

附件

四川省基本医疗保险结算费用 预付管理暂行办法

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，所支付资金称为预付金。预付金纳入医保协议管理。

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）实施了本统筹区医保支付方式改革办法，基本医疗保险基金上年度结算支付总额达到一定额度，额度具体标准由统筹区根据当地实际制定；

（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，且上年度无因拖欠采购货款、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因欺诈骗保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在用药械，并实现货款资金流、订单信息流、货物物流合一（以下简称“三流合一”）的定点医疗机构，预付金额度最高不超过基数2倍，各统筹区根据本地基金支撑能力确定预付系数。未实现“三流合一”的定点

医疗机构，预付系数根据本统筹区医疗机构平均药品和卫生材料收入占比确定。

公式：

预付额度=基数*预付系数

未实现“三流合一” 预付系数=1-[(药品收入+卫生材料收入)/医疗收入]

对定点医疗机构的预付额度区分本地和异地进行测算。各统筹区异地就医结算费用预付总额由省异地结算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，各统筹区从基本医疗保险基金中筹集。2022年预付额度按《四川省医疗保障异地就医预付金使用管理办法》（川医保发〔2021〕9号）文件规定调整，并由各统筹区于1月15日前上解至省异地结算中心省级账户。

第五条 突发疫情等紧急情况时，经办机构可以按国家规定向定点医疗机构预拨专项资金。

第三章 预付程序

第六条 预付程序。预付金按年初核定预拨、年终清算的方式管理。预付金核定、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：

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

（二）核定额度。经办机构按本办法规定，审核提出申请的

定点医疗机构预付资格，对符合条件的，按照规定核定预付金额度。

（三）拨付资金。经办机构按照核定额度，每年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结算中心组织清算。对未清算完毕的定点医疗机构，经办机构不受理其次年预付金申请。

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。尚未拨付的，停止拨付。

- （一）被中止或解除医保协议；
- （二）分立或合并；
- （三）违反预付金使用、管理和核算相关规定；
- （四）被查实以提供虚假财务报表等方式套取预付金；
- （五）国家、省规定或者医保协议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》等规定处理。

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支付药品、医用耗材采购等医疗费用的相关支出。

定点医疗机构应加强预付金管理，严格按照《政府会计制度》《企业会计制度》《民间非营利组织会计制度》等核算预付金，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，可实行医疗保险结算费用预付，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，应根据上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及基金结余情况，确定相应预付额度，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，并按拨付对象设置明细账。

第六章 预付金监督

第十四条 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》第四十条规定处理。

第十五条 统筹区医疗保障部门、财政部门根据各自职责对

预付金使用管理进行监督，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卫生行业综合监管，指导定点医疗机构规范开展医疗服务，督促定点医疗机构配合医疗保障部门加强医保业务制度和信息系统建设。向医疗保障部门提前通报定点医疗机构将要发生注销执业许可证等情况。

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

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，此前自行制定的医疗费用结算预付（含周转金）办法应进行清理和废止。

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核定表

附件 1

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		医疗机构级别		
定点医疗机构自查情况							
住院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	是否按规定进行在用药械线上采购
			上年收支结余（或利润）	上年资产负债率	上年现金及现金等价物净增加额	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、拖欠货款行为被医疗保障行政部门通报
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）				年 月 日		
备注：1. 定点医疗机构提交申请表时，需同时提交加盖公章的上年财务年度报表。							
2. 定点社会办医疗机构在提交申请表时，同时提交《人民银行征信报告》和法人代表（或实际控制人）连带担保承诺书及个人征信报告。							
3. 此表为参考格式，各统筹区可根据当地情况完善。							

附件 2

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			医疗机构级别		
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				
审核部门	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		
审核内容	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)		
审核意见									
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:					
							年 月 日		
备注:	1. 上年末统筹基金累计可支付月数=上年末统筹基金累计结余÷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)								
	年度中统筹基金累计可支付月数=年度中统筹基金累计结余÷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, 经办机构对财务状况无法评估的, 可由第三方协助评估。								
	3. 此表为参考格式, 各统筹区可根据当地情况完善。								

