

晋城市医疗保障局

晋城市财政局文件

晋城市卫生健康委员会

晋市医保发〔2026〕9号

晋城市医疗保障局

晋城市财政局

晋城市卫生健康委员会

关于印发《晋城市县级医疗集团医保总额付费
实施方案》的通知

各县（市、区）医保局、财政局、卫体局，各直属事业单位：

为贯彻落实国家、省深化医改决策部署，扎实推进医疗卫生强基工程，促进基层医疗机构由“疾病治疗”向“健康管

理”转型，结合我市实际，制定《晋城市县级医疗集团医保总额付费实施方案》。现印发给你们，请认真遵照执行。



晋城市医疗保障局



晋城市财政局



晋城市卫生健康委员会

2026年5月28日

（此件主动公开）

晋城市县级医疗集团医保总额付费实施方案

为深入贯彻《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》、国家卫健委等 10 部门《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》《国家医保局 发改委 卫健委关于医保支持基层医疗卫生服务发展的指导意见》《山西省学习推广三明医改经验深化医药卫生体制改革近期重点工作任务》等文件精神，充分发挥医保基金杠杆调节作用，完善多元复合式医保支付机制，持续支持基层医疗卫生服务发展，推动县级医疗集团建设提质增效，结合我市实际，制定本实施方案。

一、指导思想

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，坚持“以人民健康为中心”发展理念，深入学习三明市、安阳市医改经验，以县级医疗集团为载体，以医保总额付费为切入点，着力强基层、固基础、保基本，充分发挥医保基金在医疗卫生健康事业中的基础性、导向性、杠杆性作用，支持基层医疗机构控成本、提能力、增质效，夯实其群众健康和医保基金“守门人”作用，创新卫生健康运行机制和服务模式，推进医疗资源下沉，构建分级诊疗、合理诊治新秩序，持续增强群众的就医获得感、幸福感和安全感。

二、工作目标

（一）推进总额付费改革，促进内涵式发展。遵循“总额预算、钱随人走；结余留用、超支分担；按月拨付、年终清算；强化考核、奖惩并举”的原则，构建精细化医保支付体系，健全利益调控机制，引导医疗资源合理配置和患者有序就医。通过激励基层机构作用发挥、提升医疗机构自我管理积极性，推动医院从以收入为中心转变为以成本为中心，从规模扩张转向内涵式发展，从“疾病治疗”向“健康管理”转型。实现医保基金安全、医疗机构可持续发展、群众“少生病、少花钱、看好病”的多方共赢。

（二）推进医疗资源共享，促进医疗服务协同。建立医学影像、临床检验、转诊会诊等共享中心，实现检查检验结果互认，推动区域资源共享与服务协同，提升基层服务能力。医疗集团内基层医疗机构住院患者到上级机构开展的检查、检验及远程诊疗费用，可按基层医疗机构标准报销。

（三）推进分级诊疗落地，引导群众有序就医。明确县级医疗集团牵头医院与成员单位功能定位，在现有管理框架下，完善基层首诊、双向转诊制度，畅通上下转诊绿色通道，建立系统的医疗健康服务模式，引导群众有序就医。

（四）建立多方协同机制，保障改革平稳推进。构建医保、财政、卫健、医疗集团多方沟通协调机制，明确各方责任

边界，平衡控费目标与医疗质量安全，确保基金可持续、财政可承受、群众得实惠。

三、实施范围

城区、泽州县、高平市、阳城县、陵川县、沁水县六县（市、区）医疗集团。

2026 年覆盖不少于 50%的县级医疗集团（城区、高平市、陵川县等），制定全市统一运行实施方案及配套措施，确保改革全面落地；2027 年六县（市、区）医疗集团总额付费全覆盖，完善与发展相适应的付费改革动态调整机制，优化基金运行效率，建立可持续的医保总额付费长效体系。

