

湖北省医疗保障局办公室文件

鄂医保办〔2025〕45号

省医疗保障局办公室关于印发 《湖北省基本医保基金即时结算 经办规程（试行）》的通知

各市、州、直管市及神农架林区医疗保障局：

现将《湖北省基本医保基金即时结算经办规程（试行）》印发给你们，请遵照执行。

各地在执行中如遇重大问题，请及时反馈至省医疗保障局。



（此件公开发布）

湖北省基本医保基金即时结算 经办规程（试行）

为促进医疗、医保、医药协同发展和治理，健全与“1+3+N”多层次医疗保障体系相适应的医保科学结算体系，进一步优化我省医保基金结算管理，不断提高医保基金结算清算效率，根据《国家医疗保障局办公室关于印发基本医保基金即时结算经办规程（试行）的通知》（医保办发〔2025〕13号）《湖北省医疗保障局办公室关于全面推进基本医保基金即时结算改革工作的通知》（鄂医保办函〔2025〕35号）等文件规定，结合我省实际，制定本规程。

第一章 总则

第一条 基本医保基金即时结算(以下简称“即时结算”)是指按照基本医保基金预算管理和医疗费用结算管理的相关要求,通过推进住院医疗费用日拨付、压缩医保月结算时间的方式,向定点医药机构拨付医保资金的结算方式。

第二条 本规程中的基本医保基金，包括职工医保基金(含生育保险)和城乡居民医保基金。有条件的统筹区可探索将大额/大病保险基金及医疗救助资金等纳入。

第三条 充分考虑定点医药机构需求和现状,对开展住院医疗费用日拨付的定点医疗机构依申请纳入(申请书见附件1);对压缩月结算时间实现即时结算的定点医药机构要应纳尽纳,基

本实现定点医药机构即时结算全覆盖。根据基金运行、基金监管、协议考核等情况对开展住院医疗费用日拨付的定点医疗机构实行动态管理。

第四条 参保人在符合条件的定点医药机构联网结算且应由基本医保基金支付的医药费用，均纳入即时结算范围，包括普通门诊、门诊慢特病、特药门诊、住院、生育、药店购药等医药费用，实现即时结算资金占本地医保基金月结算资金的80%以上。

第五条 有条件的统筹区，按照先省内再省外的原则，逐步探索将异地就医费用纳入即时结算范围，做好与现有异地就医结算流程的有效融合。

第六条 “日拨付”是指通过增加拨付频率的方式，按日汇总定点医疗机构结算数据，按一定比例在参保人员出院结算之日起两日内拨付医保基金。“月结算”是指通过压缩月结算时间的方式，在定点医药机构申报截止次日起20个工作日内按规定流程拨付医保基金。

第七条 依托省医疗保障信息平台，以信息化智能手段为支撑，优化结算流程，高效开展即时结算。

第八条 在推进即时结算工作时，应严格落实支付方式改革、基金预付等相关工作要求，同时做好政策的有效衔接。

第二章 “日拨付” 业务流程

第九条 参保人员在定点医疗机构出院结算时，结算信息按接口规范逐笔自动上传至省医保信息平台。

第十条 省医保信息平台对定点医疗机构上传的医疗费用按照一定的拨付比例逐笔自动生成基本医保应拨付金额,并通过业务端(业务基础子系统,下同)自动推送至财务端(业财一体化子系统,下同)。

应拨付金额=定点医疗机构上传的基本医保基金支付金额*
日拨付比例

第十一条 财务端收到应拨付金额数据信息后,次日上午按定点医疗机构进行自动汇总和制单后形成拨付数据,通过省医保信息平台自动推送至医保经办机构基金支出户开户银行。银行接收到拨付数据后,按要求及时将基本医保基金拨付给定点医疗机构。

