附件1

深圳市医疗保障定点医药机构

医疗费用支付办法

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条**（目的依据）**为了加强基本医疗保险（含生育保险，下同）医疗费用结算管理，保障本市基本医疗保险基金的平稳运行，提高基金使用效率，切实保障参保人的基本医疗需求，确保医疗保险制度长期可持续运行，根据国家、广东省及本市医疗保险有关规定，制定本办法。

第二条**（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）之间的基本医疗保险医疗费用结算、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。

第三条**（总体原则）**基本医疗保险医疗费用按照总额预算、结余留用、合理超支分担的原则，采取住院以按病种付费为主、门诊以按人头付费为主的多元复合式支付制度，实行年初预付、按月支付、年度清算的结算方式。

第四条（复合式支付制度）多元复合式医保支付方式包括以下几种：

1. 按病种分值付费（以下简称DIP付费）。利用“疾病诊断+治疗方式”的共性特征对病案数据进行客观分类，在本统筹区范围的全样本病例数据中形成每一个疾病与治疗方式组合的标化定位，客观反映疾病严重程度、治疗复杂状态、资源消耗水平与临床行为规范进行付费。
2. 按床日付费。根据患者每天的资源消耗情况，以床日为计价单位，经过测算确定各类住院疾病的每一住院床日支付标准，在参保人接受定点医疗机构提供的服务后，由医疗保障经办机构根据参保人实际住院的总床日数支付定点医疗机构医疗费用。
3. 打包付费。依据国家临床临床路径规范，以患者从就诊到完成整个诊疗过程中所发生的各项医疗费用的总和为计价单位，制定向患者收取的打包收费标准，并以打包收费标准作为支付标准进行支付。
4. 按人头付费。指医疗保障经办机构根据定点医疗机构服务的参保人员数量及每个服务参保人员的定额标准，结合实际费用予以支付。
5. 按门诊病例分组付费。主要根据疾病类型、治疗方式、费用消耗对门诊医疗服务进行分类，采用门诊病例分组点数计量支付。
6. 按单元付费。又称平均定额付费，即制定每一门诊人次的费用支付标准，医疗保障经办机构根据定点医疗机构实际提供的医疗服务人次数，按照每一人次的费用支付标准向定点医疗机构支付医疗费用。

第五条**（职责划分）**市医疗保障行政部门负责制定并完善支付相关制度和办法，负责制定定点医疗机构下一协议周期各类偿付标准（以下简称周期性调整，原则上每年调整一次），负责审核年度可分配总额，负责指导市医疗保障经办机构实施本办法。

市医疗保障经办机构负责定点医药机构医疗费用结算经办管理及运行情况分析；负责与医疗机构协商谈判，拟定基金支出预算和年度可分配总额；负责对发生本办法确定需协议周期内调整偿付标准情形的医疗机构制定新的偿付标准，并将有关数据报送市医疗保障行政部门。

定点医药机构负责制定内部费用结算管理制度，规范诊疗行为，保证医疗质量，严格控制医疗费用的不合理增长；负责内部信息系统改造，按规范应用医保业务编码，按时保质保量完成数据上传；负责月度结算及年度清算等数据资料的报送工作。

第二章 总额预算

第六条**（总额预算）**按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的基本原则，以保障参保人基本医疗需求为前提，综合考虑医疗发展，合理确定医保基金支出预算。以上年度基金的实际支出为基础编制基金预算，综合考虑本年度基金收入预算、参保人群变动、待遇标准等医保政策调整、符合区域卫生规划的医疗卫生发展情况、参保人员就医需求、物价水平等变动情况、重大公共卫生事件、自然灾害等其他影响支出的情况等因素。

以基金支出预算为依据分别设置住院、门诊不同支付方式的可分配总额，由市医疗保障经办机构与定点医疗机构协商谈判后，报市医疗保障行政部门审核确定。

从年度可分配总额划分出一定比例金额，设立年度住院、门诊不同支付方式的调节金，主要用于年度清算时合理超支分担。

第三章 支付方式

第七条**（住院支付）**参保人在定点医疗机构发生的属于基本医疗保险基金支付范围的住院医疗费用（含住院期间符合规定的院外购药及外检外治的医疗费用），主要按DIP付费方式结算，范围由市医疗保障行政部门根据定点医疗机构综合情况确定。

参保人在定点医疗机构发生属于康复医疗、医疗护理、安宁疗护、精神类疾病、家庭病床等长期住院的住院医疗费用可按床日付费，设为床日病种并折算相应分值，纳入按病种分值付费方式结算管理。

各定点医疗机构实行打包收费的日间手术及住院病种，实行打包付费，付费标准按照市医疗服务价格管理部门公布的打包收费标准执行，设为打包收付费病种并折算相应分值，纳入按病种分值付费方式结算管理。

本市按病种分值付费的病种设置、分值测算、辅助目录分值调整机制、偏差病例校准机制、特殊病例评议机制、费用结算及考核清算等实施细则由市医疗保障行政部门按照国家、广东省相关技术规范和经办规程，结合本市实际另行制定。

