关于进一步完善分级诊疗医疗保障

机制的通知

（征求意见稿）

为全面做实基本医疗保险市级统筹，优化医疗资源配置，提高医保基金使用效益，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，推动“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”分级诊疗格局形成，实现基本医疗保险与分级诊疗制度建设的有效衔接，进一步提高参保人医疗保障水平，根据国家、省、市有关文件精神，现就完善我市分级诊疗医疗保障机制和事项通知如下。

一、推进市县结对帮扶，提升县级及以下医疗机构综合能力。推进医疗卫生“山海”提升工程，以市域内实力较强的三甲综合医院为帮扶主体，重点帮扶县（区）医院，通过“提能力、补短板、强特色”，提升县级医院的急救能力、常见病多发病诊治能力、疾病筛查诊断能力、公共卫生救治和医院管理能力。引导省级医院、城市三级医院定期到县级医院、基层医疗机构开展专家门诊、专家手术、培训带教、联合查房等活动，帮助提升加快发展县医疗卫生人才队伍整体水平。加快推进基层医疗卫生机构标准化提档达标建设，力争3年内乡镇（社区）医疗卫生机构标准化建设达标率达到92%以上，政府（集体）办社区卫生服务站达到90%以上，政府（集体）办村卫生室占比达30%以上，村卫生室规范化率达到85%。（责任单位：市卫健委）

二、加大医保政策倾斜力度，支持基层医疗机构发展。对医疗资源相对薄弱、医保基金结余充裕的地区，适当放宽基层医保定点条件，对于符合条件的乡镇卫生院（社区卫生服务中心），建立绿色通道，给予医保定向倾斜；对于符合条件的政府办紧密型一体化村卫生室（社区卫生服务站），以所在乡镇卫生院（社区卫生服务中心）为名义申报医保定点资格的，报市级经办机构备案后，按规定纳入基本医疗保险定点范围实时结算，并将基层医疗机构医疗巡回车符合规定的费用纳入医保支付范围。鼓励基层医疗卫生机构开具慢病长期处方，不具备开具慢病长期处方相应条件的，可通过远程会诊、互联网复诊等途径在县域医共体（城市医联体）内具备条件的上级医疗机构指导下开具。推进“互联网+”医保支付基层医疗机构全覆盖，优化医保慢性病药品配送平台，探索特殊病种用药网点向县（市）基层医疗机构延伸，着力解决基层医疗机构备药不足问题。（责任单位：市医保局，市卫健委）

三、完善医保差异化支付政策，引导群众在基层医疗机构首诊。根据医疗机构等级不同区分医保报销比例，城乡居民医保住院、门诊报销比例，基层医疗机构与其他医疗机构差距不低于10%。城乡居民医保参保人员在基层医疗机构发生的门诊医疗费，门诊统筹部分不设起付标准。鼓励慢病患者在基层医疗机构就医购药，提高城乡居民参保人员在基层医疗机构慢性病门诊报销比例，医保支付比例不低于60%，其中肺结核基层门诊报销比例不低于70%，探索建立签约家庭医生的慢性病患者上浮门诊报销限额制度。按照国家和省部署要求，推进职工医保个人账户功能转化，完善职工医保门诊保障制度。支持中医药发展，将参保人员到中医医院中医门诊诊疗视同基层医疗机构首诊范围。（责任单位：市医保局，市财政局，市卫健委）

四、完善县市内外转诊机制，推动形成合理的就医秩序。推进城市医联体和紧密型县域医共体建设和发展，以一个县域医共体（城市医联体）为整体，建立健全基层首诊、双向转诊优惠保障制度，对参保人按规定办理市内转诊住院的，转诊前后两次住院视同一次住院收取起付标准，上级医院对下级医院转诊患者建立“绿色通道”，适当预留相应床位优先安排住院；上级医院对下转患者提供跟踪治疗方案，并由下级医疗机构优先安排后续康复医疗及长期护理等服务；经上级医院转诊到下级医院的，报销比例在原基础上适当增加2个百分点。强化转诊报销导向，对市内跨县域就诊的,各地根据疾病分级目录可合理设置县域间的报销比例，调整比例不高于10个百分点，方案报市医保局、市财政局备案；市外就诊的，建立转外就医病种目录，对未按规定自行转外就医的患者，降低报销比例。完善异地安置政策，已按规定办理异地安置手续的参保人员，可按参保地医保待遇执行，对一年内办理异地安置业务2次及以上且已享受异地安置待遇的参保人，取消当年度异地安置待遇；对于本市流动性较强的异地就业新业态参保人员，适当放宽异地安置的就医限制条件。（责任单位：市医保局，市卫健委，市财政局，温医大）

五、深化医保支付方式改革，促进医疗资源合理配置。深化总额控制下的住院按DRGs付费为主的适应不同疾病、不同服务的多元复合式医保支付方式改革。积极探索符合中医药服务特点的支付方式，康复、安宁疗护、长期慢性病等按床日付费及总额预算下门诊按人头包干付费改革等，引导二级及以下医疗机构开展常见病、手术难度不高的疾病治疗，促进医疗资源合理流动。建立全市同质化医疗服务体系，对费用差异不大的病组，通过完善不设差异系数DRG基础病组目录，实现同病同价，促使三级医疗机构收治复杂、疑难病例，形成不同级别医疗机构有序竞争。科学合理编制总额预算指标，鼓励支持医疗机构新项目、新技术开展。健全完善医共体总额预算下医保基金“结余留用、超支分担”机制，充分调动县域医共体参与改革的积极性和能动性，有序上下转诊。（责任单位：市医保局，市财政局，市卫健委）

六、健全医疗服务价格形成机制，强化价格激励引导。逐步完善全市统一的医疗服务价格体系，按照总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位的原则，建立灵敏有度的价格动态调整机制，明确调价的启动条件和约束条件，在做好事前评估的基础上实施调整，科学把握调价窗口，稳定调价预期。进一步理顺不同等级医疗机构的医疗服务项目比价关系，提高体现医务人员技术劳务价值项目价格，拉开不同等级医疗机构之间介入诊疗和部分手术类价格标准，按10%的价格差递减。（责任单位：市医保局，市卫健委）

七、建立医保基金多元化监管机制，筑牢基金安全防线。建立和完善日常巡查、专项检查、飞行检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度，建立医保信用体系与综合监管机制，完善医保智能监控系统，鼓励和支持社会各界参与医保基金监督，依法依规开展基金监管工作，全面规范全市定点医药机构、医保医务人员、参保人员行为。（责任单位：市医保局）

八、运用数字化手段，提高医保管理服务能力。加快医保数字化改造，完善医保与基层医疗机构互动渠道，以数字赋能促进分级诊疗制度落实。指导定点医疗机构及时把握政策要点，做好医保、医疗服务提升，实现医保、医疗双向对接。加强异地就医、转诊等支持分级诊疗政策的经办管理与管控，完善经办服务效率和质量。推进医保管理服务重心下移，做强镇、街医保服务窗口，将医保服务延伸至镇街、村居、合作银行、定点医药机构，打造标准化、规范化、数字化、便利化基层医保服务阵地，构建30分钟医保服务区，实现全市全域同质化医保公共服务，为广大参保人提供优质高效的医保服务。（责任单位：市医保局、市卫健委）

本通知自2022年1月1日起实施，有效期二年。