石家庄市医保支持基层医疗卫生服务发展实施方案

为全面贯彻落实《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）、《河北省医保局 省发展和改革委员会 省卫生健康委员会关于医保支持基层医疗卫生服务发展若干措施》（冀医保规〔2026〕4号）文件精神，充分发挥医保政策导向作用和基金杠杆效应，持续推动全市基层医疗卫生服务高质量发展，构建有序分级诊疗格局，结合我市实际，制定本实施方案。

一、工作目标

坚持以基层为重点，以医保支付制度改革为牵引，着力构建布局合理、服务优质、保障有力的基层医疗卫生服务体系。通过优化医保政策、强化服务保障、深化支付改革等措施，推动医保基金向基层倾斜、服务向基层延伸、资源向基层下沉，夯实基层医疗卫生机构群众健康“守门人”和医保基金“守门人”双重职能，持续提升群众就近就医获得感。

二、工作内容

（一）优化医保基金管理，强化基层倾斜保障

1.强化医保基金总额管理。科学合理编制全市医保年度总额预算，加强医保基金预决算审核，定期监测预算执行，强化基金预算刚性约束，保障基本医保基金安全运行。年度新增医保基金原则上要适当向基层倾斜，稳定基层医疗机构运行预期，使医保基金用于基层医疗卫生机构的额度逐年提

高。

2.科学合理制定医共体打包总额。医共体医保基金总额付费，按“县域内+县域外、城乡居民+城镇职工、住院+门诊”口径核定医共体年度基金预算总额。年度内因医保政策调整等合理原因导致医共体支出受影响的，应按程序调整总额指标。医共体通过提升精细化管理水平、提高健康管理服务能力等举措实现当年基金结余的，不作为次年总额指标的调减因素。优化打包预算总额付费调节金。实行“结余留用、合理超支分担”机制，允许医保结余资金纳入医共体医疗服务性收入，由医共体统筹用于健康管护、慢病管理、健康促进及医务人员薪酬提升。压实医共体牵头医院管理责任，做好结余留用工作，在制定内部考核分配办法时，要重点向乡镇卫生院（社区卫生服务中心）、村卫生室倾斜。

3.建立与总额付费挂钩的医共体考核机制。围绕提升基层服务能力、促进分级诊疗实施、提高基金使用效率、降低医共体外转诊率、助推基层医疗卫生服务均等化等方面进行绩效考核,建立考核结果与医共体基金结余留用、超支分担、次年打包总额挂钩机制。

4.优化医保数据发布。建立医共体数据发布专区，发布医保基金县域内外支出率、县域就诊率、县域内基层医疗卫生机构诊疗人次占比、医保基金县域内外支出增长率、基层病种等数据，分析县域外转前十名病种及基金流向，精准赋能医共体发展。

5.提升基金结算效率。完善预付金支付政策，重点优化紧密型县域医共体预付金管理。调整统筹区内医共体外就诊

购药费用预留方式。强化医保经办机构的日常审核，稳步拓展即时结算覆盖面，符合条件的基层定点医疗机构应纳尽纳，优化工作流程，压缩结算时限，结算时长逐步压缩至医疗机构申报后不超过15个工作日，力争实现次月底前拨付到位。实施医保基金清算提质增效三年行动，每年3月底前完成上年度清算。规范基金清算流程，做好面向基层医疗卫生机构的清算工作。对医共体、信用等级高的基层医疗机构，适当降低医保服务质量保证金比例。医保基金支付向精细化管理水平高的医共体倾斜。

（二）深化支付方式改革，引导分级诊疗落地

6.推行基层门诊支付方式改革。在确保基金安全规范使用的基础上，探索开展居民医保门诊统筹和慢性病支付方式改革。加强与家庭医生签约服务政策联动，激励主动开展慢病随访、健康管理。

7.扩大基层病种数量，推动同病同付。动态调整优化按病种付费分组方案，扩大基层病种数量，科学遴选适合基层诊疗的常见病、慢性病、康复期病种作为基层病种，实行区域内不同等级医疗机构同病同付。

