

连云港市赣榆区医疗保障局

连云港市赣榆区财政局 文件

连云港市赣榆区卫生健康委员会

赣医保〔2025〕1号

关于印发《赣榆区推进紧密型区域医共体 医保支付方式改革工作方案（试行）》的 通知

区各定点医疗机构：

现将《赣榆区推进紧密型区域医共体医保支付方式改革工作方案（试行）》印发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。

附件：赣榆区推进紧密型区域医共体医保支付方式改革工
作方案（试行）



(此页无正文)



赣榆区推进紧密型区域医共体医保支付方式改革工作方案（试行）

为规范医疗保障基金总额预算管理工作，确保医疗保障基金平稳运行，根据《江苏省医疗保障局关于规范医疗保障基金总额管理的实施意见（试行）》（苏医保发〔2021〕66号）、《连云港市基本医疗保险总额控制结算实施方案》（连医保〔2020〕119号）和《连云港市区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）实施办法（试行）》（连医保〔2021〕107号）及《关于加快推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的实施意见》（连卫基层〔2024〕4号）等文件精神，结合我区实际，制定本工作方案。

一、主要目标

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精神，坚持“以人民健康为中心”发展理念，进一步推广三明医改经验，因地制宜加大医保改革力度，以紧密型区域医疗卫生共同体（以下简称医共体）建设为载体，建立健全高效管用的医保支付机制和利益调控机制，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，促进区域医共体各成员单位形成利益共同体，有力促进医疗、医保、医药协同发展和群众医药费用负担得到合理控制，进一步增强人民群众获得感、幸福感、安全感。

二、总体要求

按照“保障基本，稳健运行”“科学合理，公平公正”“全程管理，激励约束”等基本原则和基金预决算制度，实行医共体医保



基金总额预算管理。

(一) 实施统筹基金总额预算。坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则。以医疗保险基金预算收入和定点医疗机构前四年医疗收入为基础，进行科学测算、合理确定。由医保部门会同财政、卫健、税务通过协商谈判方式，确定医保基金预算总额。

(二) 科学测算预算额度。根据确定的医保基金预算总额，合理测算医保各类型预算额度。其中门诊医保基金预算参照精算模型，住院以 DIP 付费为主的多元复合医保支付方式。在 DIP 政策框架范围内，研究制定临床重点专科、中医优势病种付费扶持政策，对适宜基层开展的部分病种，逐步探索不同层级医疗机构同病同付。

(三) 建立激励约束机制。建立“结余留用、合理超支分担”的激励约束机制。充分发挥医共体对提升区域就诊率和医疗服务能力、优化区域内外诊疗结构和医疗费用结构的调节作用，引导分级诊疗。医保基金年度清算出现结余或超支的，在分析原因、厘清责任的基础上，由医疗机构和医保基金按一定比例留用或分担。

(四) 优化决算调整机制。进行医保基金年度决算和清算前要根据收入和费用实际发生情况进行预算调整，医疗保障经办机构应及时提出基金预算总额调整方案，经市医保局、财政、税务部门同意后执行。

三、主要内容

(一) 医共体总额预算范围

医共体预算范围包括职工基本医疗保险(含职工大额医疗费用补助)与城乡居民基本医疗保险，职工基本医疗保险与城乡居



民基本医疗保险分别核算。在区域医保基金预算基础上，将医共体整体作为医保预算单位，合理编制医共体医保基金预算。

1.医共体总额预算外基金

(1) 职工、居民医保大病保险基金配套；

(2) 长期护理保险提取保费；

(3) 风险调剂金。根据基金运行的实际情况，按医共体预算基金总量的 5%提取风险基金。风险基金可用于合理超支分担及特殊情况下出现的超预算支出；

(4) 药品、医用耗材集采结余留用考核资金；

(5) 定点零售药店发生的统筹基金支出，包括国谈药双通道药品基金等；

(6) 生育津贴（含营养费）；

(7) 非医共体医疗机构预算基金。非医共体医疗机构预算基金的确定，以前四年医疗收入为基础，结合医保基金筹资增长系数、国家考核医院医疗费用平均增长幅度指标等因素进行确定；

(8) 急诊家庭病床等基金；

(9) 镇级医疗机构专项考核款。支持乡镇卫生院发展预留居民医保 1%基金作为专项考核。

医共体总额预算外基金由医保经办机构根据各功能板块按照政策规定使用，年底超支部分（非医共体医疗机构预算基金除外）从医共体总额预算基金中扣除。年底结余部分（非医共体医疗机构预算基金除外）由医保、区域医共体运营发展中心考核留用。

