

济宁市医疗保障局
济宁市民政局
济宁市财政局
济宁市卫生健康委员会
济宁市乡村振兴局

文件

济医保发〔2023〕5号

关于转发鲁医保发〔2023〕13号文件
提升基层医疗卫生机构医疗保障服务水平
若干措施的通知

各县（市、区）医疗保障局、民政局、财政局、卫生健康局、乡村振兴局，济宁高新区人力资源部、济宁高新区城乡统筹发展局、太白湖新区社会保障事业服务中心、太白湖新区农业农村事务部、济宁经济技术开发区人力资源和社会保障服务中心、济宁经开区乡村振兴工作办公室，兖矿能源集团股份有限公司人力资源服务中心：

现将省医保局、省民政厅、省财政厅、省卫生健康委员会、省乡村振兴局《关于提升基层医疗卫生机构医疗保障服务水平的若干措施》（鲁医保发〔2023〕13号）转发给你们，结合我市实际，提出以下意见，请一并贯彻执行。

一、提高基层医疗卫生机构报销比例，减轻群众就医负担。提高基层医疗卫生机构居民医保住院待遇，政策范围内住院医疗费用报销比例提高到85%；基层医疗卫生机构规范化管理的高血压、糖尿病患者，无需复核或检查，整体纳入城乡居民“两病”专项保障范围，报销比例提高到70%。

二、稳步推进居民长期护理保险试点工作，扩大受益面在2022年6个县（市、区）试点的基础上，扩大居民长期护理保险试点范围，2023年底前实现居民长期护理保险试点全覆盖。

三、深化基层医疗卫生机构医保支付方式改革，助推分级诊疗。进一步完善总额预算管理，实施区域总额预算代替单个医疗机构的总额预算，逐步提高县域内医保基金用于基层医疗卫生机构的比例。稳步推进医保支付方式改革，将符合条件的基层医疗卫生机构纳入DIP支付方式改革，根据医保基金承受能力和基层医疗卫生机构服务水平，对县域医疗服务次中心、社区医院和达到国家“优质服务基层行”推荐标准的乡镇卫生院（社区卫生服务中心）给予政策倾斜。结合基层医疗卫生机构的诊疗现状，将常见病、多发病纳入DIP基层病种范围，推行同城同病同价，助推分级诊疗，引导医疗资源有序下沉。

四、强化基层药品供应保障，更好满足群众用药需求。

探索推进集采药品进乡村卫生室（纳入一体化管理的村卫生室），落实集采结余留用、医保基金与医药企业直接结算等配套政策，调动各方参与集采改革的积极性。

五、完善医疗服务价格调整机制，统筹支持基层医疗卫生机构发展。实施医疗服务价格动态调整时，加大对基层医疗卫生机构开展医疗服务项目的支持力度，优先调整成本和价格明显偏离的项目，适时调整基层医疗卫生机构一般诊疗费。对功能疗效明显、特色优势突出但无收费项目的中医等基层适宜技术，符合条件的实行“绿色通道”及时受理申报和新增，并将符合条件的按程序纳入医保基金支付范围。

附件：关于提升基层医疗卫生机构医疗保障服务水平的
若干措施



济宁市医疗保障局



济宁市民政局



济宁市财政局



济宁市卫生健康委员会



济宁市乡村振兴局

（济宁市扶贫开发办公室代章）

2023年4月27日

（此件主动公开）

附件：

山东省医疗保障局
山东省民政厅
山东省财政厅文件
山东省卫生健康委员会
山东省乡村振兴局

鲁医保发〔2023〕13号

关于提升基层医疗卫生机构医疗保障服务水平的
若干措施

各市医疗保障局、民政局、财政局、卫生健康委、乡村振兴局：

为深入学习贯彻党的二十大精神，落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《中共中央 国务院关于做好2023年全面推进乡村振兴重点工作的意见》及省委农村工作会议部署要求，发挥医保政策的激励引导作用，提升基层医疗卫生机构（包括乡镇卫生院、社区卫生服务机构和纳入乡镇卫生院一

