关于开展紧密型县域医疗卫生共同体

医保基金总额付费有关工作的通知

各市医疗保障局、财政局、卫生健康委，省医疗保险事业中心、省医疗保险基金稽核中心，胜利油田医疗保险管理服务中心：

为全面贯彻落实国家10部门《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》(国卫基层发〔2023〕41号)、省政府办公厅《关于进一步深化改革促进乡村医疗卫生体系高质量健康发展若干措施》（鲁政办字〔2023〕205号）等文件要求，支持引导紧密型县域医疗卫生共同体（以下简称县域医共体）健康发展,提升医疗卫生服务水平，提高医保基金使用效率，现就开展县域医共体医保基金总额付费工作通知如下：

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，以人民健康为中心，以县域医共体为载体，充分发挥医保在资源配置中的杠杆调节作用，推进医疗、医保、医药协同发展和治理，推进县域内整合型、连续性医疗服务，提升基层医疗卫生服务能力，助推分级诊疗，不断提高医保基金县域使用效能，更好保障参保人员基本医疗服务需求。

二、重点工作

（一）明确实施范围和程序。对经医共体管委会评估达到“六统一”（统一人事管理、财务管理、资产管理、业务管理、药品耗材目录、药品耗材配送）的县域医共体，实行医保基金总额付费。由县域医共体牵头医院或医共体管委会办公室代表县域医共体全体成员单位向县（市、区）医保、财政、卫健部门提交总额付费申请，经联合会审后报设区市医保、财政、卫健部门确定后实施。县域医共体牵头医院代表全体成员单位与医保经办机构签订服务协议。

（二）合理确定医保基金支出总额预算。坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，在实行区域总额预算的前提下，科学合理确定县域医共体职工医保和居民医保基金支出总额预算。各统筹区要加强与县域医共体的沟通协商，以历史客观数据为基础，统筹考虑经济社会发展水平、基金承受能力、待遇保障水平提高、医疗服务价格调整、药品耗材集采、重大政策调整、医疗费用合理增长等因素，按照增幅不超过统筹区当年医保基金收入增幅的原则，合理测算各类人头预算标准，结合县域医共体服务人群，科学合理确定县域医共体年度医保基金支出总额预算。对县域医共体合理控费和加强健康管理出现医保基金支出降低的，不因此降低下年度总额付费预算指标。原则上，县域外发生的医保基金支出应纳入县域医共体医保基金支出总额预算。各统筹区在DRG/DIP框架内，要不断完善与区域总额预算相适配的县域医共体支出总额预算办法。

（三）建立“结余留用、合理超支分担”机制。县域医共体内各医疗机构发生的应由统筹基金支付的医疗费用，由医保经办机构按DRG/DIP付费、床日付费、人头付费等现行付费方式分类与县域医共体牵头医院做好月度结算，年终清算时，将县域医共体按各种付费方式计算获取的医保基金与县域医共体支出总额预算对账，对产生的结余或超支费用，按协议约定留用或分担。结余留用资金作为县域医共体业务收入。县域医共体内使用国家、省集中带量采购药品耗材，医保部门不再单独给予结余留用补偿。对县域医共体超支部分，应分析原因，厘清责任，确因政策调整、县域医共体服务能力变化、重大公共卫生事件等客观因素导致医疗费用发生重大变化的，医保基金应给予合理补偿。县域医共体要按照《关于进一步加强基本医疗保险基金预算管理发挥医疗保险基金控费作用的通知》（鲁财社〔2017〕16号）规定，对超支费用及时冲减应收医疗款，不得长期挂账。

（四）加强医保经办服务。医保经办机构可根据基金结余情况向县域医共体预付1个月左右的医保基金，缓解其资金运行压力。医保经办机构要动态监测县域医共体医疗费用、转外就医、基金使用等情况，设置预警阈值并开展数据分析，及时向县域医共体反馈信息并加强业务指导。要加强对县域医共体的履约考核，可将医疗费用增长率、医保报销比例、基层就诊率、县域内基金支出比例、县域内基层医疗卫生机构医保基金支出占比等作为县域医共体专项指标纳入履约考核体系，考核结果与年终清算超支分担和结余留用机制挂钩。

