数额的基本医疗保险结算费用的方式，所支付的资金称为预付金。预付金纳入协议管理。

第二章 预付条件及标准

第三条 预付条件。符合以下条件的定点医疗机构，可向经

办机构申请预付金：

（一）住院医疗费用正常结算满一年，上年度无中止医保协议，无财产被保全、未履行完毕生效法律文书确认的债务、作为被执行人尚未执行终结等情形；

（二）财务管理制度健全，经营状况正常，具有债务偿还能力；

（三）积极支持统筹地区医保支付方式改革，基本医疗保险基金上年度结算支付总额达到一定额度。确定额度的具体标准由统筹区根据当地实际情况制定；

（四）通过省药械集中采购及医药价格监管平台采购在用药械，且无因拖欠采购货款、违规开展线下采购等行为被医疗保障部门通报的情形；

（五）上年度无被医疗保障行政部门处罚或涉嫌犯罪被移送司法机关的情形。

第四条 预付标准。统筹区以定点医疗机构上年度基本医疗保险基金月均支付额（含异地就医）为基数，确定预付金额度，在省药械集中采购及医药价格监管平台采购，并实现信息流、物流、资金流合一（即“三流合一”）的定点医疗机构，预付金额度最高不超过基数的2倍，未实现“三流合一”的定点医疗机构，预付金额度最高不超过基数的0.3倍。

本地和异地就医预付额度分别测算，其中各统筹区异地就医结算费用预付总额由省异地中心根据其上年度异地就医结算月均

费用及预付标准测算下达额度，各统筹区从基本医疗保险基金中筹集。

第五条 在突发疫情等紧急情况时，经办机构可以按国家规定预拨专项资金。

第三章 预付程序

第六条 预付程序。预付金按年初核定预拨、年终清算的方式进行管理。预付金的核定、拨付、清算等工作，由签订基本医疗保险服务协议的经办机构负责。具体流程为：

（一）提出申请。符合条件的定点医疗机构，于每年1月15日前向经办机构提出预付医疗费用的书面申请。

（二）核定额度。经办机构按本办法规定，审核提出申请的定点医疗机构的预付资格，对符合条件的，按照本办法第四条的规定核定预付金额度。

（三）拨付资金。经办机构按照核定的额度，于1月31日（节假日顺延）前将预付金拨付到定点医疗机构基本存款账户。

（四）年底清算。经办机构应在当年12月15日前，全额收回预付金或从结算费用中全额抵扣预付金。各统筹区上缴下拨的异地就医结算费用预付金由省异地中心组织清算。医疗机构未清算完毕的，经办机构不受理次年预付金申请。

第四章 预付金收回

第七条 定点医疗机构有下列情形之一的，经办机构应及时

收回预付金。尚未支付的，停止支付。

- (一) 被中止或解除医保协议；
- (二) 被终止医保协议；
- (三) 分立或合并；
- (四) 违反预付金使用、管理和核算相关规定；
- (五) 国家、省规定或者双方约定应当退回预付金的其他情形。

第八条 存在第七条所列情形的，经办机构督促定点医疗机构在5个工作日内交回预付金。在收回预付金前，经办机构停止向定点医疗机构拨付医保结算费用。

第九条 定点医疗机构发生产权交易、所有制形式变化或发生其他情况导致注销的，应当全额退还预付金。不能全额退还的，由接收单位或改制后的单位归还。定点医疗机构依法进入破产程序的，经办机构按《中华人民共和国企业破产法》的规定申报债权。

第五章 预付金管理和核算

第十条 预付金应当用于定点医疗机构及时支付药品、医用耗材采购货款等符合医疗机构医疗费用支付范围的相关支出。

定点医疗机构应加强对预付金的管理，严格按照《政府会计制度》或《企业会计制度》核算预付金，不得挪作他用。

第十一条 连续12个月基本医疗保险基金累计结余可支付月数达到6个月以上的统筹区，可实行医疗结算费用预付办法，各

统筹区应加强基金运行风险监测，确保基金平稳运行。异地就医结算费用预付不受累计结余可支付月数限制。

第十二条 经办机构在支付预付金时，应根据以往年度职工基本医疗保险基金和城乡居民基本医疗保险基金的支付情况及基金结余情况，分别确定预付额度，分别进行会计核算。

第十三条 经办机构支付和清算预付金，在“暂付款”科目下核算。经办机构对预付金按拨付对象进行明细核算，发生预付金拨付和清算业务时，及时进行会计核算。

第六章 预付金监督

第十四条 定点医疗机构及其工作人员有违法违规使用预付金行为的，由卫生健康行政部门依法追究责任。

定点医疗机构以提供虚假财务报表等方式套取预付金的，按《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条相关规定处理。

