运城市医疗保障局
运城市发展和改革委员会
运城市财政局
运城市卫生健康委员会 文件

运医保发〔2026〕19号

转发《关于医保支持基层医疗卫生服务发展的实施意见》的通知

各县（市、区）医保局、发展改革局、财政局、卫健局，市医疗保险服务中心：

现将《山西省医疗保障局 山西省发展和改革委员会 山西省财政厅 山西省卫生健康委员会关于医保支持基层医疗卫生服务发展的实施意见》（晋医保发〔2026〕18号）转发给你们，请认真贯彻落实。

（此页无正文）

运城市医疗保障局　　运城市发展和改革委员会

运城市财政局　　运城市卫生健康委员会

2026年10月27日

（此件主动公开）

山西省医疗保障局
山西省发展和改革委员会
山西省财政厅
山西省卫生健康委员会
文件

晋医保发〔2026〕18号

关于医保支持基层医疗卫生服务发展的实施意见

各市医保局、发展改革委、财政局、卫生健康委：

为深入贯彻党中央、国务院和省委、省政府决策部署，协同实施医疗卫生强基工程，更好满足群众就近就便获得公平可及、系统连续的医疗卫生服务需求，有力促进分级诊疗，根据《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）精神，结合我省工作实际，

提出如下实施意见。

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，着力强基层、固基础、保基本，发挥医保支付杠杆作用，支持提高基层医疗卫生服务能力，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”功能。随着基层医疗卫生机构服务质效提高，带动医保基金用于基层医疗卫生机构支出比例稳步提升，确保群众得实惠，基层医疗卫生机构得发展，医保基金可持续。

二、主要举措

（一）优化医保基金区域总额管理。医保部门综合医保筹资水平、定点医药机构资源配置、服务人口数量及结构等因素，科学合理编制基金年度收支预算，确保基本医疗保险基金安全可持续运行。各地根据基金支出预算，完善总额编制方法，统筹住院、门诊以及本地、异地结构，合理体现对基层医疗卫生机构的支持。健全总额动态调整机制，年度新增医保基金可适当向基层医疗卫生机构倾斜，稳定基层发展预期。

（二）完善紧密型县域医共体总额付费政策。符合“资源统一管理、医共体内部民主决策、服务协同联动”监测判定标准的紧密型县域医共体（简称医共体），经医共体自愿申请，市、县医保部门会同同级财政、卫健部门逐级出具意见并报省级部门同意后，按总

额付费政策支付管理；覆盖范围包括职工医保和居民医保、县域内门诊和住院服务、本地和异地就医费用。医保部门与医共体在科学测算、平等协商的基础上，合理确定医共体职工医保和居民医保费用总额，按规定做好基金结算清算。年度内因医保政策调整等合理原因导致医共体支出受到影响的，可按程序调整总额指标。卫健部门要会同医保部门共同完善医共体绩效考核体系，强化县域内就诊率、基层基金使用占比等指标，考核结果与基金结余留用、次年总额挂钩。要压实医共体牵头医疗机构内部管理责任，合理做好医共体内结余留用分配，加大向基层医疗卫生机构倾斜。对于医共体精细化管理、强化健康管理服务等实现当年基金结余的，不作为次年总额指标的调减因素。省医保局要会同省卫健委等部门指导晋城市研究制定打包付费试点工作方案，明确打包付费具体政策措施，逐步在全省推行。

（三）拓展基层医疗卫生机构医保定点覆盖。医保部门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纳入医保定点管理，确保行政村卫生室覆盖率达98%以上。对于发生欺诈骗保等违法违规问题的村卫生室依法依规处理，符合统计要求的计入定点医疗机构统计范围。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）纳入医疗救助定点管理。各地加强基层医疗卫生机构信息化标准化建设，提高基层医疗卫生机构联网直接结算覆盖水平。

（四）加强参保群众门诊就医保障。基本医保普通门诊统筹支

付比例向基层医疗卫生机构倾斜。居民医保门诊统筹主要依托基层医疗卫生机构开展，在基层医疗机构不设起付标准；居民医保和职工医保普通门诊统筹在基层医疗机构支付比例不低于60%。执行全省统一的门诊慢特病病种范围及准入退出标准，到2027年底全省居民医保门诊慢特病规范统一到省定指导标准，逐步统一职工医保门诊慢特病保障水平。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3个月用药的长期处方，长期处方不纳入卫健部门门诊次均费用、门诊药品次均费用考核。

（五）落实住院差别化待遇政策。基本医保住院报销政策向基层医疗卫生机构倾斜，居民医保和职工医保起付线分别控制在100元、300元左右，报销比例达到90%左右。省内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。

（六）优化基层医疗卫生机构价格管理。医保部门会同卫健部门结合医疗服务价格项目立项指南的落地执行，分类优化医疗服务价格体系，更有针对性地促进分级诊疗，针对一、二级手术治疗以及护理、影像检查、检验等价格项目，适当缩小不同等级医疗机构价格差距；针对换药、注射、输液、采血等均质化程度高的价格项目，加快推进区域内价格相对协同。指导基层医疗卫生机构落实好一般诊疗费政策，鼓励用好上门服务费、安宁疗护费、家庭病床建床费、互联网诊查费（复诊）以及中医、康复类等价格项目。上门服

务费由医疗机构自主确定，按行政隶属关系向同级医保、卫健部门备案。做好对基层医疗卫生机构医疗服务价格政策解读和指导，引导和鼓励基层医疗卫生机构运用好、执行好相关医疗服务价格政策。