第十二条 医保经办机构基金支出户开户银行将基本医保基金拨付给定点医疗机构后,在 T+3 天内应向省医保信息平台返回"电子回单"做为资金付妥的凭据,其中的支付状态(支付成功、支付失败及失败原因)的数据作参考。次月 3 日前,财务端将上月支付成功的日拨付金额自动汇总,回传至业务端,在月结算中进行扣减。

第三章 “月结算” 业务流程

第十三条 通过优化医疗保障基金结算清单(以下简称“结算清单”)上传、智能审核等流程(附件 2),压缩费用对账、申报受理、基金拨付等工作时限,提高即时结算效率。

第十四条 定点医药机构应统一通过省医保信息平台,按照

规定的医疗类别进行结算，并严格执行编码规范，在规定的时限内上传结算清单等。

第十五条 参保人在定点医药机构联网结算时，省医保信息平台按照相关业务规则计算其医保待遇（包括基金支付、个人负担等），并将参保人结算信息回传给定点医药机构。

第十六条 定点医药机构应在每月申报结算费用前与医保经办机构做好医保结算费用的对账工作，确保双方结算数据准确一致。定点医药机构可通过“结算信息按时段查询”接口（接口编号：5262）自行下载基金汇总账或结算明细进行对账。

第十七条 每月 10 日前，定点医药机构对上月已完成对账的医保结算费用进行申报。在申报前，应完成结算清单的上传。原则上推迟申报不得超过 2 个月。

第十八条 医保经办机构依据智能监控规则，对当月申报的医保结算费用进行智能审核，并下发智能审核初审结果。定点医药机构对下发的初审违规结果进行申诉，医保经办机构对申诉费用进行人工复审。对复审结果有异议的，医保经办机构和定点医药机构进行合议。医保经办机构确定智能审核扣款结果，并通过省医保信息平台智能监管子系统推送给业务基础子系统，在月结算时予以扣减。按一定比例开展人工随机抽审，并对审核扣款在月结算或年度清算时进行扣减。

第十九条 医保经办机构根据月拨付比例、审核扣款结果、已拨付的日拨付金额等核定出月结算应付费用，生成月结算支付计划，并通过省医保信息平台医保业务基础子系统推送给基金财

务子系统。

月结算应付费用=医保基金月支付金额*月拨付比例-审核扣款-已拨付的日拨付金额-其他扣减费用

第二十条 次月8日前（遇节假日顺延），医保经办机构向定点医药机构拨付当月申报的结算费用，拨付凭证须详细注明拨付摘要（摘要格式：期号月结+险种+机构编码）。

第四章 年度清算

第二十一条 做好即时结算与年度清算的衔接，按照相关规定，开展年度基金支出总额核定、年度权重（分值）和费率（点值）测算、特例单议、考核评价、协商谈判、争议处理、报审报批、资金拨付、清账处理等年度清算工作。

第二十二条 各统筹区应制定年度清算方案，年度清算方案原则上应包括需要进行年度清算的各项基金年度可支付额度、各项目支出总额、结余留用、超支分担办法等内容。

第二十三条 各统筹区医保经办机构应将年度内月结算的拔付款、预留的质量保证金、未结算的医疗费用、未扣减的违规费用、医保退费等相关费用，纳入医保基金年度清算，核定各定点医药机构年度清算费用。原则上定点医药机构当年未申报的医疗费用，应在次年2月10日前完成申报结算，未按时申报的不纳入年终清算，由定点医药机构自行承担。因特殊情况未完成申报的，纳入下一年度的年终清算。

第二十四条 基金年度清算结果应经医保经办机构和定点

医药机构双方确认，双方签订《定点医药机构医保基金清算确认书》（附件3，以下简称“清算确认书”）。定点医药机构签订的清算确认书由各医保经办机构统一保存备查。

第二十五条 各医保经办机构应按相关规定，及时拨付清算资金。定点医药机构应按照财务会计制度有关规定对应由其自身承担的医疗费用及时做好账务核销处理，不得违规挂账。

第五章 风险管理

第二十六条 按照《社会保险基金财务制度》《社会保险基金会计制度》等规定，对即时结算资金开展会计核算，确保会计信息合法、真实、准确、完整。

第二十七条 建立健全即时结算风险预警机制，通过省医保信息平台，加强对定点医药机构即时结算异常数据的监测，在出现可能影响医保基金运行安全的情形时，可开展约谈提醒，必要时可调整、暂停拨付，确保医保基金安全。