体化管理的村卫生室，下同）医疗保障服务水平，引导医疗卫生工作重心下移、资源下沉，推动建立健康“守门人”制度，巩固脱贫攻坚成果，促进医保、医疗、医药协同发展和治理，切实增强群众获得感、幸福感和安全感，结合我省工作实际，现提出如下措施：

一、巩固“基本医疗有保障”成果，助力乡村振兴

进一步完善分级诊疗制度，引导参保群众到基层就近就医，合理使用医疗卫生资源。落实基层首诊、双向转诊，对医共体内符合规定的转诊住院患者可以连续计算起付线。基层医疗卫生机构因患者病情需要开具医保目录外药品的，须事先征得患者同意，减轻参保群众尤其是特困人员、低保对象等困难群众的就医负担。落实重特大疾病医疗保险和救助制度，对特困人员、低保对象、低保边缘家庭、防止返贫监测帮扶对象等困难群众实施分类救助，在定点医药机构发生的住院费用、门诊慢特病费用，经基本医保、大病保险等报销后，政策范围内个人自付部分以及基本医保、大病保险起付线以下和最高支付限额以上的政策范围内费用，全部纳入医疗救助范围。建立高额医疗费用支出预警监测和救助机制，确保基本医疗有保障，不因罹患大病影响基本生活，坚决守住不发生规模性返贫的底线。

二、提高基层医疗卫生机构报销比例，减轻群众就医负担

提高基层医疗卫生机构住院医保待遇，政策范围内居民医保报销比例不低于85%，有条件的地方可提高到90%。基层医疗卫生机构规范化管理的高血压、糖尿病患者，无需复核或检查，

整体纳入城乡居民“两病”专项保障范围，报销比例提高到 70% 左右。到 2025 年，基层医疗卫生机构城乡居民普通门诊政策范围内医保报销比例达到 60% 左右，门诊慢特病政策范围内医保报销比例平均达到 65%，有条件的地方可取消基层医疗卫生机构普通门诊统筹起付线，进一步减轻基层群众看病就医负担。落实医保基金、基本公共卫生服务费和签约居民对家庭医生签约服务费分担支持责任，促进基层医防融合。

三、加快长期护理保险制度建设，将城乡居民纳入保障范围

稳步推进居民长期护理保险试点工作，持续做好职工长期护理保险，2023 年底全省长期护理保险覆盖 40% 以上的基本医保参保人员，2025 年长期护理保险制度实现全省职工和居民全覆盖。做好医疗机构“专护”、养老院和护理院“院护”、居家护理“家护”长期护理待遇支付工作，研究落实异地长期居住人员长期护理保险待遇的政策措施，不断扩大长期护理保险制度受益面。根据长期护理保险资金收支情况，适度提高居民长期护理待遇支付标准，进一步减轻失能人员费用负担。落实国家长期护理保险失能等级评估标准，完善商业保险机构委托承办及考核，推动长期护理保险稳健运行，助力医养健康产业发展。

四、深化基层医疗卫生机构医保支付方式改革，提高医保基金使用效能

进一步完善总额预算管理，鼓励以区域总额预算代替单个医疗机构的总额预算，合理提高基层医疗卫生机构的总额预算指标，年度新增医保基金重点向基层医疗卫生机构倾斜，逐步提高

县域内医保基金用于基层医疗卫生机构的比例，与基层医疗卫生机构功能定位、承担任务和诊疗量占比相匹配。稳步推进医保支付方式改革，将符合条件的基层医疗卫生机构纳入 DRG/DIP 支付方式改革，鼓励各地根据医保基金承受能力和基层医疗卫生机构服务水平，对县域医疗服务次中心、社区医院和达到国家“优质服务基层行”推荐标准的乡镇卫生院（社区卫生服务中心）给予政策倾斜。结合基层医疗卫生机构的诊疗现状，逐步将常见病、多发病纳入 DRG/DIP 基层病组（种）范围，推行同城同病同价，助推分级诊疗，引导医疗资源有序下沉。鼓励引导符合条件的基层医疗卫生机构开展中医优势病种、中医日间医疗等诊疗服务。支持紧密型县域医共体建设，实行医保基金总额付费，加强监督考核，完善结余留用、合理超支分担机制。支持基层医疗卫生机构开展普通门诊统筹和门诊慢特病医保定点签约服务，鼓励实行按人头付费，对服务质量高、医保基金使用规范的，可适度提高医保结算标准。

