

山西省医疗保障局

山西省财政厅文件

山西省卫生健康委员会

晋医保发〔2025〕7号

关于印发《基本医疗保险基金预付管理办法 (试行)》的通知

各市医疗保障局、财政局、卫生健康委员会，省医疗保险管理服务中心：

为贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《国家医保局办公室财政部办公厅关于做好医保基金预付工作的通知》有关要求，为促进医保、医疗、医药协同发展和治理，支持

医疗卫生服务体系建设，现印发《基本医疗保险基金预付管理办法（试行）》，请认真抓好贯彻实施。



山西省财政厅

山西省卫生健康委员会

2025年4月1日

（此件公开发布）

基本医疗保险基金预付管理办法 (试行)

第一章 总 则

第一条 为促进医疗、医保、医药协同发展和治理，进一步加强基本医疗保险基金管理，有效促进药品和医用耗材集中带量采购，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为参保人员提供医疗保障服务，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)、《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)、《国家医疗保障局办公室关于印发按病组和病种分值付费2.0版分组方案并深入推进相关工作的通知》(医保办发〔2024〕9号)、《国家医保局办公室财政部办公厅关于做好医保基金预付工作的通知》(医保办函〔2024〕101号)、《中共山西省委山西省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》(晋发〔2020〕17号)等相关规定，结合山西省工作实际，制定本办法。

第二条 基本医疗保险基金预付金(以下简称“预付金”)，是为帮助定点医疗机构缓解医疗费用垫支压力，提高医疗服务能力，增强参保人员就医获得感设置的周转资金。

第三条 本办法适用于统筹地区内与医保部门签定基本医疗保障服务协议并正常开展医疗服务的医疗机构，各统筹区可结合实际从二级及以上医疗机构起步，逐步扩大范围。预付金用于本统筹区

内定点医疗机构支付药品、医用耗材采购等医疗费用周转支出，不得用于医疗机构基础建设投入、日常运行、偿还债务等非医疗费用支出。预付金纳入医保协议管理。药品和医用耗材集中带量采购医保基金预付、按病组和病种分值付费预付、异地就医直接结算费用预付、大病保险支出等，均按原规定执行。

第二章 预付金申请条件及标准

第四条 医疗机构预付条件。申请时符合以下条件的定点医疗机构，可自愿向统筹区医保部门申请预付金：

（一）严格履行基本医疗保险定点医疗机构服务协议相关约定，基本医疗保险正常结算满一个自然年度以上（连续12个月无中止医保协议），且上年度医保绩效考核结果为合格以上。

（二）财务管理制度健全，经营状况正常，具有偿还能力，且医疗机构承诺无财产被保全、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。

（三）配合医保部门落实各项医保重点工作。

1. 积极配合开展医保支付方式改革。
2. 及时完成集中带量采购、国家谈判药品落地等医保重点任务。
3. 按照国家医保局工作要求，全流程采集药品的购进、使用、库存以及追溯码等信息，及时将相关信息上传至相关药品信息系统平台，做到“应扫尽扫、应传尽传”。
4. 严格规范机构内部的处方管理，接入医保电子处方流转平台，

按医保部门要求对双通道药品、门诊慢特病等医保服务提供电子处方流转，为符合处方要求的参保人员提供符合规定的外配处方。

5. 按照协议规定以及国家信息化考核相关工作要求，完成相关信息化改造和建设工作及应用工作。

6. 积极配合医保部门开展基金监管日常检查、专项检查、飞行检查等工作任务，12个月内无被医保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。

（四）按时完成预付金清算。当年12月20日前通过交回支出户或冲抵结算金额的方式一次性全额收回。

其他申请条件可由各统筹区医保部门结合实际情况制定。

第五条 医保部门预付条件。统筹地区职工基本医保统筹基金上年度末累计结余可支付月数不低于12个月可实施职工医保统筹基金预付，居民基本医保基金上年度末累计结余可支付月数不低于6个月可实施居民医保基金预付。上年已出现当期赤字或者按照12个月滚动测算的方法预计本年赤字的统筹地区，不能预付。

第六条 预付金核定标准。符合实施预付金条件的地区，职工医保以定点医疗机构前三年参保患者职工医保统筹基金住院费用支出月平均发生金额为基数；居民医保以定点医疗机构前三年参保患者居民医保基金住院费用支出月平均发生金额为基数，对符合全部申请条件的定点医疗机构进行预付，一般情况下预付规模为1个月。

第七条 如突发重大公共卫生事件等特殊情形，经医疗保障部门、财政部门、卫生健康部门会商后，可适度调整预付金规模。

第三章 预付程序

第八条 预付程序。预付金按年初核定预拨、年终清算的方式管理。具体流程：

（一）提出申请。原则上符合预付条件的定点医疗机构可于每年度1月15日前自愿向所属统筹地区医保部门递交预付金申请。

（二）核定额度。各统筹地区医保部门按照预付金核定标准核定额度，审核提出申请的定点医疗机构预付资格，对符合条件的，会商同级财政部门确定预付医疗机构范围和预付金额度。