第二十八条 定点医药机构出现中止或解除医疗保障服务协议等影响基金安全的，应及时暂停或终止即时结算。

第二十九条 即时结算纳入内控管理范围，重点对业务财务一致性、基金拨付准确性、日拨付与月审核结算衔接有效性开展核查监督。

第六章 组织保障

第三十条 对即时结算实行统一管理，分级负责。省医保部

门负责制定即时结算经办规程,指导各地做好即时结算管理服务工作。市级医保部门可根据实际制定本地即时结算经办实施细则。各级医保经办机构做好即时结算经办工作。

第三十一条 各级医保部门会同财政等部门,做好医保基金预算管理、请款、拨付等工作。

第三十二条 将即时结算纳入定点医药机构医疗保障服务协议管理范围,做好费用审核、结算清算、绩效考核等工作。

第三十三条 省医保部门负责优化完善医保信息平台,推进医保业财一体化系统建设和应用,完善支付方式改革子系统,为即时结算提供技术支撑,指导定点医药机构按照协议开展信息系统改造。

第七章 附 则

第三十四条 本规程由湖北省医疗保障局负责解释。

第三十五条 本规程自发布之日起施行。如遇国家、省有新文件要求,按照新要求执行。

附件: 1. 住院医疗费用日拨付即时结算申请书
2. 湖北省基本医保基金即时结算流程图
3. 定点医药机构医保基金清算确认书

附件 1

住院医疗费用日拨付即时结算申请书

(参考模版)

_____ (医保经办机构名称)：

根据《国家医疗保障局办公室关于印发基本医保基金即时结算经办规程(试行)的通知》规定,特申请对我院住院医疗费用进行日拨付即时结算。

本院承诺:日拨付的即时结算医保基金,我院将严格按照《社会保险基金财务制度》《社会保险基金会计制度》等规定做好账务处理。自觉遵守《医疗保障基金使用监督管理条例》,规范医疗服务行为,确保医保基金安全。若出现可能影响医保基金运行安全的异常情形,我院将主动告知医保相关部门,对未告知造成的后果,我院将自愿承担相应的责任。

