

广东省医疗保障局文件

粤医保发〔2019〕25号

广东省医疗保障局关于开展省级紧密型县域 医共体医保支付方式综合改革 试点工作的通知

各地级以上市医保局：

根据《广东省人民政府办公厅关于印发广东省加强紧密型县域医疗卫生共同体建设实施方案的通知》（粤府办〔2019〕18号）要求，省医保局将在粤东粤西粤北以及惠州、江门、肇庆等15个地市选取部分县（市、区）开展省级紧密型县域医共体医保支付方式综合改革试点（以下简称省级县域医共体医保综合改革试点）工作，现将有关工作通知如下：

一、提高认识，明确相关权责

医共体医保支付方式综合改革涉及到广大参保人的切

身利益，涉及全省基金安全和可持续发展，各市要充分认识到开展省级县域医共体医保综合改革试点的重要性和严肃性。

根据《广东省医疗保障局关于暂停调整基本医疗保险政策的通知》（粤医保函〔2019〕325号）要求，省医保局统一部署省级县域医共体医保综合改革试点工作。省级县域医共体医保综合改革试点是省级事项，各市不得另行开展医共体医保支付方式综合改革试点工作。

二、因地制宜，建设省级试点

各市要根据基本医疗保险统筹基金运行情况和县（市、区）建设紧密型医共体情况，认真开展辖区内申报省级试点单位的可行性研究。试点市只能申报一个县（市、区）开展试点。

拟申报省级试点的市，需向省医保局报送关于省级县域医共体医保综合改革试点的申请报告，报告内容应包括建设人、财、物实现统一的县域医共体情况和实施县域医共体医保支付方式综合改革试点的可行性测算等情况。

各市申报的试点单位需经省医保局研究和调研后，确认作为省级试点单位，自2020年正式开展省级县域医共体医保综合改革试点工作。

三、加强监管，实施统一试点工作方案

省级县域医共体医保综合改革试点单位参照阳西试点模式，按照统一的试点工作方案开展工作（见附件1）。各

级医保部门要维护参保人的利益，保障基金安全，按照《紧密型县域医共体医疗保障监管与绩效评价清单》（见附件2）的要求加强日常监管。

省医保局将每年组织相关部门对省级试点单位进行绩效评估。各市在试点过程中，出现的新问题、新情况，请及时向省医保局反馈。

- 附件：1.关于紧密型县域医共体医保支付方式综合改革
试点工作方案
2.紧密型县域医共体医疗保障监管与绩效评价清
单（市、县级医疗保障部门）



（联系人：李萍，联系电话：020-83260205）

关于紧密型县域医共体医保支付方式 综合改革试点工作方案

一、主要原则和目标

坚持基本医疗保险“保基本、可持续”的原则，在维护参保人的利益、确保基金安全基础上，积极推动医共体建设，重构分级诊疗、优化就医新秩序，促进“以治疗为中心”向“以健康为中心”转变。

通过医保支付方式综合改革的探索，支持紧密型县域医共体（以下简称医共体）建设，促进提升基层医疗卫生机构服务能力，构建分级诊疗、急慢分治、双向转诊的诊疗模式，促进医疗资源合理配置，让老百姓享受就近就地的优质医疗服务，更好解决老百姓看病难、看病贵问题。

二、主要试点工作

探索医共体医保支付方式改革。按照基本医疗保险基金“以收定支、略有结余”的原则，探索对实行人、财、物统一管理模式的医共体实行总额付费、结余留用、合理超支分担的医保支付方式。

1.确定付费总额。将县域内当年基金收入，预留 2%的调剂金和 8%的风险金后，作为医共体的总额付费金额，由医共体承担辖区内基本医疗保险参保人当年县域内、外就医发

生的医疗费用，包括：参保人在辖区内总医院、民营医院、县外市内医疗机构、市外医疗机构的就医费用。

2.采取“总额付费、按月预拨、年终清算”的方式。医保部门按月将月均总额付费金额的80%统一预拨付医共体牵头医院，年终总清算时，根据医疗服务年度绩效评价情况，结清总额付费金额和风险金。结余留用的医保资金纳入医疗服务性收入，形成医共体内部统一的利益导向，促进医疗资源下沉，激发其主动控费的内生动力，促进医共体从以治疗为中心向以健康为中心转变。合理超支费用按比例在调剂金中支出。

3.辖区内参保人在县域内民营医疗机构及异地就医的费用，通过医保经办机构的直接结算系统进行结算，费用在总额付费金额中支付。县域内民营医疗机构及市内的异地就医费用实行按病种分值付费，市外的异地就医费用按国家和省的结算方法执行。

