

高台县医保资金总额打包付费实施方案

(征求意见稿)

为进一步深化医药卫生体制改革,充分发挥医保基金在县域医共体建设工作推进中的杠杆作用,促进医疗资源合理配置和医保基金高效利用,有效推动“三医联动”改革,根据《张掖市建立完善紧密型县域医共体医保支付方式实施方案(试行)》(张医保发〔2023〕37号)《关于印发张掖市紧密型县域医共体医保付费工作规程(试行)的通知》(张医保发〔2025〕23号)《高台县全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设实施方案》(县委办字〔2024〕60号)精神,结合我县实际,制定本实施方案。

一、指导思想

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和二十届历次全会精神,坚持以人民健康为中心,紧紧围绕深化医疗保障制度改革决策部署,建立健全管用高效的医保支付机制,充分发挥医保基金战略性购买作用,整合优化县域医疗卫生和医疗保障资源,健全医保支付制度和利益调控机制,协同推进医共体改革和医保支付方式改革,引导医疗机构主动规范服务行为,优化调节资源配置,推动医共体供给侧结构性改革,切实保障人民群众健康需求。

二、工作目标

（一）提高医保基金使用效率。根据全县医共体建设情况，以医共体总额打包付费、非医共体医疗机构定额付费等管理方式进行医保基金宏观调控。充分调动各定点医疗机构（医共体）自主控费意识，调整医保基金支出结构（医疗机构收入结构），提高医保基金使用效率。

（二）发挥医保基金杠杆作用。改革医共体利益生成机制，建立健全医共体内控机制，促进管理创新、制度规范、标准互认、信息互通、资源共享，增强医共体内生动力，以医保改革为牵引，协同推进医保支付、药品招采、分级诊疗等重点改革，实现改革效应叠加。

（三）优化定点医药机构配置。按照《张掖市基本医保定点医药机构资源配置规划（2025-2030年）》，建立医保定点准入和退出机制，实现外部调控和内部资源优化组合，达到县域内医疗卫生资源合理配置、医防融合发展、医保基金使用效率有效增强、人民群众就医负担明显减轻、基层诊疗能力持续提升、就医秩序合理规范的工作目标，真正实现多方共赢。

（三）推动医防融合协同发展。实施医保基金总额打包付费，引导定点医疗机构（医共体）通过加强疾病预防、健康管理来降低医疗费用支出，从而实现医保基金的合理使用和自身效益的提升。主动加强慢性病管理、健康体检等预防服务，从而减少患者住院和大病发生率，节约医保基金，实现“疾病治疗”向“健康管理”转型，让群众少得病、不得病，提高县域内就诊率、基层

就诊率。

三、职责分工

县医保局和县卫健局建立协商沟通机制，定期召开会议，统筹方案制定、总额核定、争议协调、最终考核结算，监督各定点医疗机构（医共体）基金使用合规性，对重大问题决策审批，核心职责是公平把控各方权益与责任对等。

（一）医疗保障部门职责

负责医保基金的预算、结算、拨付、清算，提供基金收支数据；牵头开展基金监管与年度考核，按约定拨付结余资金、核算超支分担金额，对接各定点医药机构的基金对账需求；按月扣除质量保证金，年末根据考核结果按比例返还。

（二）卫生健康部门职责

负责监督各类定点医疗机构（医共体）的医疗服务质量、诊疗规范执行及分级诊疗落实情况；督促医共体牵头医院下沉资源、帮扶基层；严查推诿患者、违规诊疗等行为，将医疗质量与绩效考核挂钩；监督医共体医保管理中心对医共体内医保基金做好核算分配等工作。

（三）医共体牵头医院职责

1.成立医共体医保基金管理专班，由院长任组长，分管院长任副组长，医保、医务、质控、财务、基层分院负责人为成员，制定本医共体的基金内控细则、内部结余留用及超支分担方案。