五、强化基层药品供应保障，更好满足群众用药需求

推进县域医共体中心药房建设，建立统一用药目录、统一药学服务、统一药品使用监测、统一药品采购、统一药品储备“五统一”机制，优化基本药物配备使用政策，压实牵头单位主体责任，促进县域内上下级医疗机构用药衔接，提升基层药品供应保障能力，2023 年底前实现紧密型县域医共体中心药房全覆盖。加强集采全流程监管，提升基层集采药品供应保障水平，完善惩处约束机制，以信息化、精细化管理促进集中带量采购常态化制

度化。鼓励各地开展集采药品进乡村卫生室活动，支持集采结余留用、医保基金与医药企业直接结算等政策配套，调动各方参与集采改革的积极性。

六、完善医疗服务价格调整机制，统筹支持基层医疗卫生机构发展

各地实施医疗服务价格动态调整时，要加大对基层医疗卫生机构开展医疗服务项目的支持力度，尤其对成本和价格明显偏离的项目要优先调整，有条件的地方可提高基层医疗卫生机构一般诊疗费。对功能疗效明显、特色优势突出但无收费项目的中医等基层适宜技术，符合条件的实行“绿色通道”及时受理申报和新增，并将符合条件的按程序纳入医保基金支付范围。医疗服务价格改革试点城市要探索适合基层医疗卫生机构发展的价格支持政策，力争形成可复制、可推广的经验。

七、加强医保基金智能监管稽核，强化基金使用规范性

推动提升基层医疗卫生机构医保信息化水平，强化部门、专业协同，以信息化规范基层医疗卫生机构的诊疗行为、疾病信息和费用上传报销，不断完善医保信息查询、医保经办审核结算功能，减轻基层负担。进一步完善智能监控系统，加快智能监控向服务人口较多、医保基金达到一定规模的基层医疗卫生机构延伸，2023年年底，实现一级及以上定点医疗机构全覆盖；拓展视频监控、智能识别等功能应用，推动基层医疗卫生机构医保费用审核向事前提醒、事中预警、事后审核、稽核检查全过程智能监控转变，不断提高基层医疗卫生机构医保基金使用的规范性。

八、完善医保支付政策，促进互联网+医疗健康发展

将符合条件的互联网诊疗服务纳入医保支付范围，助力构建远程会诊、预约转诊、互联网复诊、远程检查等基层远程医疗服务体系，推广推动人工智能辅助诊断在基层医疗卫生机构配置应用。及时将具备定点条件的基层医疗卫生机构提供的“互联网+”医疗服务纳入协议定点管理。

九、强化医保数字赋能，提升基层医疗卫生机构医保信息化保障水平

依托全省统一的医疗保障信息平台，推进定点医药机构动态管理系统落地应用，实现基层医疗卫生机构定点协议全流程电子化管理。探索基层医疗卫生机构协议管理与联网结算、信用评价、基金监管、绩效评估等业务联动，提升基层医疗卫生机构协议管理规范、精细化水平。深化推进医保电子凭证在基层医疗卫生机构的全流程应用，支持医保电子凭证在身份核验、医保结算等业务场景应用，医保电子凭证结算的费用占比逐步提高。加快推进医保电子处方在基层医疗卫生机构的落地应用，实现符合条件的基层医疗卫生机构与零售药店之间处方顺畅流转，提高群众就近就医购药结算的便捷性、安全性。

