

盐城市医保支持基层医疗卫生服务发展的实施方案

为贯彻落实《国家医保局 国家发展改革委 国家卫生健康委关于医保支持基层医疗卫生服务发展的指导意见》（医保发〔2026〕7号）等文件精神，按照国家和省关于医保支持基层医疗卫生服务发展重点联系点的工作要求，进一步发挥医保支付杠杆作用，支持提高基层医疗卫生服务能力，促进分级诊疗制度建设，结合我市实际，制定本实施方案。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大及二十届历次全会精神，深入学习贯彻习近平总书记关于健康中国的重要论述和关于医疗保障工作重要指示批示精神，聚焦解决群众基层就医诊疗和医疗保障难点问题，围绕“县级强、乡级活、村级稳、上下联、信息通”目标，以医保支付杠杆撬动基层卫生服务能力提升，推动实现基层医疗卫生机构得发展、参保群众得实惠、医保基金可持续。

二、工作目标

到 2027 年底，医保支持基层医疗卫生服务发展的政策体系基本健全，医保赋能、协同推进紧密型县域数字化医共体运行机制更加完善。实现基本医保参保率 98%以上，推动全市基层医疗

卫生机构医保定点全覆盖，医保基金即时结算覆盖符合条件的全部基层医疗机构，医保基金用于基层医疗卫生机构的支出比例随基层卫生服务质效提高逐步提升。

三、主要举措

（一）完善总额预算与医共体付费机制

1. 科学编制区域总额预算。综合医保筹资水平、资源配置、服务人口等因素，科学编制区域医保基金总额预算，分层编制医疗机构住院区域统筹基金总额。完善区域总额预算编制方法，年度新增医保基金适当向基层倾斜，合理体现对基层医疗卫生机构的支持。

2. 深化紧密型县域医共体总额付费。全面推进医共体医保基金总额预算管理，以医共体为整体预算单位，将县域外就医统筹基金支出纳入总额范围，按现有支付方式做好与医共体的基金结算，执行“结余留用、合理超支分担”激励约束机制。对医共体通过加强健康管理、控制不合理医疗支出等形成的年度基金结余，次年总额指标不作扣减。健全医共体绩效评价体系，注重基层诊疗量、基层医保基金使用占比等指标考核。与医共体牵头医疗机构签订医保管理协议，压实内部管理责任，结余留用资金分配向基层倾斜。

（二）提升基层门诊与住院待遇保障水平

3. 强化门诊就医保障。统一规范门诊慢特病保障范围和水
平。在职职工普通门诊统筹一级及以下、二级、三级医疗机构报

销比例分别为 75%、70%、60%，退休人员报销比例相应提高 5 个百分点。城乡居民医保门诊慢性病在一级、二级、三级医疗机构的报销比例分别为 70%、60%、50%。门诊特殊病待遇保障按同级别医疗机构住院报销比例执行（城乡居民医保参保人员在三级定点医疗机构报销比例 70%）。落实慢性病长期处方政策，慢病患者在基层可单次开具不超过 12 周用药的长期处方，不纳入门诊次均费用、门诊药品次均费用考核。

4. 落实住院差别化待遇。发挥医保杠杆作用，实行“医疗机构等级越低、起付标准越低、报销比例越高”的差异化医保支付机制，住院起付线、报销比例等报销政策向基层倾斜，促进基层首诊、分级诊疗，引导参保人员合理就医。优化转诊待遇政策，对规范转诊的参保患者，向上转诊起付线连续计算，向下转诊不再另设起付线。

（三）推进住院按病种付费与门诊支付方式改革

5. 巩固提升按病种付费质效。按国家和省部署动态优化 DRG 分组方案，遴选慢性病、常见病、康复期等适合基层收治的病种，实行统筹区内不同等级医疗机构同病同付。优化省级及以上临床重点专科扶持政策，设立转外病种、基层特色专科等 DRG 付费激励系数。支持基层开展康复、精神等长期住院服务，纳入按床日付费范围。协同卫健遴选中医优势病种，结合中治率等指标，支持中医服务发展。健全医保数据定向发布机制，将 DRG 运行数据定期推送给基层医疗机构，及时回应基层医疗机

构数据需求。探索医保支付对基层转诊会诊支持政策，建立转诊会诊费用多方合理分担机制。

6. 探索门诊支付方式改革。按省医保局统一部署，学习先行地区门诊支付方式改革试点经验，探索推行门诊按人头付费、APG 等多元支付方式。强化基层门诊支付机制与家庭医生签约服务的政策衔接，探索将签约居民年度门诊统筹基金按人头总额预付给基层医疗机构，推动基层主动做好慢性病患者的健康管理服务。

（四）优化基层价格管理与药品供应保障

7. 推进医疗服务价格协同。按省级统一部署，落实基层一般诊疗费政策，指导基层用好上门服务费、安宁疗护费、家庭病床建床费、互联网诊查费（复诊）及中医、康复类等价格项目，上门服务费由医疗机构自主确定，报医保部门备案。逐步缩小基层与上级医院在护理、影像检查、检验及一、二级手术项目上的价格差距；对换药、注射、输液、采血等均质化服务项目，推进区域内价格协同。建立价格动态调整机制，优先选择技术劳务价值占比 60% 以上的项目开展调整。