2.统筹本医共体基金使用，制定门诊、住院费用管控指标，

分配基层成员单位的基金额度，指导基层规范诊疗、控费降耗；牵头统一上报医共体所有成员单位药品集中带量采购量。

3.做好本医共体医保基金的日常核算、结算、拨付、自查自纠，及时整改医保违规问题，主动对接医保部门报送数据；年末按要求将年度预付金按时足额返还医保部门。

4.落实分级诊疗，引导轻症、康复期患者下沉基层，严控外转患者比例，建立健全医共体内双向转诊制度，落实转诊只计算一次起付线政策。

5.对医共体内成员单位实行季度考核和年度考核相结合的方式，考核结果作为结余留用资金分配的依据。

四、实施对象和支付范围

（一）实施对象

1.县域医共体定点医疗机构。县域内有2个医共体，牵头医院分别为县人民医院、县中医医院，分别实施总额打包付费。县人民医院医共体成员单位为新坝镇中心卫生院、新坝镇中心卫生院红崖子分院、巷道镇卫生院、宣化镇中心卫生院、黑泉镇卫生院、城区卫生服务中心及辖区定点村卫生室；县中医医院医共体成员单位为南华镇中心卫生院、巷道镇卫生院正远分院、合黎镇卫生院、骆驼城镇卫生院、罗城镇中心卫生院、盐池卫生院及辖区定点村卫生室。

2.非医共体定点医疗机构。县妇幼保健院、高台丝路慈仁医院、高台仁康医院等有住院服务的医疗机构分别实施定额预算管

理。

3.个体诊所、定点零售药店。由县医疗保障服务中心综合控制管理。

（二）医保基金支付范围

定点医药机构使用基本医保统筹基金的 DIP 费用（含县域内住院费用、日间手术费用）、非 DIP 费用（含精神类疾病费用、谈判药品费用、门诊慢特病费用、家庭医生签约服务费用、“两病”门诊费用、门诊统筹费用、生育住院费用、产前检查费用、无第三方意外伤害住院费用）。

五、实施内容

坚持市级统筹和医保基金总额预算管理，市级医保部门以当年全市医保基金预算收入和预算参保人数为基础，职工医保预算收入中计提 10%风险调剂金、职工大额保险支出、职工个人账户支出、生育津贴支出、DIP10%清算调剂金；居民医保预算收入中计提 10%风险调剂金、预算大病保险支出、DIP10%清算调剂金支出后，确定各县（区）年度总额预算。待市级下达年度城镇职工、城乡居民预算总额后，县医保部门、卫健部门共同协商根据实际情况统筹管理总额预算。

（一）总额预算分配

县医保局会同县卫健局研究制定当年度医保资金总额打包付费实施方案，结合近 3 年（2023-2025 年）定点医药机构医疗服务提供和医保基金使用占比，按照职工医保和居民医保分别核

算医保基金总额，与定点医药机构谈判协商后报市医保部门审核。

1.县域医共体定点医疗机构总额确定：医共体按总额预算打包分配，按照牵头单位及成员单位近3年医疗服务提供和医保基金使用占比进行预算。

2.非医共体定点医疗机构总额确定：县妇幼保健院、高台丝路慈仁医院、高台仁康医院分别按照近3年医疗服务提供和医保基金使用占比进行定额预算。

3.个体诊所、零售药店总额确定：根据近3年医保基金使用情况、医保政策调整情况，实行单列预算、综合管理。

4.异地就医医保资金总额确定：异地就医医保资金根据近年增长趋势打包给2个县域医共体牵头单位共同使用，充分调动县域定点医疗机构提升服务能力、融合发展的积极性。

（二）基金结算清算

根据张掖市医疗保障局《关于印发张掖市紧密型县域医共体医保付费工作规程（试行）》（张医保发〔2025〕23号）进行基金结算清算。

（三）基金使用管理

1.县医疗保障服务中心采取“年初预付、即时结算、按月结算、年终清算”的办法，直接与医共体牵头医疗机构、非医共体定点医疗机构进行结算。

2.医共体牵头医院申请“打包”付费前，需按照甘肃省医保局《关于印发紧密型县域医共体系统对接接口规范和操作指南的

通知》要求，完成系统对接并规范操作。

3.参保人员在医共体内医疗机构就医实行“一站式”直接结算，参保人只需支付个人负担的费用；未直接结算的费用，由医共体牵头医院进行手工（零星）报销，费用纳入总额预算管理。

4.按照《张掖市医疗保障局关于进一步规范全市定点医药机构质量保证金工作的通知》（张医保函〔2023〕96号）要求，质量保证金以医共体或非医共体定点医疗机构为单位按月扣除，年终清算时根据年度考核结果按比例返还。