8.加大中医优势病种的支付力度。对基层医疗卫生服务机构开展对中医优势病种，分类制定调节系数，特殊中医优势病种支付率明显提高，弥补中医优势治疗合理成本，保障中医服务的稳定供给。

9.完善住院按病种分值付费配套机制。合理确定不同等级、类型医疗机构的支付系数，加大对基层倾斜力度，在现

行基层医疗机构基本系数基础上提高不少于5%。基层医疗机构开展康复、精神等服务，实施按床日付费结算模式。开展半年预清算试点工作。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。

（三）完善医保待遇政策，提升基层就医获得感

10.强化门诊保障力度。职工医保普通门诊统筹起付标准为100元，政策范围内支付比例不低于50%。居民医保门诊统筹主要依托基层医疗卫生机构开展，取消门诊统筹起付线，政策范围内支付比例不低于50%。待遇支付进一步向基层医疗卫生机构倾斜。按照省统一部署，持续推进门诊慢特病病种范围、认定标准规范统一。对符合条件的慢病患者，基层医疗卫生机构可单次开具不超过12周用药的长期处方，长期处方不纳入门诊次均费用、门诊药品次均费用考核。

11.优化住院差别化报销。合理设置不同级别医疗机构住院报销比例，适当提高基层医疗机构报销比例。根据基金支撑能力、群众就医需求、基层医疗服务能力，合理确定基层医疗卫生机构住院起付线。探索医共体内、外经基层医疗卫生机构逐级转诊的参保患者，在上级医院住院起付线可连续计算，由上级医院下转至基层医疗卫生机构的住院患者同一疾病周期内不再另设起付线。

12.扩大基层医保定点覆盖。合理规划医保定点医药机构资源配置，及时将符合条件的基层医疗卫生机构全部纳入医保定点管理。医疗保障部门要推进医保定点业务办理子系统在医保定点村级卫生室推广应用，探索医保无线专网新技术应用，高效开展日常医保结算及一站式综合结算服务。落实

困难群众就医服务管理要求，原则上每个街道（乡镇）选取1个社区卫生服务中心（乡镇卫生院）作为推荐医疗救助定点医疗机构，医保定点的村卫生室均作为推荐的医疗救助定点医疗机构，实现医疗救助一站式直接结算。

卫生健康部门要加强基层医疗卫生机构信息化标准化建设，加强基层村卫生室建设和乡村医生的管理，提高村卫生室的就医条件和诊疗能力，督促乡村医生主动使用医保结算。

（四）加强药品供应保障,确保基层用药安全

13.建立健全“县、乡、村一体”的用药衔接联动机制。适度放宽乡村两级用药品种和数量限制。依托医共体牵头医院,加快建设中心药房，健全医共体内药品“采购、配送、使用”一体化管理机制，实现县乡村处方规范流转、用药需求精准匹配。医共体内基层医疗卫生机构与牵头医院用药目录统一，纳入乡村一体化管理、配备执业（助理）医师的村卫生室与乡镇卫生院用药目录统一。

14.进一步扩大集采政策覆盖面。加大药品集采政策宣传力度，积极鼓励引导支持基层医疗卫生机构优先配备使用集采中选药品，不断扩大常见病、慢性病等药品采购、配备、使用范围，让医药领域红利惠及更多患者。按照省级“医保药品云平台”建设进度，依托医保信息平台和医保医药供应链体系，更好满足群众和基层医疗卫生机构急需使用药品的查询、配备等需求。卫生健康部门建立基层紧缺药品登记反馈制度，加强监测调度。医疗保障部门对供应不及时的企业通过督导、约谈等方式确保集采药品及时配送。

（五）优化价格与服务管理，激发基层服务活力

15.规范基层医疗服务价格项目。鼓励基层医疗卫生机构规范使用上门服务费、安宁疗护费、家庭病床建床费、互联网诊查费(复诊)以及中医、康复类等价格项目,上门服务费由医疗机构自主制定,报同级医保部门备案。做好基层医疗卫生机构收费政策解读和业务指导,确保医疗机构准确理解、规范执行各项收费标准。

