**关于推进辽宁省紧密型县域医疗卫生**

**共同体医保支付方式改革的通知**

各市医疗保障局、卫生健康委、财政局：

根据《中共辽宁省委 辽宁省人民政府关于印发〈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若干措施〉的通知》（辽委发〔2021〕9号）、《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的实施意见》（辽卫发〔2024〕37号，以下简称37号文件）、《国家医疗保障局关于进一步推广三明医改经验 持续推动医保工作创新发展的通知》（医保函〔2024〕25号）等文件精神，结合我省实际，现就推进我省紧密型县域医疗卫生共同体（以下简称县域医共体）医保支付方式改革有关事项通知如下：

一、高度重视县域医共体医保支付方式改革工作

开展县域医共体建设能有效提高县域医疗卫生资源配置和使用效率，促进医疗、医保、医药“三医”协同发展和治理，推动构建分级诊疗秩序的形成。推进紧密型县域医共体医保支付方式改革，支持县域医共体建设，是不折不扣落实党中央国务院、省委省政府决策部署的实际体现；是发挥医保基金引导作用，助推基层服务能力、规范医疗服务行为，提升群众就医便利性、可及性的有力抓手；也是维护医保基金平稳运行，提高医保基金县域使用效能的坚实保障。各市务必提高政治站位，统一思想认识，深刻理解改革初衷，加大工作力度，主动作为，充分发挥医保对县域医共体健康发展的支持作用，增强群众基层就医的获得感、幸福感、安全感。

二、加大医保支持基层医疗机构力度

各级医保部门要进一步支持基层医疗卫生服务体系建设，逐步提高资源配置和服务均衡性，引导患者在基层就医。落实对县域医共体开展医保总额付费的要求，对经市级卫生健康部门判定达到“紧密型”建设标准并实质运行的县域医共体实行医保总额付费。以县域医共体整体作为医保预算单位，按照“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，在按规定预留风险调节金后，综合考虑基金收支、人员结构、历史费用、疾病谱变化等因素，会同卫生健康部门合理编制县域医共体总额预算指标，当期不编制赤字预算。有条件的市可探索对县域医共体签约家庭医生服务人群开展总额付费。医保经办机构对县域医共体牵头医院要按月拨付医保基金，年终清算。家庭医生签约服务费按实际缴费签约服务费的人数，经考核后及时拨付。县域医共体服务参保人员在县域医共体外发生医保统筹基金支出，在结算时应从预算总额中扣减。医保部门可按规定对自愿申请的县域医共体预付预付金。

三、完善县域医共体医保支付政策

稳步推进县级医院实行按疾病诊断相关分组（DRG）或按病种分值（DIP）付费，执行全市统一的病组（种）及权重（分值），共同参与全市付费费率（点值）计算。继续对不同层级医疗机构实行差别化支付政策，对符合规定的转诊住院患者连续计算起付线。完善县域医共体绩效考核体系，突出服务质量和数量、分级诊疗情况、群众满意度等指标，将考核结果与结余留用、总额预算等挂钩。各市可参考《县域医共体医保绩效考核参考指标（试行）》（详见附件），合理制定符合本地实际的医保绩效考核指标，并将考核结果作为县域医共体综合考核的重要依据。建立“结余留用，合理超支分担”的责任共担机制，通过医保结余留用的正向激励，引导县域医共体在杜绝浪费、降低成本同时，提高医疗服务能力，降低域外就诊率，逐步从以治病为中心向以健康为中心转变。县域医共体年终清算出现结余或超支的，应共同分析、理清责任，结合医保基金当期结余、县域医共体整合型作用发挥和绩效考核结果，实施一定比例合理留用和合理超支分担。县域医共体结余留用的医保基金纳入业务收入，由牵头医疗机构在医共体内部合理分配。因医保政策、医疗服务价格调整、参保人员就医数量大幅增加等导致基金支出超支部分实施合理超支分担。具体比例由各市自行确定。

