

湖南省医疗保障局 湖南省财政厅文件 湖南省卫生健康委员会

湘医保发〔2024〕31号

湖南省医疗保障局 湖南省财政厅 湖南省卫生健康委员会关于印发《湖南省紧密 型县域医疗卫生共同体医保支付方式改革 实施意见（试行）》的通知

各市州医疗保障局、财政局、卫生健康委员会，省医疗生育保险服务中心：

现将《湖南省紧密型县域医疗卫生共同体医保支付方式改

革实施意见》印发给你们，请抓好贯彻执行。



（此件主动公开）

湖南省紧密型县域医疗卫生共同体 医保支付方式改革实施意见

(试行)

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)、《国家医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》(医保发〔2021〕48号)、国家卫生健康委等10部委《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)、湖南省卫生健康委等10部门关于《全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的实施方案》(湘卫发〔2024〕4号)工作要求,不断强化医疗保障和医药服务高质量协同发展,全面推进我省紧密型县域医共体建设,结合我省实际,制定本实施意见。各地因地制宜、稳妥有序推进医共体建设。

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,全面贯彻落实党的二十大精神,坚持以人民健康为中心,深入实施健康湖南战略,不断深化医保支付方式改革,构建科学合理的多元复合式医保支付方式,以紧密型县域医疗卫生共同体为载体,以支持基层医疗卫生服务均等化为重点,促进县域医共体供给侧结构性改革和医保支付方式改革协同推进,不断提升基层医疗

卫生服务能力，让群众就近享有预防、治疗、康复、健康促进等健康服务，实现医疗健康服务从以治疗为中心向以健康为中心转变，切实提高医保基金使用效率，使人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。

二、主要工作内容

（一）明确实施范围。根据国家卫健委、国家医保局《关于做好紧密型县域医共体建设监测工作的通知》（国卫办基层函〔2022〕93号）列明的评判标准，自评达到相关标准并拟实施总额付费的县域医共体，向市级医保、卫生健康和财政部门提出申请，由市级部门联合组织评定、联合行文确认。判定为“紧密型”且实质运行的医共体实行医保总额付费管理。紧密型医共体评判标准如国家有调整，执行国家最新标准。

（二）加强基金总额预算。医保总额预算要在市级统筹基础上，由市级统筹区医保部门按照以年度基金支出预算为基础，综合考虑基金筹资额、医共体功能定位、服务数量和质量、总额支付范围、基金运行风险等因素，合理确定紧密型医共体的年度总额预算指标，医共体预算总额应与基金收入变化幅度相适应。县域内组建两个及以上医共体的，根据医共体覆盖参保人员数量，结合近年医疗服务提供情况和医保基金支付情况，合理确定各紧密型医共体年度预算总额。统一统筹区内医保基金总额预算政策，不得就县域医保基金收入总额实施“一包了之”。

（三）强化医保协议管理。已评判确认的紧密型县域医共体牵头单位可向当地医保经办机构提出按紧密型县域医共体纳入医保定点管理的申请，将符合条件的紧密型县域医共体整体纳入医保定点协议管理。经成员单位向牵头单位授权后，医保经办机构可不再与各成员单位分别签订协议。医共体牵头单位统一负责成员单位内部医疗服务行为规范管理，严防过度医疗或医疗服务缩水，控制医药费用不合理增长，预防欺诈骗保行为发生。

（四）明确总额支付范围。原则上除由第三方承办的保险基金、县域内非医共体成员单位医药费用外，参保人员门（急）诊、慢特病门诊、住院医疗、县域外就医、“双通道”管理药品、恶性肿瘤门诊放化疗等参考住院管理的费用以及医保基金支付的家庭医生签约服务费纳入支付范围。

（五）构建多元复合支付模式。在医保总额预算管理基础上，DRG/DIP 政策框架范围内，在医共体内探索开展总额付费下多元支付改革。对住院医疗服务，主要按 DRG/DIP 进行付费；对长期、慢性病住院医疗服务，逐步推行按床日付费；对门诊医疗服务，探索结合家庭医生签约服务，实行门诊按人头付费，压实基层卫生机构责任，通过激励约束机制激发基层卫生机构增强活力和提升能力；探索符合中医药服务特点的支付方式，逐步形成统一、规范、有序、高效的多元复合医保支付体系。

