**附件1**

**深圳市**定点医药机构**门诊**医疗费用

**支付办法（试行）（征求意见稿）**

第一章 总 则

1. 【政策依据】根据《深圳市医疗保障办法》（深圳市人民政府令第xxx号）《深圳市医疗保障定点医药机构医疗费用支付办法》（深医保规〔2023〕x号）及国家、广东省、深圳市医疗保险有关规定，结合我市实际情况，制定本办法。
2. 【适用范围】本市医疗保障经办机构与本市行政区域内定点医疗机构、定点零售药店（以下简称定点医药机构）之间的门诊基本医疗保险（含生育保险，下同）医疗费用结算、标准制定和支付管理，适用本办法。

跨省、省内异地就医的医疗费用结算按国家、广东省有关规定执行。

1. 【总体原则】门诊实施以按人头付费为主，结合按单元付费及按项目付费等付费方式的多元复合式门诊医保支付机制，实行按月支付、年度清算的结算方式。

第二章 职工一档参保人普通门诊医疗费用结算

1. 【一档普通门诊医疗费用结算方式】**职工基本医疗保险一档**参保人在选定的社康机构及其结算医院（含结算医院下设的其它社康机构）、其他基层医疗机构发生的统筹基金支付的普通门诊医疗费用，实行总额预算管理下的按人头付费，符合规定的转诊、院外购药和急救抢救医疗费用，纳入上述医疗机构的按人头付费。

**职工基本医疗保险一档**参保人在其他统筹定点医疗机构发生的统筹基金支付的普通门诊医疗费用，根据门诊共济改革实施情况，试行按门诊病例分组付费，试行方案由市医疗保障部门另行制定。按门诊病例分组付费正式实施前，仍实行按项目付费。

1. 【按人头付费定额标准】市医疗保障行政部门根据**职工基本医疗保险一档**参保人在全市定点医疗机构上一年度的普通门诊统筹记账费用水平（首年以门诊共济保障改革实施后半年的记账费用水平为参考）、参保人的年龄不同及重大政策调整变化情况等因素，核定一档按人头付费月定额标准，一档按人头付费年定额标准为月定额标准的12倍，具体标准另行公布。
2. 【可分配总额及调节金】一档按人头付费可分配总额等于当年1月职工一档参保人人数与按一档人头付费年定额标准的乘积。在一档按人头付费可分配总额之外设置一档按人头付费调节金，用于定点医疗机构一档按人头付费的超支补偿，一档调节金按照一档按人头付费可分配总额的2%计入。
3. 【机构月结算支付额度】定点医疗机构的一档按人头付费月结算支付额度按以下公式计算：

定点医疗机构的一档按人头付费月结算支付额度=定点医疗机构已绑定的一档参保人额度 + 全市未绑定基层医疗机构的一档参保人额度分摊值。

定点医疗机构已绑定的一档参保人额度=Σ(当月定点医疗机构不同人群的有效绑定一档参保人数×当月不同人群的一档按人头付费定额标准）

全市未绑定基层医疗机构的一档参保人额度分摊值 = Σ(当月未绑定基层医疗机构不同人群的一档参保人数×当月不同人群的一档按人头付费标准)×医疗机构绑定权重占比

医疗机构绑定权重占比=当月定点医疗机构有效绑定的一档参保人数/ 全市定点医疗机构有效绑定的一档参保人数× 100%

1. 【月度结算】一档按人头付费的月预结算费用为定点医疗机构当月一档按人头付费的门诊统筹记账费用与一档按人头付费的月结算支付额度之间的低值。当月按人头付费的一档门诊统筹记账费用超出一档按人头付费的月结算支付额度部分纳入年度清算。
2. 【年度清算】市医疗保障经办机构对年度内一档按人头付费的医保费用进行清算。定点医疗机构一档按人头付费的年度支付额度为年度内一档按人头付费的各月结算支付额度之和。定点医疗机构当年一档按人头付费的门诊统筹记账费用与当年一档按人头付费的年度支付额度的比值为基金使用率。
3. 【结余留用】基金使用率在100%以下时，市医疗保障经办机构拨付定点医疗机构当年一档按人头付费的的门诊统筹记账费用与当年月结应付费用累加值的差额后，按下列规定核算并拨付结余留用资金：

