附件1

**深圳市**定点医药机构**门诊**医疗费用

**支付实施细则（征求意见稿）**

1. 为加强本市门诊医疗费用结算管理，提高基本医疗保险基金（以下简称医保基金）使用效率，根据《深圳市医疗保障办法》（深圳市人民政府令第358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〕8号）及国家、广东省和本市有关规定，结合本市实际，制定本实施细则。
2. 市医疗保障行政部门、市医疗保障经办机构与本市行政区域内定点医疗机构和定点零售药店之间的基本医疗保险（含生育保险，下同）门诊医疗费用结算、标准制定和支付管理，适用本实施细则。

跨省、省内异地就医的门诊医疗费用结算按国家、广东省及本市有关规定执行。

1. 职工基本医疗保险一档参保人在选定社康机构及其结算医院（含结算医院下设的其它社康机构）、其他基层医疗机构和职工基本医疗保险二档及居民基本医疗保险参保人在选定医疗机构发生的普通门诊统筹费用，实行总额预算管理下的按人头付费，符合规定的转诊、急救抢救医疗费用，纳入上述医疗机构的按人头付费。
2. 市医疗保障经办机构综合考虑不同年龄段参保人的就医情况差异，区分不同参保类型按照下列规则分人群测算并拟定普通门诊统筹按人头付费月结算标准，报市医疗保障行政部门审定：

各人群普通门诊统筹按人头付费月结算标准=各人群普通门诊统筹按人头付费的医保统筹基金记账费用÷各人群总参保人数×（1+增长率）

按人头付费标准的人群分组及增长率由市医疗保障行政部门综合考虑参保人员结构变化和就医情况、医疗服务水平、医疗费用增长情况、重大政策调整等因素确定。

1. 市医疗保障经办机构按照下列规则对定点医疗机构申报的普通门诊统筹按人头付费费用按月予以预结算，月预结算费用原则上按照月度预清算总额计算，超出实际医保统筹基金记账金额的纳入年度清算：

普通门诊统筹按人头付费月度预清算总额=Σ（各人群已选定额度+各人群未选定分摊额度）；

各人群已选定额度=当月选定该定点医疗机构的各人群参保人数×各人群普通门诊统筹按人头付费月结算标准；

各人群未选定分摊额度=当月全市未选定基层医疗机构的各人群参保人数×各人群普通门诊统筹按人头付费月结算标准×当月选定该定点医疗机构并发生就医的各人群参保人数÷当月全市已选定基层医疗机构并发生就医的各人群参保人数。

1. 市医疗保障经办机构按照下列规则对定点医疗机构的普通门诊统筹按人头付费费用进行年度清算：

（一）确定年度预清算总额

普通门诊统筹按人头付费的年度预清算总额为年度清算周期内对应的月度预清算总额之和。

（二）确定结余留用或超支分担金额

年度清算周期内的实际医保统筹基金记账金额与年度预清算总额的比值（以下简称基金使用率）低于（含）100%的，为基金结余；高于100%的，为基金超支。

1.基金结余的定点医疗机构，可以按比例留用部分结余费用。结余留用金额=结余费用×结余留用比例，结余费用=年度预清算总额-实际医保统筹基金记账金额，结余留用比例按照下列规则计算：

结余留用比例=签约家庭医生留用比例+未签约家庭医生留用比例；

参保人在选定体系内就医费用占比=参保人在选定机构（含结算医院、结算医院下属社康及通过选定机构转诊到其他机构就诊）的普通门诊费用÷参保人在全市医疗机构的普通门诊费用；

（1）当定点医疗机构绑定的参保人在选定体系内就医费用占比不低于全市平均水平时：

签约家庭医生留用比例结余留用比例=[（参保人在选定体系内就医费用占比-全市均值）3×400×100%+60%]×医疗机构的选定人群中已在该医疗机构签约家庭医生的人数占比，最低为0，最高为100%；

未签约家庭医生留用比例=[（参保人在选定体系内就医费用占比-全市均值）3×300×100%+40%]×医疗机构的选定人群中未在该医疗机构签约家庭医生的人数占比，最低为0，最高为100%