四、明确县域医共体医保基金运行监督管理配套政策

各级医保部门要切实履行工作职责，筑牢医保基金安全防线，确保基金平稳运行。强化医保协议管理，医保经办机构要与代表县域医共体全部成员单位的牵头医院签订服务协议，并在协议中明确牵头医院配合医保部门落实医共体医保基金内部监督管理责任。加强县域医共体医保基金使用情况监督，在对县域医共体各成员单位监管基础上，强化对牵头医院的整体监管，重点查处无故推诿病人、降低医疗服务标准、分解住院等行为。硬化基金监管举措，健全医保智能监控系统，充分利用大数据分析、医保医师制度、县域医共体内互相监督检查等，加大违规违约行为查处力度，并将监管结果与基金年度预算和清算挂钩。筑牢基金风险防控机制，逐一排查县域医共体预算、结算、拨付、考核、清算各环节，查找基金安全风险点，制定应对措施。合理设定并动态监测县域医共体基金运行、医疗费用、转外就医等参数，设置预警阈值并开展数据分析。建立基金超支风险报告制度和责任约谈制度，开展专项检查，确保基金安全。

附件：县域医共体医保绩效考核参考指标（试行）

辽宁省医疗保障局 辽宁省卫生健康委

辽宁省财政厅

2024年##月##日

（主动公开）

抄送：省医疗保障事务服务中心

附件：

**县域医共体医保绩效考核参考指标**

**（试行）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **一级指标** | **二级指标** | **指标说明** |
| 一、医保筹资缴费情况 | 1-1参保率（%） | 【计算方法】  参保率（%）=县域内已参保人数/应参保人数×100%  【数据来源】各市医保部门、省分配指标 |
| 1-2城乡居民医保财政补助到位率（%） | 【计算方法】  城乡居民医保财政补助到位率（%）=财政补助已到位资金/应到位资金×100%  【数据来源】各市医保部门 |
| 二、医保基金运行效率情况 | 2-1住院率（%） | 【计算方法】  住院率（%）=（县域医共体服务参保人员域内出院人次数+域外出院人次数）/县域医共体服务参保人员数量×100%  【数据来源】各市医保信息系统 |
| 2-2县域外住院率（%） | 【计算方法】  县域外住院率（%）=县域医共体服务参保人员域外出院人次数/县域医共体服务参保人员数量×100%  【数据来源】各市医保信息系统 |
| 2-3住院费用增长率 | 【计算方法】  住院费用增长率=（县域医共体服务参保人员当年住院医疗总费用-上年住院医疗总费用）/县域医共体服务参保人员上年住院医疗总费用\*100%  【数据来源】各市医保信息系统 |
| 2-4参保人员住院人均费用 | 【计算方法】  参保人员住院人均费用=县域医共体服务参保人员住院医疗总费用/县域医共体服务参保人员住院人数  【数据来源】各市医保信息系统 |
| 2-5县域就诊率（%） | 【计算方法】  县域就诊率（%）=县域医共体服务参保人员县域内门急诊人次/县域医共体服务参保人员门急诊总人次×100%  【数据来源】各市医保信息系统 |
| 2-6医保基金县域内支出率（不含药店、不含个人账户）（%） | 【计算方法】  医保基金县域内支出率（不含药店、不含个人账户）（%）=县域内医疗卫生机构医保基金支出/全县医保基金总支出×100%  【数据来源】各市医保信息系统 |
| 2-7县域内基层医疗卫生机构医保基金占比（%） | 【计算方法】  县域内基层医疗卫生机构医保基金占比（%）=基层医疗卫生机构医保基金支出/全县医保基金总支出×100%  【数据来源】各市医保信息系统 |
| 2-8住院费用实际报销比（%） | 【计算公式】住院费用实际报销比（%）=（1-县域医共体服务参保人员住院医疗费用支出（含个人账户）/县域医共体服务参保人员住院医疗总费用）×100%  【数据来源】各市医保信息系统 |
| 三、医保政策落实情况 | 3-1县域内村卫生室纳入医保定点情况 | 【计算方法】  县域内村卫生室纳入医保定点增长率=（县域内村卫生室当年定点数量-上年定点数量）/县域内上年村卫生室总数量×100%  【数据来源】  各市医保经办部门、各市卫生健康部门 |
| 3-2集采药品配备情况 | 【计算方法】  集采中选药品采购占比=中选药品采购数量/该药品同通用名同剂型所有药品数量×100%。  村卫生室配备集采药品数量不少于30个。  【数据来源】省药品和医用耗材招采管理系统 |
| 四、满意度 | 4-1医保病人满意度（%） | 【计算方法】  医保病人满意度（%）=满意患者数/接受调查患者数×100%  【数据来源】各市医保部门 |