（三）预付金拨付。原则上各统筹地区医保部门于每年3月31日前通过医保信息平台将预付金拨付至定点医疗机构银行账户。

（四）年底清算。预付金按年度核定，各统筹地区医保部门要与定点医疗机构做好对账核算工作，当年12月20日前通过交回支出户或冲抵结算金额的方式一次性全额收回，并于当年12月25日前上缴社保基金财政专户。

第四章 预付金收回

第九条 定点医疗机构有下列情形之一的，医保部门应及时收回预付金。尚未拨付的，停止拨付。其中存在第（二）、（三）、（四）、（五）情形的，医疗机构应及时向医保部门报告。

（一）被中止或解除医保协议；

（二）分立或合并；

(三) 发生产权交易、所有制形式变化或发生其他情况导致注销;

(四) 有财产被保全;

(五) 有未履行完毕生效法律文书确认的运营债务;

(六) 隐瞒事实、弄虚作假等获得拨付资格的;

(七) 违反预付金使用、管理和核算相关规定;

(八) 公立医疗机构未按规定在省级集中采购平台采购全部所需药品耗材;

(九) 国家、省规定及医保服务协议约定应当收回预付金的其他情形。

第十条 存在第九条所列情形的, 预付金优先从月度结算或年度清算款项中扣回, 未扣回部分, 医保部门督促定点医疗机构在 5 个工作日内交回。

第十一条 如发生无法收回预付金情形, 医保部门应停止向定点医疗机构拨付医保结算费用, 并向定点医疗机构所在地区法院依法申请强制执行, 根据法院出具的法律文书, 确认预付金损失金额, 由统筹地区医保部门和财政部门报人民政府批准后予以核销。核销的预付金应在备查簿中保留登记。

第五章 预付金管理和核算

第十二条 定点医疗机构应加强预付金管理, 严格按照预付金使用范围和《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。

第十三条 定点医疗机构应当单独设置台账管理，严格资金使用审批、支出程序，严禁借出或挪作他用。定点医疗机构应当在有关科目下设置“医保预付金”明细科目，单独核算。

第十四条 医保部门应对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分别进行会计核算。

第十五条 医保部门应做好预付金拨付、清算的会计核算工作，做好与定点医疗机构对账等工作。在社会保险基金会计报表的“暂付款”科目下设置“医保预付金”明细科目进行核算，并按拨付对象设置预付金明细账管理。

第十六条 预付金拨付的会计核算。拨付预付金时，借记“暂付款—医保预付金”，贷记“支出户存款”或“财政专户存款”。

第十七条 预付金清算的会计核算。收回预付金时，按照交回支出户或冲抵结算的金额，借记“支出户存款”“财政专户存款”“社会保险待遇支出”等科目，贷记“暂付款—医保预付金”；“暂付款—医保预付金”借方余额反映预付给定点医疗机构资金额。

第十八条 如无法收回预付金，医保部门应按规定履行报批程序后凭法院出具的法律文书进行核销，借记“其他支出”，贷记“暂付款—医保预付金”。

第六章 预付金监督

第十九条 医保部门加强对预付金工作的指导，会同财政部门、

卫生健康部门做好预付金使用管理情况的监督，严格遵守相关法律法规和财务制度规定，将预付金纳入服务协议，细化相关条款，落实预付金管理工作。医保部门、财政部门按规定做好预付金的审核和拨付工作。定点医疗机构及其工作人员造成预付金损失的，依法追究。

第七章 工作要求

第二十条 强化分工协协同。医保部门加强对定点医疗机构履行协议的监管。医保部门、财政部门、卫生健康部门按照职责分工，落实好预付金管理工作，动态监测医保基金预算执行情况，建立工作协调机制，形成工作合力。医保部门会同财政部门、卫生健康部门对预付金实际用途、财务账目管理等进行监督。

第二十一条 建立信息化支撑。依托全国统一的医保信息平台，建立完善预付金应用模块，实现业务流、资金流和信息流一体化运行和管理，预付金的计算、支付、清算、收回、监管等全流程工作，均通过预付金应用模块操作，实现数据闭环管理，全流程监督。

第二十二条 注重宣传引导。医保部门要切实做好医保基金预付政策宣传和解读，每年年底主动向社会公布预付金拨付情况和计算方法，自觉接受监督，及时回应各方关切，合理引导预期，凝聚社会共识，切实营造良好的工作氛围。

第八章 附 则

第二十三条 本办法由山西省医疗保障局、山西省财政厅、山西省卫生健康委员会在各自职责范围内负责解释。

第二十四条 本办法自印发之日起施行。2025年度预付金申请和审核拨付工作，可延续到5月底。各统筹区可根据通知要求，结合实际制定、修改和完善本地区预付金管理办法和实施细则。在实施过程中，如遇到重大问题，及时向省医保局、省财政厅、省卫生健康委报告。