三、配套措施

（一）完善待遇保障政策。县域医共体内实行差别化的医保报销政策，合理拉开不同等级医疗机构报销比例，乡镇卫生院和县级医院居民医保住院报销比例原则上相差不低于10个百分点。畅通双向转诊转院通道，对县域医共体内符合规定的转诊转院住院参保患者简化手续，可连续计算起付线，引导群众首诊到基层医疗卫生机构，促进合理有序就医秩序建立。

（二）健全适宜乡村的医疗服务价格机制。细化完善一般诊疗费政策，结合经济社会发展动态调整乡镇卫生院、村卫生室一般诊疗费。进一步完善基层医疗服务价格项目，不断完善医疗服务项目价格动态调整机制，优先向促进分级诊疗、体现基层医疗特色的医疗服务项目倾斜。对于换药、注射、输液、采血等均质化程度高的医疗服务项目，可以明确具体项目范围，逐步实施县域同城同价。对符合基本医疗保险政策的医疗服务项目，按规定纳入医保基金支付范围。落实“互联网+”医疗服务项目价格政策，促进互联网诊疗、远程会诊等医疗服务向基层延伸。

（三）积极推进药品采购制度改革。不断扩大集中带量采购规模和范围，努力挤压药价虚高水分，减轻群众用药负担。推进县域医共体中心药房建设，促进县域医共体内统一用药目录、统一药学服务、统一药品使用监测、统一药品采购、统一药品储备，持续深入开展集采药品进基层活动，增强集采药品在基层的供应保障能力。

（四）深化多元复合式医保支付方式改革。在县域医共体建立以DRG/DIP付费为主的多元复合式医保支付方式。结合基层医疗卫生机构的诊疗现状，逐步将常见病、多发病纳入DRG/DIP基层病组（种）范围，2025年年底前DIP基层病种和DRG基层病组分别不少于80个和20个，推行同城同病同价，助推分级诊疗，引导医疗资源有序下沉。

四、组织保障

（一）加强部门协作。各地医保、财政、卫生健康部门要切实加强协作，完善配套政策，充分考虑各成员单位的功能定位和发展，推动县域医共体建立健全与医保总额付费相适应的内部管理机制，促进医疗、医保、医药协同发展和治理。各统筹区要结合实际，于2024年12月底前制定完善县域医共体医保总额付费政策，开展相关工作。

（二）明确责任分工。医保部门负责组织实施县域医共体总额付费工作，强化协议管理，履行基金监管职责。卫生健康部门指导县域医共体完善内部管理制度，规范医疗服务行为，加强基层医疗服务能力建设，推进分级诊疗。财政部门要加强医保基金预算管理，配合医保部门确定县域医共体医保基金支出总额预算，及时拨付医保基金。县域医共体牵头医院应完善内部管理制度，统筹资源配置，合理分工协作，发挥龙头作用，加大对基层的帮扶，提升县域医共体整体医疗服务质量和水平。县域医共体各成员单位要形成责任、管理、服务、利益共同体，充分发挥资源整合优势，放大改革效应，共同提高医保基金使用效率。各级医保、财政、卫生健康部门要加强与县域医共体的沟通协商，协同做好相关工作，同时要加强对县域医共体的综合监管，提升医保基金使用绩效，坚决防止医保基金“一包了之”。

（三）注重宣传引导。各地要加强对县域医共体医保总额付费工作的宣传，提升医疗机构、医务人员参与改革的积极性，合理引导社会预期,努力营造良好的改革氛围，全力推动工作高质量完成。

山东省医疗保障局

山东省财政厅

山东省卫生健康委

2024年 月 日