（七）支持基层开展多元化家庭医生签约服务。各统筹地区结合实际统筹基层医疗卫生机构医保基金和基本公共卫生服务资金，支持基层医疗卫生机构拓展家庭医生签约服务内容，落实好基本服务包，因地制宜细化个性化服务包内容。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；签约服务费由卫健部门牵头，会同医保部门考核后按规定支付。不断规范资金支出范围及结算流程，健全以服务质量和健康结果为导向的绩效评价机制，推动资金效益与服务能力双提升。个性化服务包由签约基层医疗卫生机构按程序向县级卫健部门备案，费用由个人支付。卫健部门要不断提升家庭医生服务能力和业务水平，指导签约医生做好签约服务，将签约结果及时告知签约群众，让群众有知情权和感受度。可先行试点，待条件成熟后全省推广。

（八）探索适宜基层的门诊支付方式。在晋中市开展门诊费用支付方式改革试点，探索适宜基层的慢性病门诊按人头打包付费与门诊统筹按病种分值付费相结合的多元复合支付方式。加强基层门诊付费与慢性病签约服务政策联动，探索将签约居民的门诊慢性病基金按人头支付给基层医疗卫生机构，并支持做好相关慢病患者健康管理。待条件成熟在全省范围内推广。

（九）巩固提升住院按病种付费质效。按照国家按病种付费分组方案要求，医保部门要动态调整优化按病种付费细分组方案。卫健部门会同医保部门在充分考虑适宜基层开展服务的慢性病、常见病及特色科室诊疗实际基础上，制定出台全省统一的基层病种目录，将常见病、慢性病、康复期病种优先纳入基层病种范围。原则上DRG基层病组不少于50个，DIP基层病种不少于100个。医保部门立足医保基金承受能力，做好与医疗服务价格的协同联动，合理确定基层病种支付标准，实行统筹地区内不同等级医疗机构同病同付。医保部门完善按病种付费核心要素管理机制，合理确定中医优势病种支付系数，对基层医疗卫生机构和DIP统筹区中医类服务给予倾斜支付。鼓励基层医疗卫生机构提供康复、安宁疗护等服务，同步探索长期住院按床日付费、中医优势病种按病种付费等方式。优化医保数据定向发布，有针对性回应基层医疗卫生机构数据需求，发挥数据赋能作用。探索医保支付对基层转诊会诊支持政策，建立转诊会诊费用医疗机构、患者、医保等多方合理分担机制。

（十）支持基层提高药品供应保障能力。卫健部门会同医保部门健全基层药品联动管理机制，加快推进县域医共体中心药房建设，依托牵头医院完善基层药品采供用报机制。指导县域医共体中心药房制定医共体统一用药目录，合理优先配备使用国家基本药物目录药品、集采中选药品及医保目录药品，进一步扩大基层常见病、慢性病药品的采购、配备和使用范围，促进上下级用药衔接，实现基层用药结构优化和供应保障能力提升。加快推进“医保药品云

平台”国家试点建设，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的药品查询、配备等需求。

（十一）提高医保基金结算效率。医保经办机构要落实好医保基金预付政策，依申请向管理规范、信用良好等符合条件的基层定点医疗机构做好预付工作。发挥医保经办机构日常审核作用，强化对医保报销的前置审核，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截止次日起不超过20个工作日。实施医保基金清算提质增效三年行动，自2028年起，实现每年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清算工作，有针对性减轻基层医疗卫生机构资金周转压力。鼓励有条件的地区降低基层医疗卫生机构医保服务质量保证金比例。

（十二）增强基层医保服务便捷性。卫健部门会同发改部门强化数智赋能，支持基层经办站点配备终端设备、集成人脸识别技术应用，加快推进基层医疗卫生机构刷脸支付。医保部门推进经办服务“村村通”，进一步提升基层医保经办便民服务水平。鼓励有条件的统筹地区依托医保智能体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，推动实现医保经办“智能办”。加强基层医务人员医保政策业务培训和指导，提升基层医疗卫生机构医疗保障服务能力。

（十三）鼓励基层医疗卫生机构提供长期护理服务。医保部门

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，因地制宜开展长期护理服务。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。探索发挥家庭医生在失能评估中的作用。

三、组织实施

各部门要充分认识医保支持基层医疗卫生高质量发展的重要意义，主动加强部门间协调配合。医保部门牵头制定支持基层医疗卫生发展的实施意见，抓好医保政策措施落地落实和经验推广。财政部门依职责加强对医保基金的使用管理。卫健部门对照职能加强基层医疗机构管理，推动基层医疗技术水平整体提升，落实好相关举措。发改部门在基层医疗机构发展重大项目上给予支持并监督落实。

各统筹地区要健全工作机制，细化医保支持基层医疗卫生服务发展的政策措施，强化政策落实效果跟踪评价，用好医保支付政策和结余留用资金，提升群众满意度，提高基金使用效率，促进基层医疗卫生能力提升。各统筹地区重大政策调整，要结合职能对口请示省级部门同意后执行。晋城市作为国家医保支持基层医疗卫生服务发展重点联系点，要结合本地实际，在符合国家和省里总体政策要求的框架下，大胆探索、勇于创新，形成可复制、可推广的经

验做法。

本意见自2027年1月1日起施行，有效期5年。《山西省医疗保障局 山西省卫生健康委员会关于规范县乡一体化医保打包付费工作的通知》（晋医保发〔2019〕18号）、《山西省医疗保障局 山西省卫生健康委员会关于完善县级医疗集团打包付费促进分级诊疗的实施意见》（晋医保发〔2020〕24号）同时废止。

山西省医疗保障局　　山西省发展和改革委员会

山西省财政厅　　山西省卫生健康委员会

2026年10月13日

（主动公开）

山西省医疗保障局办公室　　2026 年 10 月 13 日印发

运城市医疗保障局办公室　　2026年10月27日印发