1. 当定点医疗机构绑定的参保人在选定体系内就医费用占比低于全市平均水平时：

签约家庭医生留用比例结余留用比例=[（参保人在选定体系内就医费用占比-全市均值）×12×100%+60%]×医疗机构的选定人群中已在该医疗机构签约家庭医生的人数占比，最低为0，最高为100%；

未签约家庭医生留用比例=[（参保人在选定体系内就医费用占比-全市均值）×8×100%+40%]×医疗机构的选定人群中未在该医疗机构签约家庭医生的人数占比，最低为0，最高为100%；

2.基金超支的定点医疗机构，超支费用由定点医疗机构和医保基金按比例分担。医保基金需分担金额=该定点医疗机构医保基金超支10%（含）以内的费用×70%。超支10%以上的费用医保基金不分担。

（三）确定年度医保基金支付金额

基金结余的定点医疗机构，年度医保基金支付金额=实际医保统筹基金记账金额+结余留用金额；基金超支的定点医疗机构，年度医保基金支付金额=年度预清算总额+医保基金需分担金额。

（四）确定年度清算应拨付费用

年度清算应拨付费用=年度医保基金支付金额－按月预结算费用之和。年度清算应拨付费用优先从留存在该定点医疗机构的历史结余中予以支付。

1. 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）费用实行按单元付费。市医疗保障经办机构按照下列规则测算并拟定门诊血透结算标准，报市医疗保障行政部门审定:

执行三档价格定点医疗机构的门诊血透结算标准=上年度全市参保人门诊血透医保目录范围内费用÷上年度全市门诊血透人次×（1+上年度深圳市居民消费价格指数同比增长率）×（1+政策性调整幅度）；

执行一档、二档、四档价格定点医疗机构的门诊血透结算标准=执行三档价格定点医疗机构门诊血透结算标准+血液透析的一档、二档、四档价格与三档价格的差值。

政策性调整幅度由市医疗保障行政部门根据实际情况确定。

1. 门诊慢性肾功能不全腹透治疗（以下简称门诊腹透）费用实行按单元付费。门诊腹透结算标准按照广东省及本市有关规定执行。

定点医疗机构提供门诊腹透服务应当严格遵循家庭腹膜透析治疗临床路径，因定点医疗机构未按家庭腹膜透析治疗临床路径进行诊疗等原因，导致参保人当月门诊腹透费用低于（含）门诊腹透结算标准50%的，相关病例的门诊腹透费用按照实际医疗费用进行结算，且不计入该定点医疗机构的门诊腹透包干人次。

1. 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。市医疗保障经办机构按照下列规则测算并拟定门诊大型设备结算标准，报市医疗保障行政部门审定：

（一）单项门诊大型设备结算标准

1.定点医疗机构单项门诊大型设备结算标准=上年度该定点医疗机构该项门诊大型设备医保目录范围内费用÷该定点医疗机构上年度门诊人次×（1+上年度深圳市居民消费价格指数同比增长率）×（1+政策性调整幅度）。

政策性调整幅度由市医疗保障行政部门根据实际情况确定。

2.定点医疗机构在年度内申请新增单项门诊大型设备，结算标准按下列规则计算：

（1）申请通过后的前六个月内，定点医疗机构年度新增单项门诊大型设备结算标准=当月该定点医疗机构该项门诊大型设备医保目录范围内费用÷当月该定点医疗机构门诊人次。

（2）申请通过六个月后至当年度年度清算期间，定点医疗机构年度新增单项门诊大型设备结算标准=申请通过后前六个月该定点医疗机构该项门诊大型设备医保目录范围内费用÷申请通过后前六个月该定点医疗机构的门诊人次。

（二）门诊大型设备结算标准

定点医疗机构门诊大型设备结算标准=Σ该定点医疗机构单项门诊大型设备结算标准+Σ该定点医疗机构年度新增单项门诊大型设备结算标准。

1. 市医疗保障经办机构按照下列规则对定点医疗机构申报的按单元付费费用按月予以预结算，月预结算费用原则上按照月度预清算总额计算，超出实际医保基金记账金额的纳入年度清算：

