附件2

关于《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）》的起草说明

为更好地适应本市医疗保障新形势新要求，持续优化医保支付方式，建立管用高效的医保支付机制，经分析研究并广泛听取意见的基础上，结合我市支付方式改革实际，起草了《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）》（以下简称《门诊支付办法》），现将有关情况说明如下：

一、起草背景

为贯彻落实《广东省人民政府办公厅关于印发广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的通知》（粤府办〔2021〕56号）等文件要求，我市于2022年12月1日起，实施职工基本医疗保险门诊共济改革，在现有基本医疗保险一档门诊待遇保持不变的基础上，对参保人发生的普通门诊费用通过统筹基金给予保障。一档普通门诊统筹属于新增待遇，尚未明确与医疗机构具体的结算方式和相关标准计算方法。

2023年，我市《深圳市医疗保障定点医药机构医疗费用支付办法》（以下简称《支付办法》）启动修订，主要规定我市医保支付整体制度框架，《门诊支付办法》作为配套政策，明确《支付办法》中关于医疗保障门诊医疗费用医保支付相关条款的具体实施细则。

二、主要内容

《门诊支付办法》共分为5章48条，在二档及居民参保人普通门诊付费方式、门诊特定病种付费方式、门诊大型设备检查治疗付费方式等方面基本继续沿用现有做法，主要对以下内容进行增补或调整：

**（一）**增加职工一档参保人在基层普通门诊实施按人头付费细则。

**一是**通过总额管理下的按人头付费方式，明确付费标准制定参考因素，能有效控制医保基金支出，提高医保基金使用效率，发挥医疗保险基金战略性购买作用。**二是**建立结余留用机制，鼓励医疗机构主动控费，并从注重疾病治疗，转向健康保障和预防保健，促进慢病控制和健康管理。同时设计获取结余奖励的最低服务量为标准的70%，避免医疗机构通过推诿病人空挂人头获取结余奖励。三**是**制定相应的风险分担机制，对于医疗机构的合理超标费用给予一定补偿，保障政策改革平稳过渡。

（二）增加生育产前检查按人头付费。

落实《广东省医疗保障局关于贯彻实施广东省职工生育保险规定有关工作的通知》要求，将生育产前检查相关医疗费用纳入按人头付费范围。同时结合产前检查本身的特殊性，不同阶段所需的产前检查项目较为明确且固定，实行“钱随人走”的按人头付费模式。若参保人到多家医疗机构进行产前检查时，人头额度按照不同医疗机构间的产前检查费用比例关系进行分配。

（三）完善门诊腹膜透析费用结算规则。

根据历史运行情况，部分定点医疗机构未完全参照广东省医保局下发的《家庭腹膜透析治疗临床路径》对参保人进行治疗，产生大量的结余费用，但实际并未减轻参保人的疾病负担，不满足省文件精神。《门诊支付办法》针对此类情况进行完善优化，明确当月发生的门诊腹膜透析治疗费用不足包干标准的50%时，相关费用按项目结算，引导医疗机构按照临床路径进行治疗。

（四）调整新增大型设备诊疗项目的偿付标准测算方式。

定点医疗机构申请新增开展大型设备诊疗项目时，需制定相应的偿付标准。原做法是根据纳入之前定点医疗机构该大型设备的运行费用进行测算，但根据历史运行情况，定点医疗机构新增的大型设备诊疗项目申报通过后参保人待遇提高，使用率可能大幅上涨，通过历史数据测算得到的偿付标准无法准确反映医疗机构实际的运行情况，导致医疗机构亏损较大。因此《门诊支付办法》将相关测算方法调整为用新增的大型设备诊疗项目申报通过后近六个月的数据进行测算，得到的标准更加符合实际。

