贵阳市医保局 贵阳市财政局 贵阳市卫生健康局关于进一步深化改革推进紧密型县域医疗卫生共同体城乡居民医保基金

支付方式改革实施方案

（征求意见稿）

为深入推进贵阳市紧密型县域医疗卫生共同体建设，推动构建优质高效的整合型县域医疗卫生服务体系，建立健全管用高效的医保支付体系，在持续提升医保管理服务水平的同时，有力促进“三医”协同与改革发展，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《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）《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）《中共贵州省委办公厅  贵州省人民政府办公厅关于进一步完善全省医疗卫生服务体系的实施意见》（黔党办发〔2023〕15号）《中共贵州省委办公厅 贵州省人民政府办公厅关于进一步深化改革促进全省乡村医疗卫生体系健康发展的实施意见》（黔委厅字〔2023〕41号）《省人民政府办公厅关于深入推进全省紧密型县域医疗卫生共同体建设的实施意见》（黔府办发〔2023〕20号）《市人民政府办公厅关于印发关于进一步完善贵阳贵安医疗卫生服务体系的实施方案的通知》（筑府办函〔2024〕36号）等相关文件精神，结合2022年以来在息烽县、乌当区实施紧密型县域医疗卫生共同体城乡居民医保支付方式改革（以下简称“医共体医保支付方式改革”）经验，制定本实施方案。

一、基本原则

（一）坚持“三医”联动，统筹推进。以保基本、强基层、建机制和公平可及、系统连续、群众受益为立足点，深化医药卫生体制改革，推动“以治病为中心”向“以健康为中心”转变，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。对医共体实施医保总额付费，加强监督考核, 实行结余留用、合理超支分担。发挥医保支付在规范医疗服务行为，调节资源配置中的杠杆作用，提高医保基金使用效率，推进医保制度可持续高质量发展。

（二）坚持保障基本，安全可控。坚持保障基本、尽力而为、量力而行，着力保障参保人员基本医疗需求，促进医疗卫生资源合理利用，控制医疗费用不合理增长，筑牢保障底线。发挥医保基金支付导向作用，进一步支持县域医疗卫生服务体系整合重塑，逐步提高资源配置和服务均衡性，更好发挥区域医疗服务体系整体效益，促进医共体成员单位从规模型扩张向内涵式发展转变。

（三）坚持科学管理，多方共赢。加强基金预算管理，科学编制医共体总额预算，合理确定医共体总额付费额度，有序实施基金预付、预结算、年终清算。建立健全风险预警动态监测体系，充分发挥监测结果对医共体调整发展的指导作用。优化完善绩效评价体系，激发医共体内生动力，规范医疗服务行为，推动县域医疗卫生服务重心下移、资源下沉，促进县乡村一体化管理，实现医疗卫生服务上下贯通、医疗和预防有效融合的县域健康新格局，增强医保、医疗、医药联动改革的整体性、系统性、协同性，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药健康服务。

二、实施时间、范围及程序

已完成医共体建设的区（市、县）可开展医共体医保支付方式改革，有效衔接DRG/DIP支付方式改革。已实施医共体医保支付方式改革的息烽县、乌当区继续开展实际付费；尚未实施医共体医保支付方式改革的清镇市、开阳县、修文县从2024年下半年起启动模拟运行，纳入运行监测、年度绩效评价和年终模拟清算，2025年起启动实际付费。

医共体总额付费范围包括医共体医保支付方式改革县参保人员因就医产生的基本医保统筹支付基金，城乡居民大病保险等分项独立核算资金不纳入医共体总额付费范畴。在既有利于推进医共体建设又确保基金管理规范和安全的前提下，由县级医保、卫生健康和财政部门共同细化医共体医保支付方式改革方案，经县级人民政府审定，报市直相关部门备案后组织实施。

本方案仅涉及医保、财政等部门与医共体间的医疗费用结算，参保人员各项医疗保障待遇仍按照现行医疗保障政策规定执行，不受本方案影响。

三、全面推行总额预算管理

在市级统筹基础上，合理确定医共体医保支付方式改革年度预算额度。综合考虑全市基金收支、人群年龄结构、历史费用、疾病谱变化和年度绩效评价等因素合理分配各县年度预算额度，由医保经办机构统一核算，年度预算额度确认方法如下：

