

# 衢州市医疗保障局文件

衢医保发〔2022〕18号

---

## 关于印发《衢州市定点医疗机构医保预付资金管理办法（试行）》的通知

各县（市、区）医疗保障局、各定点医疗机构：

《衢州市定点医疗机构医保预付资金管理办法（试行）》已经研究同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。



# 衢州市定点医疗机构医保预付资金 管理办法（试行）

为缓解公立定点医疗机构资金运行压力，推进药品耗材货款按时结算，激活公立医院高质量发展新动力，根据《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18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）、《浙江省人民政府办公厅关于改革完善公立医院药品集中采购机制的意见》（浙政办发〔2015〕57号）等文件精神，结合本市实际，制定本办法。

## 一、基本原则

医疗保障行政部门负责制定医保预付资金管理办法，在预付资金申请、受理、拨付、收回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。医保经办机构负责医保预付资金申请受理、考核评分、拨付、收回等具体实施工作。

## 二、适用对象

纳入衢州市医疗保障定点协议管理，连续履行协议满两个自然年度，且开展了住院业务的公立医疗机构，可申请医保预付资金。

各县（市、区）医疗保障局根据此办法负责辖区内定点医疗机构预付资金管理工作的具体实施。

## 三、申请条件

### （一）基本条件

申请医保预付资金的医疗机构，需满足以下基本条件：

1. 严格履行《衢州市基本医疗保险定点医疗机构服务协议》相关约定；
2. 经营状况良好；
3. 规范、合理、依法使用医疗保障基金；
4. 积极配合医保部门落实各项医保重点工作。

### （二）“一票否决”项

申请医保预付资金的医疗机构，上一自然年度和本年度内发生下列情形之一的，取消预付资金申请资格：

1. 因医保违规受过行政处罚或被移交司法机关的；
2. 上一轮医保预付资金被要求提前收回的；
3. 医保预付资金逾期一个月不退回的；
4. 因落实医保重点工作不到位，未通过国家、省、市有关部门检查或造成较坏影响的；
5. 其他严重违反医保规定的情况。

## 四、考核内容及预付标准

### （一）考核内容

经办机构遵循公平、公正、公开的原则，对申请医保预付资金的医疗机构进行考核。考核内容包括国家谈判药品配备情况、日常诊疗行为规范、药品及耗材采购结算情况、医保重点工作完成情况等（详见附件3）。考核内容可根据国家、省、市医保重点工作适时调整。

### （二）预付标准

考核分值在 95 分及以上且排名前五的医疗机构，预付额度为该机构上一年度全市医保基金月均支付额的 2 倍；考核分值在 85 分及以上、95 分以下的，预付额度为该机构上一年度全市医保基金月均支付额；总分值低于 85 分的不预付。

全市医保基金支付额指各统筹区职工医保、居民医保本地联网结算年终决算资金拨付总额，不含预付资金支付额部分。预付资金拨付参照就医地结算清算模式进行。预付资金以万元为单位，保留小数点后两位小数。

## 五、预付流程

（一）经办机构在每年年终清算工作结束当月公布医保预付资金受理通知，受理时间为发布公告后 7 个工作日内。

（二）符合条件的定点医疗机构在规定时间内向经办机构提交《定点医疗机构医保预付资金申请表》及《定点医疗机构申请医保预付资金自查表》（附件 1、2），并附相关佐证材料；

（三）经办机构组织相关考核人员对申请医保预付资金的医疗机构进行评价赋分，依此确定拨付对象及拨付金额；

（四）经办机构在年终清算工作结束后两个月内完成医保预付资金的拨付。

拨付期间定点医疗机构有涉嫌欺诈骗保等违规行为的，预付资金暂缓拨付或不予拨付。

## 六、预付资金的收回

医保预付资金拨付成功后，经办机构对医疗机构的协议

履行情况、医保基金使用情况等进行动态监测，视情况对医保预付资金进行收回处理。

#### （一）提前收回

医保预付资金生效年度内，定点医疗机构发生下列情形之一的，经办机构可提前收回已预付的资金：

1. 因医保违法被移交司法机关的；
2. 有涉嫌重大违法违规行为发生且可能造成医保基金重大损失的；
3. 其他严重违反医保规定的。

医保预付资金被提前收回的医疗机构，取消其下一年度预付资金申请资格。医疗机构在收到收回通知后，20个工作日内将预付资金全额退回。逾期一个月不退回的，取消后续两个年度医保预付资金申请资格，暂缓拨付月度结算费用。

#### （二）年终清算后收回

医疗机构医保预付资金未被提前收回的，年终清算工作结束后统一收回。下一年度预付资金重新申请。医疗机构在收到退回通知后，20个工作日内将上一年度预付资金全额退回。逾期未退回的，按以下方式处理：

