



深圳市医疗保障局 关于印发《深圳市医疗保障门诊医疗 费用支付实施细则》的通知

深医保规〔2025〕1号

各有关单位：

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使用效率，根据国家、广东省及本市相关文件要求，结合本市实际，我局制定了《深圳市医疗保障门诊医疗费用支付实施细则》。现予印发，请遵照执行。

深圳市医疗保障局

2025年6月24日

深圳市医疗保障门诊医疗费用 支付实施细则

第一条 为了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）以及国家、广东省和本市有关规定，结合本市实际，制定本实施细则。

第二条 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照国家、广东省和本市有关规定执行。

第三条 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他社康机构）、其他基层医疗机构，职工基本医疗保险二档和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，符合规定的转诊医疗费用纳入上述医疗机构的按人头付费。



第四条 市医疗保障经办机构综合考虑不同人群的就医情况差异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 ÷ 各人群参保人数 × (1 + 增长率)；

按人头付费月结算标准的人群分组和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、医疗费用增长情况、重大政策调整等因素确定。

第五条 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 = Σ 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 = Σ 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。

第六条 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) 确定结余留用或者超支分担金额。

年度清算周期内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，按比例留用部分结余费用。结余留用金额 = 结余基数 × 结余留用比例，结余基数为年度预清算总额与实际医保统筹基金记账金额的差值，其中签约家庭医生参保人的结余基数不设上限，未签约家庭医生参保人的结余基数最高不超过未签约家庭医生参保人的年度预清算总额的 10%。

2. 基金超支的定点医疗机构，合理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 × 医保基金超支分担比例，超支 10% 以上的费用医保基金不负担。



3. 市医疗保障行政部门以参保人就医流向、分级诊疗落实情况、医保基金使用规范等为考核内容，制定对定点医疗机构的年度按人头付费考核指标，按人头付费考核指标应当征求相关定点医疗机构意见并向定点医疗机构公布。市医疗保障经办机构应当在年度清算前完成上一年度按人头付费考核工作，根据年度按人头付费考核结果确定定点医疗机构的结余留用比例或者医保基金超支分担比例，报市医疗保障行政部门审定。

（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。

第七条 参保人按照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。

第八条 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以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。

第九条 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×该定点医疗机构的月度实际记账比;

定点医疗机构的月度实际记账比=该定点医疗机构月度门诊血透实际医保基金记账费用÷该定点医疗机构月度门诊血透实际医保目录范围内费用。

(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-月度参保人门诊腹透个人支付医疗费用总额-月度其他补充医疗保险支付的门诊腹透医疗费用总额-月度门诊腹透的医疗救助支付总额。

第十条 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。

门诊血透的年度预清算总额=门诊血透结算标准×该定点医疗机构年度清算周期内门诊血透人次;

门诊腹透的年度预清算总额=门诊腹透结算标准×该定点医疗机构年度清算周期内门诊腹透包干人次。

(二) 确定年度医保基金支付金额。

1. 门诊血透的年度医保基金支付金额。

(1) 年度清算周期内门诊血透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×定点医疗机构的年度实际记账比;

定点医疗机构的年度实际记账比=该定点医疗机构年度门诊血透实际医保基金记账费用÷该定点医疗机构年度门诊血透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。



第十一条 下列费用由市医疗保障经办机构与定点医疗机构或者定点零售药店实行按项目付费：

（一）职工基本医疗保险一档参保人按照规定在选定二级以上医疗机构、专科医院发生的普通门诊统筹费用，在选定社康机构的结算医院发生的普通门诊统筹费用除外；按照规定在定点医疗机构发生的门诊大型设备检查治疗费用。

（二）参保人按照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。

（三）参保人按照规定在定点医疗机构发生的国家、广东省以及本市规定的单独支付药品费用、门诊诊查费、急诊抢救费用。

（四）参保人按照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（单独支付药品除外）计入开具外配处方定点医疗机构的按人头付费或者按单元付费。

（五）其他尚未制定支付方式的医疗费用。

第十二条 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。

第十三条 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。

第十四条 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结算和年度清算。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。

第十五条 门诊年度清算应拨费用优先从历史结余中予以支付。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者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。

第十六条 市医疗保障行政部门可以根据重大政策调整情况和医保基金运行情况、门诊共济改革进展、门诊结算数据质量等，探索门诊费用按病种付费、总额付费等其他付费方式。国家、广东省另有规定的，从其规定。

第十七条 本实施细则自2025年7月3日起施行，有效期3年。《深圳市定点医药机构门诊医疗费用支付实施细则（试行）》（深医保规〔2023〕10号）同时废止。