（一）当年可支配实际总额

1.当年全市预算可支配实际总额 ＝ 当年全市实际筹资总额－独立核算基金

2.当年县域可支配实际总额 ＝ 当年全市预算可支配实际总额×（县域参保人数÷统筹区参保人数）

3.相关指标

（1）当年全市实际筹资总额：当年全市实际参保人数×当年筹资标准（个人缴费标准＋政府补贴标准）；

（2）独立核算基金：按当年大病保险基金提取比例从当年全市实际筹资总额计提；

（3）当年全市预算可支配实际总额：指当年全市城乡居民医保基金能够用于支付当年度全市参保人员在全国范围内医保定点医药机构因普通门诊、门诊慢特病和住院就医产生的基本医保统筹报销费用。

（二）动态调整机制

引入动态调整机制，因医保待遇政策和医药服务价格调整引起的政策性医保基金缺口，或因突发公共卫生服务救治等不可抗力因素产生的医保基金支出，经集体研究决定并报市级财政部门备案后，所需资金由医保历年滚存结余资金承担，在启动年度清算时计入当年全市预算可支配实际总额。当年度未发生上述情况，不启动动态调整。

（三）县域可支配预算总额

1.当年县域可支配预算总额 ＝ 当年县域可支配实际总额×70%＋上年度实际发生数×20%＋当年医共体可支配实际总额×（上年度评价得分系数×10%）＋调节额度

2.调节额度 ＝ 当年县域可支配实际总额×老年人群基金支出系数×（上年度县域内参保人群老年人口占比－上年度统筹区参保人群老年人口占比）＋当年县域可支配实际总额×高难度病种支出系数×（上年度县域内高难度病种发病率－上年度统筹区高难度病种发病率）

3.相关指标

（1）上年度实际发生数：上年度医共体医保支付方式改革县参保人员就医产生的医保基金系统记账费用。

（2）上年度评价得分系数：上年度绩效评价评价得分系数，得分系数最高为1。绩效评价得分≥90分，年度评价得分系数为1；绩效评价得分＜90分，年度评价得分系数＝ 1－【(90分－绩效评价得分)÷100】。第一年启动的评价得分系数为1。

（3）老年人群基金支出系数：上年度老年人群基金支出占比÷上年度老年人群基金收入占比。2024年老年人群基金支出系数为3。

（4）上年度县域内参保人群老年人口占比：指医共体医保支付方式改革县参保人群中60岁以上人口占比。

（5）上年度统筹区参保人群老年人口占比：指全市参保人群中60岁以上人口占比。

（6）高难度病种支出系数：上年度高难度病种基金支出占比÷上年度高难度病种发生率。2024年高难度病种支出系数为4。

（7）上年度县域内高难度病种发病率：贵阳贵安统筹区DIP目录中，医共体医保支付方式改革县参保人员就医结算病种分值前20%的病种发生率。

（8）上年度统筹区高难度病种发病率：贵阳贵安统筹区DIP目录中分值前20%的病种发生率。

（9）当年县域可支配预算总额：指通过医共体支付方式改革总额付费预算，合理确定的用于医共体支付方式改革县参保人员在全国范围内医保定点医药机构因门诊、门诊慢特病和住院就医产生基本医保统筹报销费用的支付额度。

四、建立周转金制度

实行“收支两条线”，以医共体医保支付方式改革县上年度实际发生数月平均支付额为基数，预付一个月基金作为周转金，于每年1月底前拨付到位。周转金由医共体牵头医院合理分配使用，需在15个工作日内拨付至医共体成员单位，保证各成员单位正常开展医疗服务。每年12月20日前（节假日顺延），由医共体牵头医院负责汇集医共体全体成员单位年初拨付的周转金，缴回医保基金市级财政专户，未全额缴回的将暂停医保基金拨付，不予进行年度清算，直至还清欠款止。