（六）及时进行结算清算。医保部门以 DRG/DIP 付费为主

的多元复合式支付方式与医共体牵头单位进行包括所有成员单位在内的月度结算和年度清算，原则上应当在医共体成员单位全部完成月度费用申报后 30 个工作日内完成月度结算费用拨付，并根据紧密型医共体考核结果按照国家或省相关要求及时完成年度清算，医共体牵头单位在收到医保支付费用后 10 个工作日内向医共体成员单位完成支付。统筹区医保部门可按协议向医共体牵头单位拨付预付金，缓解其资金运行压力。

三、建立健全激励约束机制

（一）建立与总额付费挂钩的基金考核机制。各地医保部门须切实履行医保基金监管和考核责任，重点围绕提升基层服务能力、促进分级诊疗实施、提高基金使用效率、助推基层医疗卫生服务均等化等方面，建立成效考核与基金结余挂钩机制。成效考核指标包括但不限于：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占比等。各地根据本地实际情况制定具体考核办法，考核指标和标准可根据年度改革目标科学设置，相应指标可适度增减，成效考核结果与基金结余留用、质量保证金返还严格挂钩。各地要采取日常考核和年度考核相结合，定期公布考核结果，督促医共体改变服务行为。为支持中医药广泛运用和传承创新发展，可根据医共体内中医药服务占比，予以适当倾斜和支持。

（二）建立基金结余留用机制。按照以 DRG/DIP 付费为主

的多元复合式支付方式进行年度清算后的医保费用与医共体总额预算之间的差值，按比例由医共体结余留用，留用比例根据绩效考核结果确定。医共体结余留用的医保基金纳入医疗服务性收入，按照国家和省相关政策执行。医共体牵头单位负责制定医共体内医保结余留用分配方案，方案分配中须确保乡村两级机构适当份额。

（三）明确合理超支分担边界。因政策性原因、突发公共卫生服务救治等不可抗力因素导致的超支，各地方可根据基金运行情况予以合理超支分担。各地医保部门应与医共体牵头单位严格细化明确合理超支分担情形。原则上超出医共体总额预算基金 10% 以上的部分、年度考核不合格的医共体以及医保基金当期亏损的县，医保部门不再执行超支分担。

（四）强化综合监管。各地要加强医共体医疗服务行为综合监管，部门密切联动，严厉打击欺诈骗取医保基金行为，重点监督医共体总额付费下推诿病人、降低医疗服务质量和标准、分解住院等损害参保人利益的行为。医保部门要加强对医共体牵头单位协议管理，完善有关协议管理内容，合理分级诊疗，促进医保基金合理使用，遏制过度治疗和治疗不足，同时防止故意提高门槛妨碍参保人正常转诊。医共体牵头单位履行维护医保基金安全的主体责任，加强监督管理，按协议承担成员单位违规违法行为管理和经济责任。

四、保障措施

（一）加强组织领导。各地应稳步推进医共体建设，强化目标导向，支持医保部门发挥激励约束的职能作用，严格绩效考核并将考核结果与结余留用挂钩。各级财政部门要落实对公立医院及政府办基层医疗卫生机构的财政投入，加强医保基金总额付费指导和监督。各级医保部门要进一步提高认识，统一思想，把紧密型医共体总额付费作为医保支付方式改革的一个重要内容，积极主动参与紧密型医共体建设全过程，牵头组织医共体支付方式改革工作，组织制定相关配套政策，监督指导医共体支付方式改革推进工作。各地要结合实际制定本地医共体医保基金总额付费实施方案。各级卫生健康部门负责规范医共体医疗服务供给，监测评价医共体建设，推动基本医疗卫生乡村一体化建设，提升基层医疗服务能力，切实履行行业监管职责。

（二）加强宣传培训。各医共体牵头单位要加强对医务人员医保总额付费改革政策培训，充分调动广大医务人员参与改革的积极性和主动性，加大改革宣传力度，正确引导社会舆论和改革预期，凝聚改革共识，共同推进改革稳步发展，及时总结各地典型经验做法，相互交流借鉴。

（三）加强履职尽责。各级医保部门要始终维护医保基金安全底线、促进医保基金合理使用。各统筹区要坚持市级统筹的总体框架，推进构建按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，不断提升医保治理能力和治理水平，尤其要着力构建适

应紧密型县域医共体建设的医保管理制度和体制，把握好日常监测考核与年终成效考评的关系，紧盯目标任务加强管理、指导和监测，更好发挥医保支付的激励约束作用，更好促进紧密型县域医共体建设发展，更好维护群众健康福祉。