基金使用率在70%以下的,结余留用比例为0；

基金使用率超过70%且在90%以下的，结余留用比例根据基金使用率的增大依次增大,当基金使用率为90%时, 结余留用比例达到最高值10%。具体计算公式为：结余留用比例=10%-2.5×(基金使用率-90%)2；

基金使用率超过90%且在100%以下的，结余留用比例根据基金使用率的增大依次减小，具体计算公式为：结余留用比例=（1-基金使用率）。

定点医疗机构一档按人头付费的结余留用金额等于其一档按人头付费的年度支付额度与结余留用比例的乘积。

1. 【超支补偿】当基金使用率超过100%时，需向医疗机构拨付超支补偿费用，超支补偿费用优先由一档按人头付费年度可分配总额剩余部分予以支付，不足以支付的，再由一档按人头付费调节金支付，仍不足以支付的，根据医疗机构的超支补偿金额按比例分配。超支补偿金额按照以下规定核算：

超标在10%以内的部分补偿90%；

超过10%且在20%以内的部分补偿80%；

超过20%且在30%以内的部分补偿70%；

超过30%且在40%以内的部分补偿60%；

超过30%且在40%以内的部分补偿50%

超过50%的部分不补偿。

第三章 职工二档、居民医保参保人普通门诊医疗费用结算

1. 【实行按人头付费】 基本医疗保险职工二档、居民医保（以下统称二档）参保人在选定的医疗机构发生的普通门诊医疗费用实行按人头付费。
2. 【按人头付费定额标准】市医疗保障行政部门根据二档参保人在全市定点医疗机构上一年度的普通门诊统筹记账费用水平及重大政策调整变化情况等因素，核定二档按人头付费月定额标准，二档按人头付费年定额标准为月定额标准的12倍，具体标准另行公布。
3. 【可分配总额及调节金】二档按人头付费可分配总额为当年1月二档参保人人数与按二档人头付费年定额标准的乘积。在二档按人头付费可分配总额之外设置二档按人头付费调节金，用于定点医疗机构二档按人头付费的超支补偿。二档按人头付费调节金金额等于二档按人头付费可分配总额的2%。
4. 【月度结算】月预结算费用为定点医疗机构当月二档普通门诊统筹记账费用与二档按人头付费月结算支付额度之间的低值。二档按人头付费月结算支付额度,是指当月定点医疗机构有效绑定二档参保人与二档按人头付费月定额标准的乘积。当月实际二档参保人普通门诊统筹记账费用超出二档按人头付费月结算支付额度部分纳入年度清算。
5. 【年度清算及结余留用】 定点医疗机构当年实际二档参保人普通门诊统筹记账费用未超过当年二档按人头付费月结算支付额度之和的为结余,市医疗保障经办机构拨付定点医疗机构当年普通门诊统筹记账费用与当年二档按人头付费月结算支付额度之和的差额。结余部分根据结余率按照以下规定核算并拨付结余留用金：

结余在10%以内的部分，留用比例为50%；

超过10%且在20%以内的部分，留用比例为40%；

超过20%且在30%以内的部分，留用比例为30%；

超过30%的部分，不予留用。

1. 【结余滚存】 年度结余扣除结余留用金后的剩余部分为历史结余。历史结余滚存于基本医疗保险基金中,定点医疗机构继续开展门诊统筹业务的该笔金额结转下一年供该机构超支时抵销使用。定点医疗机构停止开展门诊统筹服务的,该机构的历史结余归入基本医疗保险基金，其中，在定点医疗机构管理的历史结余，应当按规定返还。
2. 【超支补偿】定点医疗机构当年实际二档参保人普通门诊统筹记账费用超过当年二档按人头付费月结算支付额度之和的为超支,根据超支部分与历史结余的抵销情况按照以下规定分类处理:

(一)历史结余足够抵销超支部分的无需调剂,市医疗保障经办机构从该机构滚存的历史结余中抵销超支费用,并对其滚存的历史结余进行抵销后数据确认。

(二)历史结余不足抵销超支部分的需调剂,市医疗保障经办机构从该机构滚存的历史结余中抵消超支费用,并对其滚存于基本医疗保险基金的历史结余数据进行抵销后数据确认。抵扣不足的超支费用，优先由二档按人头付费年度可分配总额剩余部分予以支付，不足以支付的，再由二档按人头付费调节金支付，仍不足以支付的，根据医疗机构的超支补偿金额按比例分配。超支补偿金额按照以下规定核算：

超标在10%以内的部分补偿90%；

超过10%且在20%以内的部分补偿80%；

超过20%且在30%以内的部分补偿70%；

超过30%且在40%以内的部分补偿60%；

超过30%且在40%以内的部分补偿50%

超过50%的部分不补偿。

第四章 其他特殊门诊医疗费用结算

第一节 产前检查费用结算

1. 【产前检查按人头付费】生育保险参保人按规定在定点医疗机构发生的产前检查医疗费用，实行按人头付费。
2. 【产前检查按人头付费标准】市医疗保障行政部门根据产前检查所需项目及生育保险基金收支情况等因素，核定产前检查按人头付费定额标准，具体标准另行公布。

生育保险参保人到不同医疗机构进行产前检查的，其产前检查按人头付费定额标准，按在不同医疗机构实际发生的产前检查费用占比进行分配。

1. 【月度结算】产前检查按人头付费月预结算费用为当月参保人在该医疗机构发生的产前检查记账费用之和与产前检查月结算支付额度之间的低值，由市医疗保障经办机构支付给医疗机构。产前检查月结算支付额度按以下公式计算：

产前检查月结算支付额度=当月医疗机构的产检人次\*产前检查的按人头付费定额标准/12

1. 【年度清算】定点医疗机构的产前检查按人头付费年度偿付标准为当年已分娩或终止妊娠的生育保险参保人定额标准之和，未分娩的生育保险参保人的产前检查费用纳入第二年的年度清算。参保人异地生育产前检查费用，从绑定的定点医疗机构偿付标准中相应扣除。定点医疗机构当年实际发生的产前检查记账费用未超过偿付标准的，据实结算；超过偿付标准的，按偿付标准支付。

第二节 门诊特定病种医疗费用结算

1. 【门诊特定病种医疗费用结算方式】门诊特定病种的医疗费用实行按项目付费，其中参保人按规定在定点医疗机构发生的门诊慢性肾功能衰竭维持性血透（以下简称门诊血透）费用及门诊腹膜透析治疗费用，实行按单元付费。
2. 【门诊血透标准】定点医疗机构开展门诊血透的，执行门诊血透标准，市医疗保障行政部门标准根据近三年参保人门诊血透费用（包含统筹基金记账部分及参保人比例自付部分）与门诊血透人次之比、门诊血透涉及的药品、医疗服务和医用耗材价格政策性调整等因素，结合医疗服务价格档次分档制定，同档标准相同。