（五）明确特殊待遇的结算方式。

协同各项医保改革举措，如药品单独支付待遇、“双通道”药店及定点零售药店纳入门诊统筹等政策均为参保人可享受的特殊待遇或特殊就医形式，在《门诊支付办法》中明确此类费用按项目结算。同时，若在定点零售药店发生的费用根据国家、省文件要求需计入将处方外配的定点医疗机构的按人头付费、按单元付费的结算标准中。

三、风险评估

《门诊支付办法》主要涉及医疗机构、医保基金双方利益，为顺利推进支付方式改革，现对其中可能发生的风险进行评估，具体如下：

（一）对医疗机构的影响

**1.一档参保人按人头付费标准不足。**

**风险分析：**受近几年门诊就医受新冠疫情影响较大、门诊共济改革时间较短、一档参保人可自由选择到非基层医疗机构就医、参保人对门诊共济改革政策的知晓率不高等因素影响，职工一档参保人基层普通门诊的按人头付费标准测算难度较大，可能测算得到的付费标准偏低无法补偿医疗机构的合理收入。

**风险程度：**中度。

**应对措施：一是**主要参考门诊共济改革后的结算数据测算人头支付标准，提高测算精准度。**二是**设置较高的超支分摊比例，对合理超支费用进行补偿。**三是**加强对医疗机构的政策宣讲及培训，建立医疗机构控费意识。

**2.生育产前检查按人头付费。**

**风险分析：**过去生育产前检查规定了产前检查可报销项目范围，并实行按项目结算，医疗机构不需要进行控费。根据省文件要求，生育产前检查可报销范围扩大至医保目录内所有项目，并实行按人头付费，医生需严格按照临床诊疗规范进行检查及记账，存在一定的控费压力。

**风险程度：**轻度。

**应对措施：**按人头付费标准测算时充分考虑产前检查所需所有项目的费用及检查频率，并根据临床专家的意见建议进行合理调整。

**3.门诊腹膜透析费用结算规则调整。**

**风险分析：**原政策未规定参保人发生的门诊腹透医疗总费用低于标准50%时实行按项目付费，政策调整后，医疗机构可获得的结余奖励将减少，可能导致医院不理解。

**风险程度：**轻度。

**应对措施：**设置50%的阈值线是为了引导医疗机构按照临床路径提供必要的合理的诊疗服务，可通过加强对医疗机构的业务培训，解释省文件要求，阐述政策用意。

（二）对医保基金的影响。

**1.职工一档参保人在二三级及专科医院的普通门诊统筹记账费用按项目付费。**

**风险分析：**因职工一档参保人在二三级及专科医院可自由就医并享受相应的普通门诊统筹待遇，无法实施按人头付费，而按门诊病例分组（APG）付费改革开展的基础条件尚不成熟，暂时仍实施按项目付费，医疗机构缺少控费压力，可能存在过度诊疗，导致医保基金支出增加。

**风险程度：**中度。

**应对措施：一是**做好门诊数据上传质控等工作，提高门诊数据质量，待条件成熟后适时探索开展APG付费改革。**二是**做好门诊统筹基金使用的数据监测和日常监管工作，对发现的可疑情况进一步核实并按规定进行处理。

**2.特殊待遇按项目付费。**

**风险分析：**国家医保谈判药品单独支付费用按项目结算，医疗机构没有控费压力，可能存在过度诊疗，导致医保基金支出增加。

**风险程度：**轻度。

**应对措施：一是**做好数据监测和监管工作，对存在骗取医保基金可能的数据进一步核实并根据核实情况进行进一步处理。**二是**对医疗机构做好培训，指导医疗机构根据临床需要合理诊疗。

**3.调整新增大型设备诊疗项目的偿付标准测算方式。**

**风险分析：**调整新增大型设备诊疗项目的偿付标准测算方式后，医疗机构可能倾向于在新增后的近六个月内多开此类检查治疗，从而冲高标准，导致医保基金支出增加。

风险程度：轻度。

**应对措施：**对定点医疗机构大型设备检查治疗的阳性率进行把控，防止滥用。