五、月度预结算

月度预结算按DIP付费、床日付费、项目付费等现行医保支付方式，预结算给医共体。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预结算费用拨付。年度内，累计月度预结算金额加上医共体外就医医保基金达到当年县域可支配预算总额的90%时，不再进行月度预结算。当年县域可支配预算总额未拨付的10%部分，优先支付医共体外就医后，剩余部分用于年终清算时，支付医共体未拨付的月度预结算费用。当10%部分不足以支付医共体外就医，缺口部分由当年全市可支配实际总额先行支付，年终清算时缺口部分计入合理超支分担医保承担部分。

六、年度绩效评价

（一）评价标准。市、县两级医保、财政、卫生健康部门负责组织对医共体医保支付方式改革县，以县为单位按100分制进行年度绩效评价。评价结果分为4个等次：90分以上（含）为优秀、80分（含）—90分（不含）为良好、60分（含）—80分（不含）为合格、60分以下（不含）为不合格，评价结果通报县级人民政府。

（二）评价内容。从组织保障、基金管理、政策执行、就医管理、参保患者满意度等方面进行绩效评价（具体评价指标见附件）。

（三）加分项。对中医医院牵头组建的医共体在年度绩效评价时，设立政策附加分5分。

（四）减分项。在评价内容中设立2项直接减分项，分别为被行政处罚情况和产生较大负面影响，减分项分值直接从评价得分中予以扣减。

（五）结果运用。年度绩效评价结果运用于年终清算中的合理超支分担、结余留用和特例单议。

七、结余留用和合理超支分担机制

（一）启动条件

预算差额 ＝ 当年县域可支配预算总额－当年度医共体医保支付方式改革县参保人员就医产生的医保基金。预算差额≥0时，启动结余留用；预算差额＜0时，启动合理超支分担。

（二）结余留用

结余留用部分可用于医务人员绩效奖励，根据医共体年度绩效评价结果确定结余留用比例，具体为：评价等次优秀的医共体，予以留用100%；评价等次良好的医共体，予以留用80%；评价等次合格的医共体，予以留用50%；评价等次不合格的医共体，不予留用。

（三）合理超支分担

合理超支分担部分可使用当年全市可支配实际总额，根据医共体年度绩效评价结果确定合理超支分担比例。对预算差额在当年县域可支配预算总额10%以内部分启动合理超支分担，10%以上部分医共体自行承担。

具体分担比例为：评价等次优秀的医共体，分担比例60%；评价等次良好的医共体，分担比例50%；评价等次合格的医共体，分担比例40%；评价等次为不合格的，医共体自行承担。

当年全市可支配实际总额不足以覆盖合理超支分担部分时，合理超支分担部分等比例下降，符合条件的启动特例单议，不符合条件的超支部分由医共体全额承担。

八、特例单议

（一）启动条件。原则上对年度绩效评价90分及以上，且已启动合理超支分担机制的医共体医保支付方式改革县，启动特例单议。

（二）分担原则。合理超支分担等比例下降的缺口部分，由医保历年滚存结余基金补足，其他超支部分由县级财政统筹相关资金补足。

九、年终清算

（一）市级医保部门需严格按照有关规定，及时会同市级财政、卫生健康部门组织县级相关单位、医共体各成员单位开展年终清算，原则上在次年6月底前完成。

（二）医共体医保支付方式改革县中的成员单位，同时参加按病种分值付费（DIP）方式改革的，其DIP清算结余留用或合理超支分担基金按DIP相关政策单独执行。

十、保障措施

（一）加强组织领导。各区（市、县）人民政府要切实加强对医共体医保支付方式改革工作的组织领导，在制定工作方案、规章制度、监管办法、绩效评价细则等过程中，要严格执行国家、省、市有关政策，确保医共体医保支付方式改革工作在现有医保政策框架范围内，及时报告相关重大问题。