第十五条 统筹地区医疗保障部门、财政部门根据各自职责对预付金的使用管理进行监督，并将定点医疗机构预付金申请材料的真实性纳入医疗保障基金使用监督检查的范围。

经办机构应严格执行相关法律法规和财务制度，加强预付金管理，建立风险预警机制。

第十六条 卫生健康部门应加强对卫生行业的综合监管，指导定点医疗机构规范开展医疗服务，督促定点医疗机构加强医保业务制度建设和信息系统建设。提前向医疗保障部门通报定点医

疗机构将要发生注销执业许可证、产权交易、所有制性质改变、分立、合并、破产等情况。

第十七条 医疗保障行政部门、经办机构工作人员滥用职权、徇私舞弊，造成预付金损失的，依法追究责任人。

第十八条 违反本办法规定，涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

第十九条 各统筹区应根据本办法及时制定实施细则，对预付金拨付和收回等情形作出明确规定。

第二十条 本办法由四川省医疗保障局负责解释。

第二十一条 本办法自 2022 年 1 月 1 日起施行，有效期 2 年。

- 附件：1. 基本医疗保险定点医疗机构预付金使用申请表
2. 基本医疗保险定点医疗机构预付金使用核定表

基本医疗保险定点医疗机构预付金使用申请表

| | | | | | | | |
|--|--|-----------------|----------|--------------|-----------------------|-------------------|----------------------|
| 基本医疗保险定点医疗机构预付金使用申请表 | | | | | | | |
| 定点医疗机构名称 | | 定点医疗机构编码 | | 医院级别 | | | |
| 定点医疗机构自查情况 | | | | | | | |
| 住院或门诊特殊疾病是否正常结算满一年以上 | 上年度是否中止医保协议 | 是否按医疗卫生行业规范进行管理 | 医院经营是否正常 | 医院财务管理制度是否健全 | 有无未履行完毕生效法律文书确认的债务的情形 | 有无财产被保全的情况 | 是否按规定进行药械采购 |
| | | | | 上年收支结余（或利润） | 上年度资产负债率 | 有无作为被执行人尚未执行终结的案件 | 在药械采购中是否有违规行为、拖欠货款行为 |
| 医保基金上年度结算支付额（万元） | 城镇职工基本医疗保险 | 城乡居民基本医疗保险 | 省内异地就医 | | | | |
| 定点医疗机构预付金使用申请 | 我院符合预付金申请条件，按规定申请预付金，并承诺对所提交资料的真实性负责。 医院负责人：（签字并在此处加盖公章） <div style="text-align: right;">年 月 日</div> | | | | | | |
| 备注：1. 医疗机构提交申请表时，需同时提交加盖公章的资产负债表和收入支出总表（或利润表） 2. 此表为参考格式，各统筹区可根据当地情况修改。 | | | | | | | |

基本医疗保险定点医疗机构预付金核定表

| 基本医疗保险定点医疗机构预付金核定表 | | | | | | | |
|-------------------------|--|------------|--------|-----------|------------|-------------------------|----------|
| 定点医疗机构名称 | | | | 定点医疗机构编码 | | | 医院级别 |
| 本统筹区职工基本医疗保险基金累计结余可支付月数 | | | | | | 本统筹区居民基本医疗保险基金累计结余可支付月数 | |
| 审定部门 | 基金管理部门 | 协议管理部门 | 药械招采部门 | 基金监管部门 | 职工医保待遇结算部门 | 居民医保待遇结算部门 | 异地就医结算部门 |
| 审定内容 | 财务管理状况 | 协议管理情况 | 药械采购情况 | 是否有重大违规情况 | 预付金基数(元) | 预付金基数(元) | 预付金基数(元) |
| 审定意见 | | | | | | | |
| 预付金额(元) | 城镇职工基本医疗保险 | 城乡居民基本医疗保险 | 省内异地就医 | 审批人: | | | |
| | | | | | | | |
| 备注: | 1. 上年末统筹基金累计可支付月数=统筹基金累计结余额÷下一年度职工基本医疗保险统筹基金预算支出*12 (居民医疗保险参照计算) | | | | | | |
| | 年中统筹基金累计可支付月数=统筹基金累计结余额÷当年职工基本医疗保险统筹基金预算支出*12 (居民医疗保险参照计算) | | | | | | |
| | 2. 对定点医疗机构提交的财务报表, 上年亏损或资产负债率高于统筹区行业平均水平的, 审核时一票否决。 | | | | | | |
| | 3. 此表为参考格式, 各统筹区可根据当地情况修改。 | | | | | | |