

索引号:	11220000MB19566296/2025-01471	分类:	医药服务管理;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2025年07月14日
标题:	关于推进紧密型县域医共体实行医保总额付费管理的通知		
发文字号:	吉医保联〔2025〕13号	发布日期:	2025年07月15日

# 关于推进紧密型县域医共体实行医保总额付费管理的通知

吉医保联〔2025〕13号

各市（州）医疗保障局、卫生健康委、中医药管理局，长白山管委会医疗保障局、卫生健康局、中医药管理局，梅河口市医疗保障局、卫生健康局、中医药管理局：

为贯彻落实《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）和《关于优化基层医疗卫生机构布局建设的指导意见》（国卫基层发〔2025〕2号）精神，促进医疗、医保、医药协同发展与治理，持续优化基层医疗资源配置，构建分级诊疗、合理诊治和有序就医新秩序，推动我省紧密型县域医共体实现高质量发展，现就落实紧密型县域医共体（以下简称医共体）实行医保总额付费管理相关工作通知如下：

## 一、实施范围和程序

（一）申报条件。经卫生健康部门评定，确认为紧密型县域医共体的，可以申报实施医保总额付费管理。

（二）申报流程。由医共体牵头医院报县级卫生健康部门同意后，向县级医保部门提出申请，并附卫生健康部门审核意见及医共体内成员单位委托授权等材料。县级医保部门对申请材料审核后，报送至市（州）级医保部门备案。

（三）协议签订。医共体牵头医院代表全体成员单位与医保经办机构签订医保服务协议，医保经办机构不再与各成员单位分别签订医保服务协议。医保服务协议中应明确医共体总额付费范围、政策、标准等。

## 二、实施医保总额付费管理

（一）统一制定医共体医保付费总额。市（州）级医保部门按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，合理编制医保基金支出预算，执行我省统一的区域点数法总额预算和多元复合式医保支付相关政策。在实行区域总额预算的前提下，以历史数据为依据，综合考量医共体医保基金历史实际支出情况、统筹区参保人医疗服务需求等因素，合理确定医共体年度预算总额。对于当年因政策调整等原因导致医共体医保基金支出增加或减少的，应适当调整预

算。预算总额应根据统筹区实际情况，涵盖城镇职工及城乡居民医保的全口径基金。通过合理控费和加强健康管理实现医保基金支出结余的医共体，不降低下年度总额付费预算指标。对中医医疗机构牵头组建的医共体在总额预算上给予适当倾斜。县域内其他非医共体定点医疗机构继续按原付费方式付费。

（二）统一医共体医疗费用结算方式。对实施医保总额付费管理的医共体内各成员单位发生的医疗费用，医保经办机构与医共体牵头医院统一结算、清算。结算、清算相关流程及政策按全省统一规定执行。

（三）建立医共体“合理结余留用、合理超支分担”机制。严格落实执行我省经办机构与服务机构间“合理结余留用、合理超支分担”的激励和风险分担机制。

（四）强化异地就医医疗费用管理。在实行医共体总额付费的县域内，医共体牵头医院应加强异地就医管理，提升本地医疗服务可及性和质量，保持异地医疗费用占比相对稳定，力争降低。本地异地就医费用占比较上一年度增高的部分，应从医共体付费总额中适当扣减；医共体医疗费用总额在县域内医疗费用总额中的占比变化较大的，应在年终清算中对年初确定的医共体付费总额进行相应调整。

### 三、配套支持政策措施

（一）完善医共体医保支付政策。支持医共体按照上下转诊用药需求，做好县、乡、村用药种类衔接，扩大基层慢性病、常见病药品种类，提升基层用药保障水平。将基层中医适宜技术、门诊辅助检查检验项目纳入医保报销范围，引导群众基层首诊，推动形成合理有序就医秩序。在医共体内实现基层首诊、双向转诊的住院参保人员，起付线按较高等级医疗机构标准确定，不再重复计算。对非急性发作期需长期住院的精神类、护理类、康复类等疾病患者，以及在门诊进行诊治和处方服务（包括普通门诊和门诊慢特病）的患者，依据县域医共体内各成员单位等级，享受差别化待遇报销政策。优先将医共体内有能力开展失能照护服务的牵头医院、乡镇卫生院，纳入长期护理保险定点机构，提高乡村长护险服务供给能力。符合条件的统筹区，对实行医保总额付费管理的医共体可预拨不少于1个月的医保基金，减轻医共体垫资压力。医共体医保结余基金作为医共体业务收入由医共体留用支配，以调动医疗卫生人员积极性。

（二）加强医共体药品耗材统一管理。实行医共体总额付费的县（市）要依托牵头医院建立医共体统一采购账户、统一用药目录、统一采购配送、统一采购价格、统一支付货款的“五统一”采购模式，降低药品和医用耗材采购成本，提高采购效率和质量。医共体牵头医院应严格落实集中带量采购政策，整体进行报量，优先采购使用集采中选产品，提升基层医疗卫生机构中选产品供应保障水平，满足基层患者就医需求。

（三）健全适宜基层的医疗服务价格机制。进一步完善基层医疗服务价格项目，不断完善医疗服务项目价格动态调整机制，优先向促进分级诊疗、体现

基层医疗特色的医疗服务项目倾斜。落实“互联网+”医疗服务项目价格政策，促进互联网诊疗、远程会诊等医疗服务向基层延伸。

#### 四、相关工作要求

（一）加强部门协同联动。各地医保、卫生健康、中医药部门要充分认识医共体总额付费工作对优化医疗资源配置、提升基层医疗服务能力的战略意义。切实加强组织领导，明确部门职责分工，深化协作配合，依托医保数据工作组机制推动数据互通共享。要注重总结实践经验，完善政策措施，同步做好政策宣传引导工作。各地医保部门应结合本地医共体申报实际，研究制定医共体医保总额付费方案，报省级医保部门备案后组织实施，确保2025年10月底前有序启动、稳步推进各项工作。

（二）强化服务管理与风险防控。各级卫生健康、中医药部门要压实行业管理主体责任，加快推进医共体建设，健全内部运行管理机制，规范医疗服务行为，全面提升医共体整体服务能力。各级医保部门要做好医保付费和服务管理，在拟定医保服务协议时，要明确医保部门与医共体在总额付费工作中的权利、责任和义务，规范双方在医保基金管理、医疗服务提供、费用结算等方面的行为。医共体要合理控制发展规模，优化内部结构，将医共体医疗费用总额在全县医疗费用总额中的占比、本地参保人员异地医疗费用占比及医共体内基层医疗机构医疗费用占比保持相对稳定。各部门要同步加强对医共体医疗费用、转外就医、基金使用等情况的动态监测和运行分析，定期收集、整理和分析相关数据，及时掌握医共体运行状况和医保基金使用情况，建立医保基金风险预警机制，采取有效措施防范化解风险，保障医保基金安全稳定运行。

（三）健全考核评价与激励约束机制。各级卫生健康、中医药部门要健全医共体建设监测评价指标体系，推动县域医疗卫生机构形成责任、管理、服务、利益共同体。各地医保部门须切实履行医保基金监管责任，建立权责对等的协议管理规则；完善激励约束机制，将年度考核结果与基金结余留用、质量保证金返还、付费总额确定等直接挂钩，提高医保基金使用效率。

吉林省医疗保障局 吉林省卫生健康委员会 吉林省中医药管理局

2025年7月14日