（二）落实部门职责。市级医保部门要公平公正做好各医共体的基金预算预付、预结和年终清算等工作，提高医保基金使用效率；加强对医共体的医保基金监管，确保医保基金安全。市级财政部门要加强基金管理，按照有关规定做好医保基金的核算拨付；会同市级医保部门研究独立核算基金、动态调整机制和医保历年滚存结余基金使用问题；督促县级财政将相关资金拨付到位。市级卫生健康部门要牵头做好医共体建设的评定和监测；加快推进分级诊疗制度建设，提升基层医疗卫生服务能力水平，促进优质医疗卫生资源下沉，规范医疗服务行为；落实医共体牵头医院对医共体成员单位规范合理使用医保基金的内部监督管理责任；督促医共体完善内部管理机制制度，使医保基金有效转化为医共体内部利益趋同，形成相互监督、和谐共存的利益医共体。

（三）加强内部管理。医共体各成员单位要严格遵守相关法律法规和协议管理约定，加强内控制度建设，规范诊疗服务行为，减少过度检查、用药和治疗，防止医疗服务质量“缩水”，对违规支付、监守自盗、内外勾结等行为要严查严处，确保行为规范和基金安全。要建立健全目标明确、权责清晰、监管有效的管理机制，真正构建权利与责任对等、效益与服务同步、管理与发展并重的整合型县域医疗卫生服务体系。

（四）注重运行监测。医共体牵头医院要按月将病人流向、基金流向和运行管理工作存在的问题及时上报县级医保、卫生健康部门。县级医保部门要加强动态监测和分析，对医共体医保支付方式改革工作偏离预期目标、医保基金出现亏空风险等重大问题，要及时向当地党委、政府报告，并根据情况及时采取有效措施，维护县域整体参保人员权益，确保医保基金安全。

（五）实施综合监管。各区（市、县）医保、卫生健康、财政等部门要切实加强对医共体医保支付方式改革工作的监督管理，以医保基金使用为重点，加强对医共体综合监管。重点监督医共体以应对总额付费为目的无故推诿病人、降低医疗服务标准、分解住院等损害参保人利益等行为。支持经医共体成员单位书面授权牵头医院，代表医共体全体成员单位统一与医保经办机构签订定点医疗机构服务协议，完善有关协议管理内容，既要防止过度治疗，又要防止治疗不足；既要防止无序转外就医，又要防止过度留治，促进医保基金合理使用。依法依规严查严处欺诈骗保行为，提高基金使用效益和患者满意度。

（六）优化集中带量采购。以医保支付为基础，探索建立以医共体为药品耗材集中带量采购单位，统一采购账户、统一目录、统一报量、统一采购配送、统一采购价格、统一支付货款的采购模式。加强医共体内各成员单位药品、医用耗材采购和使用监督，允许医共体各成员单位内部调剂带量采购额度，统筹扩大集中带量采购规模和品种；允许医共体对集中带量采购结余奖励资金进行再次分配，放大改革效应，最大限度发挥结余奖励资金使用效能，努力挤压药品和医用耗材虚高水分，减轻群众医药费用负担。

（七）加大宣传力度。各区（市、县）深入人民群众，讲好医保故事。聚焦社会关切、群众关心的现实话题，深入挖掘体现医保改革成效的百姓故事和真实案例，朴素展现医保事业的为民情怀。各级医保部门要立足工作实际，传播医保声音。针对参保群众、医疗机构、医务工作者等不同群体，做好医保政策解读，为医保政策推陈出新、“三医”协同改革发好声、铺好路。要丰富宣传形式，注重宣传效果。充分运用微信公众号、新媒体等新兴互联网平台，开展医保政策和医保改革成效宣传，争取广大群众和社会各界的理解和支持，为实施医共体医保支付方式改革工作营造良好的社会氛围。

十一、相关要求

（一）本方案自2024年度起实施，此前与本方案有不同之处的，以此方案规定为准。

（二）本方案由市医保局、市财政局、市卫生健康局按照职责分工分别负责解释。

（三）国家、省对医疗保障政策和医保支付方式改革出台新的政策及作出新的要求，从其规定。

附件：贵阳市紧密型县域医共体医保支付方式改革

年度绩效评价指标

贵阳市医疗保障局 贵阳市财政局 贵阳市卫生健康局

 2024年X月X日

附件：

贵阳市紧密型县域医疗卫生共同体

医保支付方式改革年度绩效评价指标