四、实施办法

（一）总额付费项目

县级医疗集团总额付费项目涵盖年度内本县域参保人员在本地及异地发生的门诊（含门诊统筹、慢特病、特药、居民“两病”、处方流转药店购药）、住院、家庭医生签约服务费等所有应由医保统筹基金（含居民大病保险）支付的费用。不含职工个人账户基金、职工大额医疗费用补助资金和生育保险基金支出。医疗救助费用不纳入总额付费范围，由医疗救助基金单独核算结算，执行国家及省市相关救助政策。

（二）总额付费预算额度

1. 县级医疗集团。按照“以收定支、收支平衡、略有结

余”的原则以及基金预决算规定，科学合理确定医疗集团职工和城乡居民医保年度基金预算总额。以上年度职工和城乡居民医保统筹基金实际支出额为基数，结合近三年基金运行情况（按 6: 3: 1 的权重加权平均），综合考虑年度基金筹集额、增长率、全市 GDP 增长率等因素，确定职工和城乡居民医保基金总额付费预算额度。

2. 其他定点医药机构。

（1）支付方式。县级医疗集团外的本市其他医保定点医药机构，按照“存量固定、增量约束、减量激励”的原则，实施区域总额预算下的分类管理。住院类二级以上医疗机构按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费，精神专科医疗机构按床日付费，其他医疗机构在总额预算下按项目或“双控双奖”付费；门诊类医药机构逐步推进按门诊病例分组 (APG) 付费、人头付费等支付方式。

（2）资金来源。参保人在本县（市、区）医疗集团外的其他医药机构就医购药发生的应由医保基金支付的费用，从该县（市、区）医疗集团总额付费预算基金中列支。

（三）医保基金结算及清算

1. 执行时间。总额付费按自然年度核算执行，即每年 1 月 1 日至 12 月 31 日。

2. 年初预拨。按照医疗集团上年度医保基金月均支出数为

基数，每年 1 月份预付一个月左右的资金，支持基层医疗机构运行。

3. 月度结算。县（市、区）医保经办机构每月月底前支付医疗集团上月资金。对医疗集团所辖医疗机构月度结算仍按 DRG 付费、床日付费、项目付费等现行医保支付方式拨付。

4. 年终清算。年终清算时，先按照 DRG、APG 等付费方式独立结算医保费用，待完成相关费用清算后，再对县医疗集团进行费用清算。用医疗集团年初确定的总额付费预算额减去辖区参保人员实际使用的医保基金，计算医疗集团基金结余留用或超支分担额度，然后根据协议和考核结果进行清算，确定年终基金结余留用或超支分担额。

5. 动态调整。建立总额预算年度中期评估机制，每年 9 月由市医保局组织对各县（市、区）基金运行情况进行评估，对因政策调整、重大公共卫生事件等客观因素导致基金支出出现重大偏差的，可按程序调整年度总额预算额度。医疗集团通过精细化管理、强化健康管理服务等实现当年基金结余的，年度基金结余不作为次年总额指标调减依据，次年总额预算维持合理水平，确保改革激励持续有效。

6. 风险预警。当医保基金累计结余低于 6 个月支付水平时启动黄色预警，医疗集团需制定成本管控专项方案；低于 3 个月支付水平时启动红色预警，暂停非必要医疗服务项目支出，

医保部门同步调整支付政策，优先通过内部挖潜化解风险，财政仅在风险储备金与省级调剂金全部耗尽后承担最后托底责任。

（四）考核与监管

1. 建立完善考核机制

以促进“分级诊疗、服务下沉、健康管理”为目标，围绕健康成效、基金效能、内部运行、执行力与满意度四个维度合理设置考核指标，将考核结果与医保费用年度清算挂钩。

（附：《县级医疗集团绩效考核评价表》）

2. 明确基金监管重点

基金监管方向由事后监管向事前、事中预警转变，监管重点由过度治疗、检查、用药，向推诿患者、治疗不足、减少服务转变，由费用管控向健康绩效转变。建立首诊拒转、推诿患者监测机制，将首诊负责制落实情况、转诊规范率、患者服务投诉率纳入重点监管范围，对查实的推诿患者行为，按该患者年度内在本医疗集团外发生的医保基金支付金额的2倍扣减年度结算资金。建立异地就医费用协查机制，医保部门按月向医疗集团推送异地就医明细数据，县级医疗集团可对辖区参保人员异地就医费用进行跟踪监控，对查实的违规费用在年终清算时予以核减。