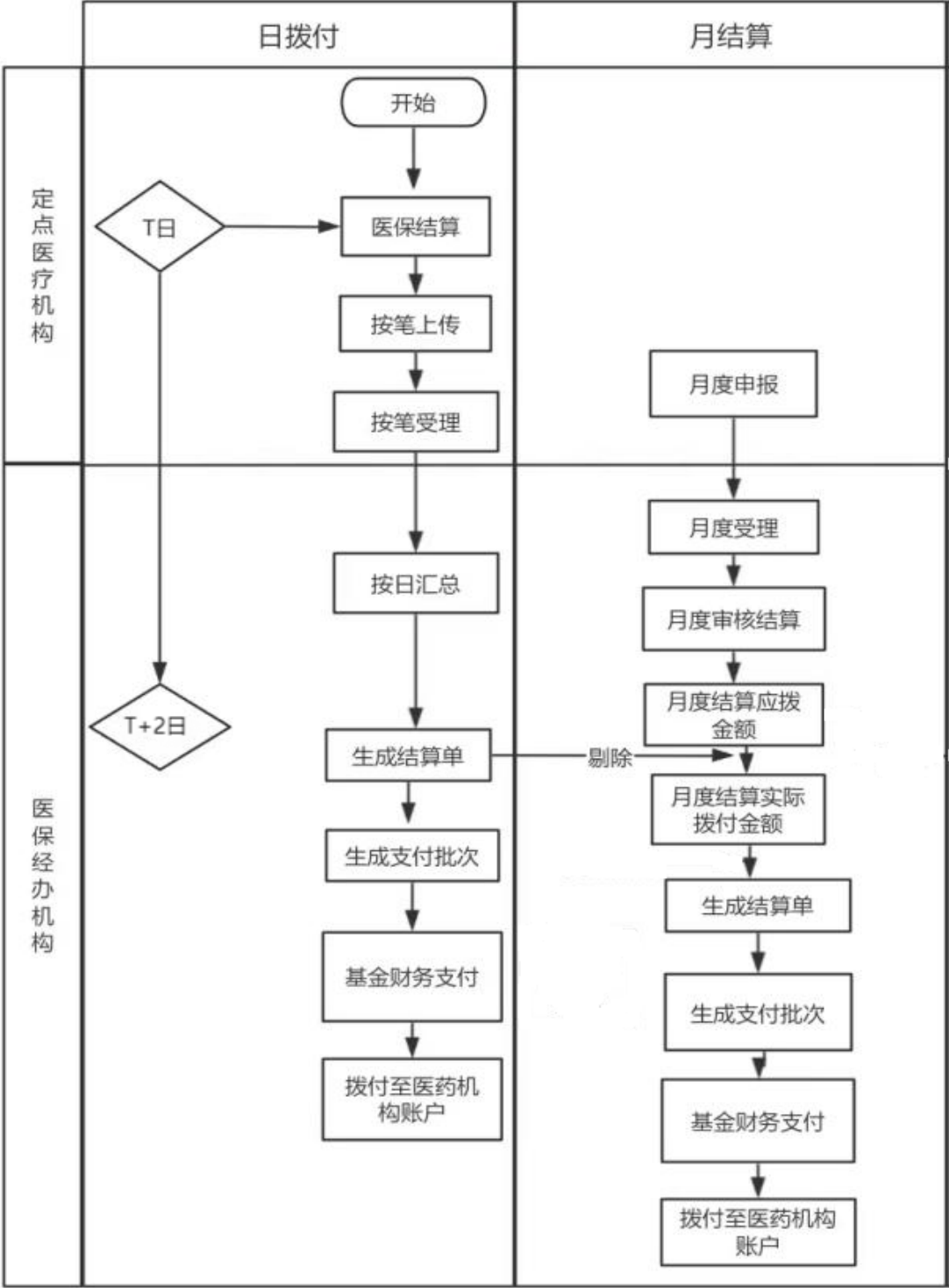
定点医疗机构法定代表人(签章)：

定点医疗机构(公章)：

年 月 日

附件 2

湖北省基本医保基金即时结算流程图



附件 3

定点医药机构医保基金清算确认书
(模版)

× × 定点医药机构：

根据 × × 等有关规定，对你单位申报的 × × 年度医保费用进行了清算，共计清算资金 × × 元。

序号	项 目		金额	备注
1	定点医药机构申报医疗费用总额			
2	医保经办机构根据协议约定智能审核扣减违规费用			
3	根据协议约定年度考核等级			
4	根据协议考核扣减的质量保障金额度			
5	其他扣款（含现场绩效考核）			
6	医保经办机构应支付的资金总额	统筹基金支付		
		个人账户支付		
		大额医保支付		
		补充医保支付		
		其他支付		
		支付合计		
7	已拨付月 结算费用			
8	退费抵扣			
9	清算应付费用			

注：6=1-2-4-5，9=6-7+8。表格中内容为选填。

你单位签收后，盖章确认视为同意最终清算金额。请你单位根据协议约定和财会制度等相关规定，对经清算后不予支付的费用(不属于医保基金应付未付费用)及时在账务上做出相应处理。

本确认书请在×月××日前报送至××医保经办机构。

××定点医药机构（盖章） ××医保经办机构（盖章）

年 月 日