（1）退回年度满足医保预付资金拨付条件的，在上年度预付资金未退回前不予拨付当年预付资金；逾期一个月未退回的，取消当年预付资金拨付资格和次年预付资金申请资格，暂缓拨付月度结算费用。

（2）退回年度未达医保预付资金拨付条件，逾期一个月不退回的，取消下一年度医保预付资金申请资格，暂缓拨

付月度结算费用。

附件 1: 定点医疗机构预付医保资金申请表

附件 2: 定点医疗机构申请医保预付资金自查表

附件 3: 定点医疗机构申请预付医保资金考核评分表

附件 1

## 定点医疗机构医保预付资金申请表

医疗机构名称		医院等级	
医疗机构医保编码		纳入医保 定点年月	
上年度全市门诊、住院、大病按项目付费 总额（元）			
医保联系人		联系电话	
医疗机构申请理由			
单位法人签字：                      (单位盖章)			

年 月 日

经办机构意见

主要负责人签字：

年 月 日



附件 2

## 定点医疗机构申请医保预付资金自查表

医疗机构名称：\_\_\_\_\_

医保预付资金申请年度：\_\_\_\_\_

序号	自查行为	符合 (A)、比较符合 (B)、不符合 (C)	备注
1	上年度合理、规范使用医保基金		
2	上年度按要求在省药械采购平台线上采购药品、医用耗材		
3	上年度严格履行《衢州市基本医疗保险定点医疗机构服务协议》相关约定，无明显违约行为		
4	上年度积极推进 DRGs 付费管理机制并控费有效		
5	上年度积极配合医保局推进各项重点工作落地生效		

附件 3

## 定点医疗机构申请医保预付资金考核评分标准

序号	考核项目	考核内容	分值	评分标准或计分方法	考核得分	备注
1	国家谈判药品落地情况	按规定配备、使用国家谈判药品情况	16	严格执行国家谈判药品政策，未按我市相关规定配备和使用国家谈判药品的，不得分；被参保患者投诉不按规范配售国家谈判药品并查实的，每例扣 2 分。		
2	DRGs 管理行为规范	病案交叉检查违规查处情况	12	对病案交叉检查查实属于违规病例的，一例扣 2 分。		

		同一病组间分解住院病例占比情况	6	根据“15天内以同一病组再次入院的判定为分解住院”这一规则，有系统自动判定为“分解住院”病例的，根据“分解住院”病例数在全年总住院病例数中所占的比例进行扣分。所占比例在0.5%以下且认定为分解住院的病例数不超过50例的，不扣分。所占比例在1%（含）以内的，去除不扣分情形的，均扣1分。所占比例在1%以上的，每增加0.5个百分点（不足0.5个的按0.5个计），再扣1分。		
		DRGs 违规扣款总额占比情况	5	DRGs 年度违规扣款总额占该机构当年住院统筹和大病按项目付费总额0.5%以上的，每增加1个百分点（不足1个百分点按1个百分点计）扣1分。		

3	日常违约 违规情况	日常稽核违规查处 情况	18	1.稽核核查确认违规行为存在但未列入当年诚信管理记分的，一次扣1分； 2.违规行为列入当年诚信管理记分的，扣诚信记分分值； 3.违规行为涉及以下三种情形的，在以上两类扣分基础上再各扣6分：①年度累计违规总扣款达50万以上的；②涉及机构、部门、人员暂停医保服务的；③涉及缴纳违约金或降低医保支付比例的。		
4	药品及耗 材采购结 算情况	平台采购率	6	按要求在省药械采购平台线上采购药品、医用耗材。上年度药品平台采购率达到100%，每降低一个百分点，扣2分； 耗材平台采购率未达100%的，每降低5个百分点，扣2分。		医共同体成员 医院相关指 标完成情况 原则上以医 共同体总部医 院为准。
		约定采购量完成情 况	6	上年度按时完成国家、省级带量采购产品年度约定采购量， 无特殊原因每1个中选产品未完成的，扣2分。		
		带量产品按时结算 率	8	上年度带量采购产品按时结算率达到100%，每降低一个百 分点，扣1分。		
		非带量产品按时结 算率	3	上年度非带量采购产品按时结算率不低于全市平均水平，未 达到扣3分。		
5	其他重点 工作	上年度医保重点工 作完成情况	20	上年度国家、省、市医保重点工作未按要求完成的，每项扣 10分。在国家、省、市相关部门各项工作检查中发现较大问 题影响恶劣的分别扣12、10、8分。		考核医院一 体化管理的 村卫生室或 卫生服务站

						有相关重点工作未按要求完成的，每项工作扣3分。
6	加分项	积极配合医保局推进工作改革情况	10	积极配合医保局完成新项目、新试点改革工作并取得亮眼成绩，得到国家、省、市相关部门充分肯定的，根据情况加1-10分。		
		年度绩效考核	5	年度绩效考核被评为A级的，加5分。		
		通报表扬	5	医保重点工作被市级及以上医保局通报表扬的，一次加5分。		