3. 医疗质量跟踪监督

卫健部门定期组织临床专家对医疗集团出院病例进行随机抽查，重点检查是否存在必要服务缩减、高值药品耗材限制使用等问题，抽查结果与年终考核直接挂钩。

4. 费用数据信息共享

加强医保信息化投入，搭建医保部门与县级医疗集团数据互通平台，实现县域外就诊信息、费用数据实时共享，授权医疗集团参与辖区参保人员在医疗集团外相关医药机构的费用监管和健康跟踪服务。以信息化赋能总额预算、医保清算、数据监测、基金监管等，提高基金使用安全性。

（五）结余与超支管理

建立“结余留用、合理超支分担”的责任共担机制。

1. 结余留用。总额付费基金结余 70%直接留用，剩余 30%按考核结果确定留用比例：考核分值 95 分及以上全额留用，85 分（含）以上 95 分以下留用 80%，60 分（含）以上 85 分以下留用 60%，60 分以下不予留用。结余留用的医保基金纳入医疗集团医疗服务性收入，医疗集团内县、乡、村三级医疗机构按以下比例分配：县域内基层医疗卫生机构医保基金住院支出占比排名前 50%的县（市、区），采用 5: 3: 2 分配比例（县级 50%、乡镇 30%、村 20%）；其余县（市、区），采用 6: 3: 1 分配比例（县级 60%、乡镇 30%、村 10%）。

结余资金使用原则：结余资金依据国家“两个允许”政策

规定用于人员奖励、医防融合和医院发展等。结余资金用于医防融合的比例原则上不低于 20%，优先用于家庭医生签约服务、重点人群健康管理、基层医务人员能力提升等领域。医疗集团在遵循县乡村固定分配比例基础上，可自主调整内部绩效考核方案与资金分配细则。

结余资金监管机制：医疗集团需单独设立结余资金使用台账，结余资金未达到医防融合投入比例的，直接扣减 30%调节性结余资金的留用资格。同时，将“基层医务人员收入增长率”纳入结余资金使用效果评价，要求基层医务人员收入增长率不低于县级医院医务人员平均增长率，低于平均增长率的，扣减下年度结余留用比例 5 个百分点。

2. 合理超支认定：以下情形导致的基金超支认定为合理超支：1. 国家或省市医保政策重大调整；2. 医疗服务价格统一上调（同比平均超 3%）；3. 重大公共卫生事件、自然灾害等不可抗力因素；4. 辖区人口大规模流动（同比超 5%）；5. 重大疾病谱变化（某种疾病发病率同比上升超 20%）；6. 经市医保、卫健部门认定的其他特殊情形。医疗集团对认定为非合理超支有异议的，可向市医保局申请复核，复核由第三方专家参与（临床专家比例不低于 50%），复核结果为最终认定依据。

3. 超支分担：合理超支部分由医疗集团承担 50%，医保基金分担 50%。医保基金分担部分从风险储备金中列支，最高不超过

当年风险储备金。非合理超支部分由医疗集团全额承担。

五、保障措施

（一）强化组织领导。市医保、财政、卫健等部门建立全市县级医疗集团医保基金总额付费工作机制，统筹领导、监督跟踪、协同推进县级医疗集团总额付费工作。县级层面对应建立工作专班，具体负责辖区内总额付费改革的组织实施、日常监管、考核评估和争议协调，确保各项改革任务落地见效。建立季度联席会议制度，医保、财政、卫健、医疗集团定期召开联席会议，及时通报改革进展，协调解决问题，动态调整政策。