（一）门诊血透月度预清算总额=门诊血透结算标准×该定点医疗机构当月门诊血透人次；

（二）门诊腹透月度预清算总额=门诊腹透结算标准×该定点医疗机构当月门诊腹透包干人次；

（三）门诊大型设备月度预清算总额=该定点医疗机构门诊大型设备结算标准×该定点医疗机构当月门诊人次。

1. 市医疗保障经办机构按照下列规则对定点医疗机构的按单元付费费用进行年度清算：

（一）确定年度预清算总额

门诊血透、门诊腹透、门诊大型设备的年度预清算总额为年度清算周期内对应的月度预清算总额之和。

（二）确定年度医保基金支付金额

1.门诊血透、门诊大型设备的年度医保基金支付金额

（1）年度清算周期内门诊血透或门诊大型设备医保目录范围内费用低于（含）对应年度预清算总额的定点医疗机构：

年度医保基金支付金额=实际医保基金记账费用。

（2）年度清算周期内门诊血透或门诊大型设备医保目录范围内费用高于对应年度预清算总额的定点医疗机构：

年度医保基金支付金额=年度预清算总额×定点医疗机构的实际记账比；

定点医疗机构的实际记账比=定点医疗机构门诊血透或门诊大型设备实际医保基金记账费用÷定点医疗机构门诊血透或门诊大型设备实际医保目录范围内费用。

2.门诊腹透的年度医保基金支付金额

年度医保基金支付金额=门诊腹透年度预清算总额－年度清算周期内参保人门诊腹透个人支付医疗费用总额－年度清算周期内其他补充医疗保险支付的门诊腹透医疗费用总额－年度清算周期内门诊腹透的医疗救助支付总额。

（三）确定年度清算应拨付费用

门诊血透、门诊腹透、门诊大型设备年度清算应拨付费用=年度医保基金支付金额－按月预结算费用之和。

1. 下列费用由市医疗保障经办机构与定点医疗机构或定点零售药店实行按项目付费：
2. 职工医保一档参保人按规定在选定二级以上医疗机构、专科医院（选定社康机构的结算医院除外）发生的普通门诊统筹费用；
3. 参保人按规定在定点医疗机构发生的医保基金支付的门诊特定病种（门诊血透和门诊腹透除外）医疗费用；
4. 参保人按规定在定点医疗机构发生的国家、广东省及本市规定的单独支付药品费用、门诊诊查费；
5. 参保人按规定在定点零售药店发生的由医保基金支付的费用，其中由医保统筹基金支付的外配处方医疗费用计入开具外配处方定点医疗机构的按人头付费或按单元付费；
6. 其他尚未制定支付方式的医疗费用。
7. 市医疗保障经办机构对定点医疗机构和定点零售药店申报的按项目付费门诊医疗费用按月予以结算，月结算费用按照实际医保基金记账金额计算，不再进行年度清算。
8. 年度内因重大突发公共卫生事件、重大医保政策调整等特殊情形，定点医疗机构实际医保基金记账金额超出对应年度预清算总额的，市医疗保障行政部门可以给予合理补偿。
9. 市医疗保障经办机构原则上应当于每年3月底前向定点医疗机构公布当年度各项门诊医疗费用结算标准，并应用于当年度的月预清算及年度清算。因医保重大政策调整等特殊情形，市医疗保障行政部门可以根据实际适当调整结算标准公布时间，当年度结算标准公布前，月预结算参照上年度结算标准执行。
10. 定点医疗机构停止开展实行按人头付费的门诊统筹服务或经市医疗保障经办机构综合评估存在历史结余返还风险的，定点医疗机构应当向市医疗保障经办机构返还历史结余。

历史结余是指2020年1月1日前，社区门诊统筹基金年度结余部分由定点医疗机构按比例留用后，留存在定点医疗机构结转使用的医保基金的统称。

1. 市医疗保障行政部门可以根据医保基金运行情况、门诊共济改革进展、门诊结算数据质量及重大政策调整情况等，对门诊费用探索实施按病种付费等其他付费方式。国家、广东省关于医保支付管理另有规定的，从其规定。
2. 本实施细则自2025年…月…日起施行，有效期3年。2025年门诊医疗费用年度清算按本实施细则规定执行。