2.医共体总额预算基金

(1) 区域内医共体各医疗机构预算基金；



(2) 区域外医疗机构预算基金，包括区外市内、市外及各类手工报销费用。

医共体总额预算基金由医保、区域医共体运营发展中心管理。

(二) 结算管理

医保经办机构对区域医共体各成员单位医保基金结算按照“总额控制、年初预付、月度预结、年终清算”要求，统一结算给医共体牵头医疗机构。

1.实施对象。赣榆区医共体各成员单位。

2.年初预付。医保经办机构以医共体各成员单位上年度 1-11 月份基本医疗保险基金平均月结算额度为基数，1 月底前按规定向医共体牵头医疗机构拨付预付金，资金到账 3 个工作日内，医共体牵头医疗机构统一拨付给各成员单位。

3.月度预结。每月按医保规定的结算办法与标准（包括住院按 DIP 付费等），核定结算金额后，将医共体内各成员单位结算金额汇总拨付给医共体牵头医疗机构。牵头医疗机构将原则上控制在 90%左右的月度结算金额拨付给各成员单位，剩余部分作为月度考核金，在月度考核结束后及时向成员单位拨付，资金拨付原则上不超过 3 个工作日。

4.年终清算。医保经办机构按照规定开展年终清算，结合医保基金运行情况、年初下达的预算总额、区域参保人员在区域医共体内及医共体外就医购药（含区域外就医）实际医保基金支出等，制定清算方案，计算区域医共体年终应结算医保基金，资金拨付流程同上。医保、财政、卫健等部门加强对区域医共体医保基金使用的综合监管，建立区域医共体绩效考核体系，完善结余



留用机制，结余资金作为区域医共体业务收入，健全合理超支分担机制。考核结果与年终医保费用清算、结余留用、合理超支分担和次年总额预算等挂钩。年终清算原则上在次年5月底前完成。

(1) 结余留用。经考核认定，年度目标管理预期实现较好的、当期医保基金实现收支平衡或有结余的，在确保基金安全的前提下，落实结余留用，按规定向医共体牵头医疗机构及时拨付结余留用资金。

(2) 合理超支分担。经考核认定，对实际发生费用超出预算指标5%以内的部分，医保基金按比例分担；5%以上部分，医保基金不予支付。

(三) 相关事项

1. 参保人员基本医疗保险待遇不受此办法调整。

2. 医共体各成员单位具体结算方式按医保部门现行支付政策执行。

3. 国谈药“双通道”单独支付的药品及急诊家庭病床等费用据实结算。

4. 市外定点医疗机构、手工报销的费用实行据实结算。所需费用从医共体预算基金中扣除。

5. 村卫生室结算办法：开通居民医保的村卫生室仅开通门诊统筹医保待遇，但不作为独立结算医疗机构，将村卫生室和其上级乡镇卫生院合并为统一医保结算单位。

6. 定点零售药店由医保经办机构单独结算。

四、监管与服务

(一) 建立健全考核机制。依托信息化手段，建立健全对医疗机构医疗服务质量的指标考核评价体系，促进其不断提高医疗



服务水平。考核指标为制度化管理、费用转嫁、合理住院、医疗服务下沉基层卫生院、区域外基金支出增长控制、平均住院日增长控制服务能力、DIP 管理、参保人员满意度等，具体考核办法另行制定。

（二）建立健全监管机制。强化医疗服务行为监管，营造公平公正的医疗服务氛围。对医疗机构发生的医疗费用开展智能审核，定期检查，交叉互查，重点检查升级病案诊断、重复住院、分解服务过程、乱收费等违规行为。审核与稽查中发现的违规费用在月结算中给予扣除，并在年度清算结余留用、超支分担时体现。

（三）建立预警及信息共享机制。区医保经办机构要完善与医共体牵头单位预警及信息共享机制。及时向医共体提供医保基金分析预警情况。

（四）强化医共体内部管理。医共体内不得推诿病人，不得降低收住院病人的标准，不得无故将医保病人费用进行自费结算，应坚持因病施治的原则，合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，不得人为减少必要的医疗服务而影响医疗质量；不得提供与治疗无关的医疗服务；定点医疗机构应合理控制病人自费的药物、耗材和诊疗项目，不得让参保人员在住院期间自购药品、医用耗材等。

（五）加强宣传指导。坚持正确的舆论导向，不断加强区域医共体医保政策宣传引导和医保业务培训，确保参保人员知晓医保政策，医务人员熟悉各项医保业务流程。积极营造改革氛围，充分调动医护人员参与区域医共体改革的积极性、主动性，形成工作合力，确保改革顺利推进。