（二）强化责任分担。总额付费基金管理严格衔接医保省级统筹要求，基金统收统支、核算规则、缺口分担等按照省级统筹相关规定执行。按照基金统收统支、分县记账负责、缺口合理分担的原则，建立基金超支分担机制。2026年起，各县（市、区）基本医疗保险总额付费基金累计结余部分，20%划入全市医保风险储备金，80%划入县（市、区）各自结余指标，分别记账。建立区域基金调节机制，市级风险储备金用于区域均衡的调剂比例不超过当年储备金总额的30%。

（三）强化部门联动。市医疗保障部门牵头组织实施县级医疗集团医保支付方式改革，制定相关配套措施，组织开展与之相适应的信息化建设、协议管理、总额预算、结算清算、绩

效考核等相关工作；市卫生健康部门负责推进县级医疗集团建设，加强医疗服务行为监管，督促医疗机构执行诊疗规范和开展临床路径管理；市财政部门负责落实政府投入责任，保障改革所需资金；其他市级有关部门密切协作，加强指导；各县（市、区）医保、财政、卫生健康等有关部门要加强预算、执行、绩效评价、清算等各个环节的监管，推进县域医疗集团内行政、业务、人员、财务、药械管理和绩效考核“六统一”，确保医保基金安全运行。

（四）强化基金管理。市县医保、财政、卫健（体）部门加强资金支持、兜底保障、工作协调和统筹指导。县（市、区）医疗集团切实履行医保基金使用管理主体责任，严格按照医疗集团管理绩效评价、结余基金用途等有关规定，对成员单位医保基金进行合理二次分配和依法依规管理使用，严禁截留、挪用和擅自改变基金用途。健全医疗、医保和医药协同治理的内部管理制度和主动规范奖励约束机制，配合和支持医保部门的常态化监管和重点核查。

（五）强化政策培训。市县两级医保、卫生健康部门要及时组织开展县级医疗集团总额付费政策培训，做好政策解读，提升医务人员及医疗机构参与改革的积极性。同时，要正确引导社会舆论，凝聚改革共识，争取广大群众和社会各界理解与支持，为改革取得实效营造良好氛围。

本方案由晋城市医疗保障局、财政局、卫生健康委员会负责解释，国家、省有关政策调整的，从其规定。

附件：县级医疗集团绩效考核评价表

附件

县级医疗集团绩效考核评价表

被考核单位名称： 医疗集团 考核年度：2026 年

序号	考核指标	工作标准	分值	考核方式	打分规则	考核得分
基础分值（合计 100 分）						
一、健康成效维度（20 分）						
1	重点人群健康管理率	不低于 85%	5 分	查询公共卫生服务系统数据	每降低 1 个百分点扣 0.5 分，扣完为止	
2	慢性病规范管理率	不低于 80%	5 分	查询公共卫生服务系统数据	每降低 1 个百分点扣 0.5 分，扣完为止	
3	县域内慢性病健康管理人群住院率	全市平均值	5 分	医保与卫健数据互通测算	比较上年度全市平均值，每增加 0.5 个百分点扣 1 分，扣完为止	
4	重大慢性病过早死亡率（30-70 岁）	全市平均值	5 分	卫健部门死因监测数据	比较上年度全市平均值，每增加 0.2 个百分点扣 1 分，扣完为止	
二、基金效能维度（60 分）						
5	参保人员住院费用实际平均报销比（医保	全市平均值	6 分	查询医保平台数据	比较上年度全市平均值，每降低	