5.在申报药品集中带量采购量时，由医共体牵头医院统一上报医共体所有成员单位采购量，医保经办机构只向牵头医院拨付、清算带量采购预付金。

（四）结余留用和合理超支分担

按照“结余留用、合理超支分担”的原则，计算结余留用资金或合理超支分担资金。结果为正数时为结余，结果为负数时为超支。

①医共体结余或超支=医共体年度总额预算－医共体年度清算总额

清算结果为结余时，结余资金由医共体留用；清算结果为超支时，超出部分根据全市风险调剂金使用相关规定，由医保基金和医共体按比例共同分担。

医共体牵头单位制定医共体内部结余留用或超支分担方案进行内部绩效管理。

②非医共体结余或超支=非医共体年度定额预算-非医共体年度清算总额

清算结果为结余时，定额预算定点医疗机构留用；清算结果为超支时，超出部分由定额预算定点医疗机构自行承担。

③个体诊所、零售药店、异地就医医保资金年终清算后若结余，两个医共体平均留用；若超支，则两个医共体平均分担。

④对于总额预算的医共体及定额预算的非医共体定点医疗机构，当其结余金额未超过预算总额的30%（含）时，结余部分全部留用；当其结余金额超过预算总额（定额）的30%时，按30%留用。

⑤因定点医疗机构为实现结余留用而出现推诿患者情况，经核查属实的，结余资金不执行结余留用政策，结余资金由医保经办机构留用；确因突发公共卫生事件、重大安全事件等特殊情况造成的超支，应在分析原因，厘清责任的基础上，由医保基金和定点医疗机构按比例共同分担；因定点医疗机构服务范围、服务能力发生重大变化、停诊、停业等情况医保部门可以调整预算，结余资金由医保经办机构留用。医保经办机构留用的资金可进行再次分配或纳入次年基金预算总额。

（五）基金使用监督

1.医共体牵头医院年末按相关要求将年度预付金按时足额返还医保部门。未按时足额返还的，不执行结余留用和合理超支分担政策，次年年度预付金不予拨付。

2.医共体牵头医院要严格履行主体责任，管好用好打包资金，完善医共体内部绩效考核及分配等制度，建立目标明确、权责清晰、公平有效的分工协作机制。合理确定医保基金结余留用收入、绩效工资等在各成员单位分配，建立长效激励机制。

3.开展定点医疗机构年度考核和DIP绩效评价时，按照现行考核和评价办法，对医共体牵头医院进行年度考核和DIP绩效评价。线下考核可根据实际情况延伸到各成员单位，医共体牵头医疗机构最终考核结果作为医共体内所有成员单位考核结果，并计算拨付质量保证金。年度考核结果和绩效评价结果纳入年终清算。

六、保障措施

（一）提升基层服务能力。医共体牵头单位通过绩效管理和技术指导，合理统筹打包资金，提升乡镇卫生院和村卫生室服务能力，织密医疗服务网底。结合家庭医生签约和基本公共卫生服务，强化慢病管理和健康服务，做实家庭医生签约工作，以家庭医生签约服务为依托，加强健康教育、慢性病（门诊慢特病、门诊“两病”）服务管理，实现医防深度融合。

（二）强化医保基金监管。县医保部门要不断完善医保基金监督管理机制，加强对定点医疗机构医疗服务行为的监管，对欺诈骗保保持高压态势，严肃查处欺诈骗保行为，构成犯罪的移送司法机关依法处理，确保基金安全。医共体及非医共体定点医药机构要高度重视，压实工作责任，加强基金管理，做好医保基金运行统筹协调，及时解决或上报执行中存在困难和问题。各镇卫

生院要加强对村卫生室的综合管理。

（三）健全激励约束机制。医共体及非医共体定点医疗机构要建立自我约束及自我控费机制。建立科学的激励和约束机制，在确保医疗水平不降低、服务质量有保障的前提下，强化定点医疗机构内部管控，充分调动定点医疗机构服务参保患者、执行医保政策和控制医疗费用的积极性和主动性，有效控制医疗费用不合理增长。

（四）完善考核评价体系。县医保经办机构根据考核办法，对医共体及非医共体定点医疗机构各项运行指标进行严格考核，考核结果与结余留用金额挂钩，督促定点医疗机构严格执行医保政策规定，规范医疗服务行为，促进定点医疗机构健康有序发展，切实推动医保支付方式改革取得实效。以后年度医保基金总额分配将按照基金使用效率和医改任务落实情况综合考虑分配，各定点医疗机构不允许以占分配基数为目的，造成医保基金使用的不合理增长。

本方案自 2026 年 1 月 1 日起执行，根据张掖市紧密型县域医共体医保付费工作规程（试行）进行适时调整。

高台县医疗保障局 高台县卫生健康局