十、提升基层医保服务便捷度，提高群众满意率

将符合条件的基层医疗卫生机构全部纳入医保联网结算系统，实现省内跨统筹区、跨省“一站式”结算。优化简化门诊慢特病认定和经办流程，落实高血压、糖尿病等慢性病患者长处方政策。推动乡镇卫生院与县级医院用药目录衔接统一、处方自由

流动，支持患者在二级及以上医疗机构就诊后，在有条件的基层医疗卫生机构开具处方购药，按基层医疗卫生机构支付比例进行报销。支持推进基层医疗卫生机构实现基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”结算，提升看病就医报销便捷度。各级医保经办机构要加强日常管理和服務，做好统筹基金費用审核，确保基金及时规范支出，原则上医保经办机构自收到医疗机构費用结算申请 30 个工作日内完成費用拨付，避免要求基层医疗卫生机构集中申请或限制年度内结算申请时间、次数等，减轻基层医疗卫生机构垫付压力。

十一、加强基层医保服务站点建设，织紧织密医疗保障服务网

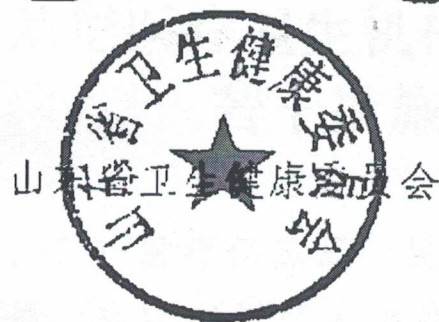
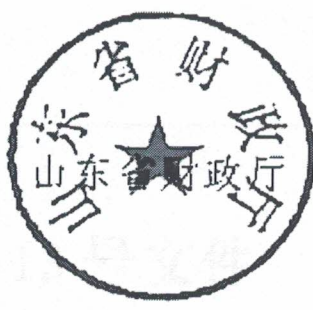
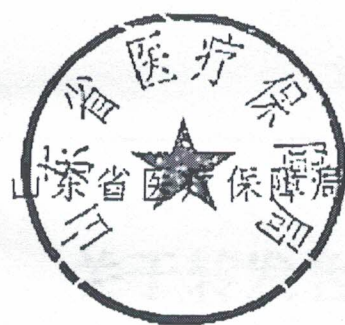
在具备条件的基层医疗卫生机构、金融网点等设立医保服务工作站（点），为群众提供政策咨询、参保缴费、零星报销等帮办代办服务，2023 年底全省建成基层医保服务工作站（点）3.5 万家，基本实现省市县乡村五级医保服务网络全覆盖。打造一批标准化医保服务工作站（点），发挥典型示范引领作用，让高质量医保服务走进基层群众家门。开展“医保干部进基层”活动，充分发挥基层医疗卫生机构作为医保服务站（点）的作用，定期收集医保经办服务领域的民情民意，摸清摸准基层落实医保政策存在的问题和困难，促进基层医保经办水平全面提升。

十二、强化基层人员培训，筑牢基层工作基础

健全基层医务人员基本业务知识培训考核机制，提升基层诊疗服务水平。加强对基层医务人员的医保政策业务培训，提升基层医疗卫生机构在医保日常管理、費用结算、窗口服务等方面的

能力水平。开展“医保政策进万家”活动，实施“医保明白人”培育工程，在基层群众身边培育一批“一口清”“问不倒”的明白人。深入推进医保知识宣讲进机关、进企业、进社区、进学校，变“被动咨询”为“上门服务”。全省评选优秀医保医师、医保先进科室及个人向基层医疗卫生机构倾斜，原则上，基层医疗卫生机构占比不低于20%，激发基层医疗卫生机构医保管理服务积极性，提升基层医疗保障服务水平。

各相关部门要加强协调配合，强化政策落实调研评估，及时研究解决工作中的困难和问题，形成工作合力。各市要结合实际制定具体落实措施，报省医保局备案后启动实施。



(此件主动公开)