16.优化基层医疗卫生机构价格管理。落实基层医疗卫生机构一般诊疗费政策，一般诊疗费原则上10元左右。在年度医疗服务价格动态调整工作中，结合我市实际，合理调整价格水平。在立项指南落地过程中，分类优化基层价格体系，合理缩小各级医疗机构间一、二级手术及护理、影像检查、检验等价格项目的价格差异；推进换药、注射、输液、采血等项目区域内价格相对协同。

（六）提升基层业务能力，增强基层服务水平

17.丰富和拓展医保智能体场景应用。按照省局安排部署，加快个人医保云建设、持续优化和拓展“冀保宝”知识问答、AI健康分析报告人工智能场景应用，为参保群众和基层医疗卫生机构提供24小时线上智能咨询服务。支持各级医保部门通过医保能力提升补助等资金，为基层经办站点和基层医疗卫生机构配备医保综合服务等终端设备，推进基层医疗卫生机构刷脸支付，提升基层医保经办便民服务水平。

18.加大培训和指导力度。县级医保部门会同卫健部门，加强对医共体、基层医疗卫生机构和医务人员医保政策业务培训和指导，不断提升医共体、基层医疗卫生机构医疗保障

服务能力。常态化开展医共体、DIP 使用规则、门诊统筹、住院报销、价格标准、待遇政策等政策培训，通过多种形式提升基层医疗人员政策理解和执行能力。

19.鼓励基层医疗机构提供长护服务。根据失能人口、服务半径等合理编制区域定点长护服务机构资源配置规划。支持盘活用好基层医疗卫生资源，实施长期护理服务供给能力提升项目，鼓励有条件的基层医疗卫生机构依规申请纳入长期护理保险定点管理，因地制宜开展护理服务。纳入长期护理保险定点管理的乡镇卫生院，可按规定将符合条件的乡村一体化管理的村卫生室作为提供居家护理和社区护理服务的延伸网点。

20.支持基层开展多元化家庭医生签约服务。支持基层医疗卫生机构拓展家庭医生签约服务内容，国家规定的家庭医生签约服务基本服务包，其签约服务费由基本公共卫生服务资金、医保基金和个人付费部分按要求共同支付。家庭医生签约服务与一般诊疗费挂钩，家庭医生按照协议对门诊就医的城乡居民基本医疗保险参保人员发生的一般诊疗费由城乡居民基本医疗保险基金按照一般诊疗费支付标准据实支付家庭医生签约服务费，参保居民免收一般诊疗费、门诊诊查费、注射费。家庭医生签约服务费按照每参保人每年 20 元的限额支付。落实一般诊疗费政策后，家庭医生签约服务费不再重复支付。基本服务包中纳入医保服务项目管理的，按规定做好编码管理和医保支付。个性化服务包由签约基层医疗卫生机构按程序向县级卫生健康部门备案，费用由个人支付。

三、加强组织保障，落实工作责任

（一）加强组织领导。建立医保支持基层医疗卫生服务发展工作协调机制，由市医疗保障部门牵头，卫生健康、发改等部门共同参与，统筹推进各项政策措施落地落实。各相关部门按照职责分工，加强协同配合，形成工作合力。各县（市、区）要参照建立协调机制，主要负责人亲自抓，明确分管领导和具体责任人，形成市县（市、区）联动、分级负责的工作格局，确保各项任务有序推进。

（二）压实部门责任。医疗保障部门负责统筹医保政策制定和基金管理，卫生健康部门负责基层医疗卫生服务能力建设和行业监管，定期进行沟通会商，及时研究解决工作推进中的重大问题。加强医保、医疗、医药政策衔接，形成政策合力。

（三）加强监测评估。建立健全工作进展监测和效果评估机制，加强对基层医保基金使用绩效、基层医疗服务能力提升、分级诊疗成效的监测分析，用好医保支付政策和结余留用资金。组织开展阶段性评估，及时总结推广各地好的经验做法。对工作推进不力、政策落实不到位的县（市、区），相关部门加强督促指导，限期整改落实。

（四）做好宣传引导。充分利用各类媒体平台，加大对医保支持基层医疗卫生服务发展政策的宣传解读力度，合理引导群众预期；注重发掘和宣传基层典型经验，营造关心支持基层医疗卫生事业发展的良好氛围。