8. 提高基层药品供应保障能力。统一医共体用药目录，加快建设医共体中心药房，健全县乡村药品采购、配送、使用一体化管理机制，实现县、乡、村药品目录互通共享。全面推进阳光采购，优先使用国家基药、医保目录内药品、集采药品、国谈药品。依托医共体集中审方系统，推进处方规范流转、用药精准匹

配。推动医共体药品耗材集中采购，扩大集采政策覆盖面，继续开展集采资金打包预付，提高基层医院参与集采积极性，推动基层优先配备使用集采中选药品。

（五）鼓励基层开展家庭医生签约与长期护理服务

9. 支持多元化家庭医生签约服务。推动医保基金与基本公共卫生服务资金协同使用，为拓展签约服务提供资金保障。探索“服务包为载体、个性化管理为特征、综合补偿为支撑”的家庭医生签约服务模式，推出基本服务包、多元个性化服务包，实现不同适用对象的按需定制。基本服务包纳入医保服务项目管理的，按规定做好医保支付；个性化服务包经县级卫生健康部门备案后，由签约居民个人支付。家庭医生签约居民在村卫生室就诊时，普通门诊报销比例提高 5 个百分点。

10. 推动基层机构医养结合转型。发挥长期护理保险牵引作用，鼓励基层医疗机构新建、改扩建长护专区，支持符合条件的基层医疗机构申报成为长期护理保险定点管理或失能等级定点评估机构；充分发挥家庭医生基层服务优势，鼓励参与失能等级评估工作。构建区域龙头医院、基层医疗机构为主“1+N”医养服务体系，推动基层医疗机构向医养结合转型。开展失能等级评估与护理服务培训，逐步提升医疗资源和长期护理保险基金的使用效率，切实满足基层失能人员长期照护服务需求。

（六）提高基金结算效率与医保服务便捷度

11. 加速医保基金结算清算。落实医保基金预付政策，向符

合条件的基层定点机构加大预付力度。推进即时结算向基层扩围,将符合条件的乡镇卫生院、社区卫生服务中心纳入即时结算。实施清算提质增效三年行动,每年3月底前完成上年度清算,推进季度清算等创新模式,可适当降低基层机构医保服务质量保证金比例。

12. 提升基层医保服务便捷度。巩固“市—县—镇—村”四级经办体系,全面使用全省统一的“基层高频事项一平台”,镇级全面配备自助终端设备,加强基层医务人员医保政策培训,实现高频事项“全市通办”,保障基层医保经办服务体系平稳运行。大力推广医保多元便捷支付,推进医保经办“智能办”,依托医保智能体为参保群众和基层医疗卫生机构提供线上智能咨询。

(七) 统筹基层定点全覆盖与数智化监管

13. 实现基层医保定点全覆盖。巩固全市基层医疗机构医保定点全覆盖成果,做好定点医疗机构信息动态维护。遵循“以点带面、稳步推进、全覆盖”要求,实施医疗救助对象定点就医服务管理新模式,建立自主选择、分级定点、专科备案、动态调整工作机制,执行“5+X”定点就医方案,引导困难群众在市、县、镇、村医疗救助定点医疗机构就近便利就医。

14. 数智赋能基层精准监管。立足盐城医保数据赋能中心,系统推进大数据、人工智能等技术在监管领域应用,构建“监测—预警—处置—反馈”闭环机制。在诊疗行为端,通过线上预警、线下核查同步发力,开展基层差异化精准监管,持续规范基层诊

疗服务行为，确保基金安全高效运行。在药品流通端，强化药品追溯码全流程应用，在已建成的药价结算预警系统基础上，进一步拓展数据应用场景，助力医疗机构实时核准药品比价及溯源信息。

四、组织保障

（一）加强组织领导，凝聚部门协同合力

成立由市政府分管领导牵头，医保、卫健等部门负责同志参与的工作专班，建立专项工作推进机制。健全部门协调联动机制，加强数据共享与协同，对预算执行进度、外转诊率、基层就诊占比、基金使用效率等核心指标实行月调度、季分析，实现“三医”协同发展和治理。如遇重大事项或突发情况，及时请示报告，确保信息畅通、响应迅速、处置有力。

（二）健全绩效考核，强化正向激励导向

加强医共体运行数据动态监测，严格落实绩效考核制度，将考核结果与年终清算、结余留用及次年总额预算直接挂钩，形成正向激励闭环。科学测算预付资金及月度拨付额度，结合年度绩效评价结果合理确定拨付比例，对预留的服务质量保证金，按规定兑现奖惩。强化资金拨付规范管理与结算数据动态监测，严控支付风险，在提升结算效率的同时切实保障医保基金安全。

（三）推广典型经验，发挥示范带动效应

持续做好政策宣传，鼓励各地在医养结合、绩效考核、医疗救助等方面先行先试。充分发挥国家医保支持基层医疗卫生服务

发展重点联系点优势，系统梳理各县（市、区）创新做法，提炼可复制典型案例，建立常态化评估机制，不断提升改革精准性和有效性，为全国医保支持基层卫生服务发展贡献盐城方案。

本方案自发布之日起施行，由市医保局、市卫健委负责解释。各县（市、区）医保、卫健部门应结合实际做好推进落实，确保各项政策措施落地见效。