定点医疗机构在医疗保障服务协议周期内新增门诊血透服务项目的，由市医疗保障经办机构根据前款规定制定标准。

1. 【门诊血透月结、年度清算】定点医疗机构当月实际发生的门诊血透次均政策范围内医疗费用未超过门诊血透标准的，据实结算；超过门诊血透标准的，超标部分暂扣，纳入年度清算；年度清算时，核算年度内实际次均值低于门诊血透标准的，当年超标暂扣部分应当全部返还；实际次均值超过偿付标准的，超标费用从月结暂扣费用中抵销，抵销后剩余部分返还。
2. 【腹膜透析标准】参保人腹膜透析按月包干支付标准按广东省有关规定执行，包干支付标准为医疗总费用标准，包含统筹基金记账部分、参保人比例自付部分及参保人自费部分。
3. 【门诊腹透管理】定点医疗机构为参保人提供门诊腹膜透析治疗时应严格按照广东省规定的《家庭腹膜透析治疗临床路径》执行。因定点医疗机构未按《家庭腹膜透析治疗临床路径》等原因，导致参保人当月发生的门诊腹膜透析治疗费用不足包干标准的50%时，相关费用按项目付费。
4. 【门诊腹透月结、年度清算】定点医疗机构当月实际发生的门诊腹透人均每月医疗总费用未超过腹膜透析按月包干支付标准的，据实结算；超过腹膜透析按月包干支付标准的，超标部分暂扣，纳入年度清算；年度清算时，核算年度内实际次均值低于腹膜透析按月包干支付标准的，当年超标暂扣部分应当全部返还；实际次均值超过腹膜透析按月包干支付标准的，超标费用从月结暂扣费用中抵销，抵销后剩余部分返还。

第三节 其他门诊医疗费用结算

1. 【门诊大型设备检查按单元付费】参保人按规定在定点医疗机构发生的门诊大型医疗设备检查治疗(以下简称门诊大型设备)费用实行按单元付费。
2. 【标准计算原则】定点医疗机构开展门诊大型设备诊疗项目的,执行门诊大型设备费用标准,标准为定点医疗机构申请并纳入的门诊大型设备项目单项费用标准累加。
3. 【标准制定方法】门诊大型设备费用标准为参保人门诊大型设备费用(包括统筹基金支付及参保人比例自付部分，下同)与门(急)诊总人次之比。根据不同情形,制定方法如下:

(一)每年医疗保障服务协议周期性调整的,以近三年门诊大型设备费用为基础,结合医保基金收支情况、门诊大型设备费用政策性调整幅度计算确定。

　　(二)新增大型设备诊疗项目的,费用标准为新增的大型设备诊疗项目申报通过后近六个月的参保人该项门诊大型设备费用与门(急)诊总人次之比。

　　定点医疗机构新增多项大型设备诊疗项目的进行累加计算。

　　(三)增加或者更新已纳入门诊大型设备项目大型医疗设备的,以该项大型设备项目设备增加或者更新的参保人门诊检查费用占门诊大型设备费用的变化比例、原门诊大型设备费用标准计算确定。

定点医疗机构增加或者更新多项大型医疗设备诊疗项目的进行累加计算。

(四)下属医疗机构变动的,根据其原门诊大型设备费用标准、门(急)诊总人次变化比例计算确定。

以上情形同时出现的,按不同情形分别计算后合并处理。

1. 【结算清算】当月实际发生的门诊大型设备医保合计与门(急)诊总人次(按基本医疗保险参保人在同一定点医疗机构就诊4小时内所有的记账计算为1人次)的比值未超过偿付标准的,据实结算。属于新增大型设备诊疗项目且尚未制定对应费用标准的，据实结算。超过偿付标准的,超标部分暂扣,纳入年终清算;年终清算时,核算年度内实际次均值低于偿付标准的,当年超标暂扣部分应当全部返还;实际次均值超过偿付标准的,超标费用从月结暂扣费用中抵销,抵销后剩余部分返还。
2. 【特殊门诊费用按项目付费】国谈药品及国家和省规定的单独支付药品费用、个人账户支付费用等实行按项目付费。
3. 【双通道、纳入门诊统筹的零售药店】参保人凭外配处方在门诊统筹定点零售药店或双通道定点零售药店发生的药品记账费用，与定点零售药店实行按项目付费，相关费用计入开具外配处方定点医疗机构按人头付费、按单元付费等结算标准中。

第五章 附则

1. 【未尽事宜】本办法未涉及的事项，按照《深圳市医疗保障定点医药机构医疗费用支付办法》（深医保规〔2023〕x号）有关规定执行。
2. 【实施时间】本办法自2023年 月 日起施行,有效期2年。2022年12月1日至本办法施行前的职工基本医疗保险一档参保人普通门诊统筹医疗费用结算规定按照本办法执行。