	报销费用/总住院费用)				0.5个百分点扣1分，扣完为止	
5	参保人员整体住院率(所在区县医保参保人员住院人次/区县参保总人数)	全市平均值	6分	查询医疗机构和医保信息系统数据	比较上年度全市平均值，每增加0.25个百分点扣1分，扣完为止。因收治疑难重症导致住院率合理上升的，经专家评审后可酌情减免扣分。	
6	医疗服务收入占比	全市平均值	6分	查询医疗机构和医保信息系统数据	较上年度全市平均值，每降低0.5个百分点扣1分，扣完为止	
7	参保人员县域内住院人次占比	在上年度基础上改善幅度不低于全市年度目标要求	6分	查询医疗机构和医保信息系统数据	县域医疗机构住院占比较上年度提高得6分，每降低1个百分点扣1分，扣完为止	
8	县域内次均住院费用增长率	在上年度基础上改善幅度不低于全市年度目标要求	6分	查询医保平台数据	县域内次均住院费用高于上年度的，每增加1个百分点扣	

					0.5 分，扣完为止	
9	医疗集团牵头医院住院每权重费用增长率	合理控制县域内次均住院费用	5 分	查询 DRG 结算数据	每权重费用高于上年的，每增加 1 个百分点扣 0.5 分，扣完为止	
10	医疗集团内医疗机构违法违规行为	不发生较为严重的违规使用基金及欺诈骗保行为	5 分	查询行政处罚等案件情况	每发生 1 起行政处罚扣 1 分；每发生 1 起欺诈骗保案件扣 5 分，扣完为止	
11	医保基金县域支出占比	在上年度基础上改善幅度不低于全市年度目标要求	5 分	查询医保平台数据	医保基金县域支出占比每降低 1 个百分点扣 0.5 分，扣完为止	
12	基层医疗卫生机构医保基金住院支出占比	在上年度基础上改善幅度不低于全市年度目标要求	5 分	查询医保平台数据	县域内基层医疗卫生机构医保基金住院支出占比每降低 1 个百分点扣 0.5 分，扣完为止	
13	县域内参保人数	在上年度基础上改善幅度不低于全市年度目标要求	5 分	查询税务或医保平台数据	参保人数目标对比每降低 1 个百分点扣 0.5 分，扣完为止	

14	集采药品耗材使用率	全市平均值	5分	查询医保平台数据	医疗集团内集采药品金额占比低于全市平均值的，每低1个百分点扣0.5分，扣完为止	
三、内部运行维度（10分）						
15	基层医务人员收入与牵头医院收入比值	不低于上年度	5分	卫健部门薪酬统计	每下降1个百分点扣1分，扣完为止	
16	优质医疗资源下沉率	下派基层医务人员占县级医院医师总数 $\geq 15\%$	5分	卫健部门核查人员台账	每降低1个百分点扣0.5分，扣完为止	
四、执行力与满意度维度（10分）						
17	指令性任务完成情况	完成目标任务	5分	县级医保部门检查落实情况	每未完成一项扣1分，扣完为止	
18	群众在县级医疗集团内医疗机构就医满意度	不低于90%	5分	查询统计医保信息系统内群众就医满意度评价数据	就医满意度低于90%的，每降低一个百分点扣0.5分，扣完为止	

核心指标加分分值（5分）						
1	参保人员整体住院率（所在区县医保参保人员住院人次/区县参保总人数）	全市平均值	2分	查询医疗机构和医保信息系统数据	比较上年度全市平均值，每降低0.25个百分点加0.5分，最高加2分	
2	县域内慢性病健康管理人群住院率	全市平均值	1分	医保与卫健数据互通测算	比较上年度全市平均值，每降低0.5个百分点加0.25分，最高加1分	
3	基层医务人员收入与牵头医院收入比值	不低于上年度	1分	卫健部门薪酬统计	每提高1个百分点加0.25分，最高加1分	
4	群众在县级医疗集团内医疗机构就医满意度	不低于90%	1分	查询统计医保信息系统内群众就医满意度评价数据	就医满意度高于90%的，每增加一个百分点加0.25分，最高加1分	
总分		105分				