4.辖区内参保人的筹资、待遇水平、支付范围，统一执行省和市的有关规定。

5.建立和完善双向转诊机制，制订规范的出院标准和异地转诊的标准。参保人在医共体内上下转诊，视为同一次住院，参保人只付一次起付标准的费用。

6.在省下发的适宜基层开展的500种病种基础上，医共体制订适宜基层开展的病种。

7.积极探索建立医共体统一的药品、医疗器械采购、配送机制，支持医共体针对议价品种在药品采购平台以医共体为单位或委托第三方自行议价，并由医共体牵头医院按规定统一支付药品、医疗器械采购费用。

8.支持镇、村两级开展预防保健工作为主。支持家庭医生签约服务制度，将家庭医生服务包中的基本医疗服务纳入医保支付范围，支持家庭医生提供上门巡诊和药品服务，积极支持乡镇卫生院和村卫生站开展预防保健工作。加强镇村一体化建设，实现参保人在村卫生站门诊就医享受医保即时报销，形成医共体内县、镇、村三级良性联动机制。

三、医疗保障监管指标

- (一) 县域内基本医疗保险参保人住院率逐年提升。
- (二) 县域医疗费用增长控制在 10% 以下。
- (三) 自费率不超过 10%。
- (四) 合理设立重复住院率。
- (五) 确定家庭医生提供基本医疗服务内容，并公开告知签约参保人，将服务情况纳入考核内容。
- (六) 群众满意度。参保人基本满意。

四、紧密型医共体负面清单

在试点工作中，要防止出现以下情形：

- (一) 县级牵头医院出现虹吸现象。
- (二) 医共体内出现病人仅向上流动的现象。
- (三) 双向转诊不严格、不规范。

- (四) 以医院增加收入为追求目标。
- (五) 参保人的治疗未达到出院标准, 待遇得不到保障。
- (六) 个人医疗费用加重。
- (七) 发生医保骗保事件。
- (八) 出现推诿或拒收病人的现象。
- (九) 其他违法、违规的情况。

五、组织保障

建议县委、县政府成立医共体医保支付方式综合改革领导小组。由于推进医保支付方式综合改革影响重大, 且涉及多部门职责, 建议县政府成立医共体医保支付方式综合改革领导小组。由县主要领导任组长, 县分管领导任副组长, 市和县财政、人力资源社会保障、卫生健康、税务、医疗保障等部门主要负责同志作为成员。

紧密型县域医共体医疗保障监管与 绩效评价清单

(市、县级医疗保障部门)

(一) 医共体建设监测情况

- 1.建设人、财、物实现统一的紧密型医共体。
- 2.建立和完善双向转诊机制，开通异地就医绿色通道。
- 3.根据《关于印发广东省基本医疗保险按病种分值付费基层病种参考范围的通知》（粤医保发〔2018〕3号）中确定的诊疗技术较为简易、适合基层医疗机构广泛开展的 500 个病种，确定本地基层病种，并制订统一分值，制定适合的基层医疗机构开展的病种。
- 4.加强镇村一体化建设，参保人在村卫生站门诊就医时，医保实时报销，实现小病不出村。
- 5.建立高值医用耗材合理使用办法。

(二) 医共体医保服务管理情况

- 6.纳入医保服务协议管理。
- 7.加强医保基金预算管理，医保基金实行预拨制度，年底及时清算。
- 8.全面推行以按病种分值付费为主的多元复合式医保支付方式。

9.规范异地转诊医保报销比例。参保人因病情需要向县外、市外进行异地转诊时，要按规定办理相关转诊手续。按规定办理相关转诊手续的参保人，可连续计算起付线，不降低相应级别医疗机构政策范围住院支付比例。医保对未经转诊自行到县外、市外就医的参保人，降低相应级别医疗机构政策范围住院支付比例。

10.医共体按国家、省的统一部署，动态调整医疗服务价格。

11.支持医共体在药品采购平台以医共体为单位自行议价。

12.由医共体牵头单位统一按规定及时支付医药生产企业采购费用。

（三）医共体医保绩效评价

13.支持家庭医生签约服务，提高家庭医生签约率。明确乡村医生参与家庭医生签约服务团队，明确乡村医生负责的家庭医生签约服务具体内容和签约服务费用分配。

14.县域内基本医疗保险参保人住院率提升。

15.年度内未发生医保骗保事件。

16.年度内未收到推诿病人的投诉。

17.强化医保绩效评价，并将医共体的绩效评价结果与医保支付挂钩。

公开方式：依申请公开

抄送：省卫生健康委。

广东省医疗保障局

2019年10月31日印发