第八条**（门诊支付）**参保人选定社康机构或者其他一级以下其他医疗机构（以下简称基层医疗机构）的，其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）、其他基层医疗机构发生的统筹基金支付的门诊医疗费用，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。参保人在选定二级及以上医院、专科医院发生的统筹基金支付的门诊医疗费用，实行按门诊病例分组（APG）付费。具体实施细则由市医疗保障行政部门另行制定。

其他不适宜纳入按人头付费、按门诊病例分组（APG）付费的医疗费用，可实行按病种付费、打包付费、按单元付费等付费方式。

第九条**（医疗集团）**与紧密型城市医疗集团签订家庭医生服务协议的参保人，在其签约的医疗集团发生的统筹基金支付的医疗费用，按照有关规定实行总额付费。

第十条**（考核评价）**市医疗保障行政部门建立绩效考核机制，对定点医药机构年度遵守医保相关法律法规、履行协议、执行医保政策等情况进行考核，可委托符合规定的第三方机构或由经办机构对定点医药机构开展绩效考核，建立动态管理机制。考核结果可与年度清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。考核办法由市医疗保障行政部门另行制定。

第四章 费用结算

第十一条**（年初预付）**为缓解定点医疗机构资金运行压力，对符合条件的定点医疗机构预付周转金，采用年初预付、差额结算的方式管理。

周转金应付费用为支付基数与支付比例的乘积，支付基数为定点医疗机构上一个医保年度月度结算实际支付（不含质量保证金）金额的月平均费用，支付比例与绩效考核结果挂钩，具体比例、拨付条件和拨付方式通过医疗服务协议书约定。

第十二条**（月度结算）**各定点医药机构月预结算费用为按各种支付标准算得的应支付费用与实际医保记账费用的最小值，超出实际医保记账费用的纳入年度清算。

第十三条**（质量保证金）**市医疗保障经办机构每月下旬将上月核准应付费用的97%做为实付费用偿付定点医药机构，3%作为质量保证金暂扣，在年度清算时应返还金额根据绩效考核结果确定，具体比例通过医药服务协议书约定，实际返还金额根据有关规定核算后得出。

定点医药机构未按要求退回应退费用的，市医疗保障经办机构可用质量保证金实际返还金额进行抵销。

第十四条**（年度清算）**每个年度结束后，市医疗保障经办机构需对全市定点医药机构进行年度清算，年度清算内容包括各类支付方式产生的结算费用，清算时段原则上为每年1月1日至当年12月31日，如因重大政策变化等特殊原因可适当延长或缩短。市医疗保障经办机构原则上应当于每年上半年前完成与定点医药机构上年度的年度清算，如有特殊情况应报市医疗保障行政部门审核同意后适当延长并告知相关定点医药机构。跨医疗保险年度结算的住院人次数和费用，归并到出院时所属协议年度计算。

定点医疗机构当年实际医保记账费用未超过按对应支付方式算得的预清算统筹基金支付总金额（以下简称预清算总金额）的，未超过部分为结余，根据基金使用率按一定比例留用；定点医疗机构当年实际医保记账费用超过预清算总金额的，超过部分为超标，根据基金使用率按一定比例分担。

1. 协商谈判与争议处理

第十五条**（评议组织）**市医疗保障行政部门牵头组建医保支付制度评议组织，与定点医疗机构建立集体协商谈判机制，促进定点医疗机构集体协商。评议组织主要负责收集各定点医疗机构意见、协助市医保行政部门开展政策宣传和培训工作、对新协议周期各类偿付标准、医院系数、特殊病例、特病项目及其它市医疗保障行政部门认为有必要提交评议组织评议的内容进行议事。

第十六条（协商谈判）协商谈判要充分考虑各类定点医疗机构的利益和发展，各级别、各类型定点医疗机构都可派代表参加协商谈判。

第十七条**（调整机制）**因重大公共卫生事件、自然灾害、以及医保目录调整、药品和医用耗材集中带量采购等相关重大政策调整等特殊情形影响年度可分配总额，门诊按人头付费定额标准、APG点数，住院病种分值、按床日付费标准、结余留用比例等指标的，市医疗保障行政部门可以根据实际情况调整相应的指标。

1. 附则

第十八条**（临床要求）**定点医疗机构应当遵循合理检查、合理用药、合理治疗的原则，严格执行现行的出入院指征，不得将市医疗保障经办机构与医院结算医疗费用的标准作为对参保人提供医疗服务的依据；严禁以医疗费用超支为由将未达到出院标准的参保人办理出院手续。

第十九条**（违规处理）**定点医疗机构出现分解项目收费、分解住院、挂床住院、高套分值、诊断与操作不符等违规违约行为的，依据有关规定及协议书进行处理。

第二十条**（突发事件）**为应对突发公共卫生事件，市医疗保障经办机构可以按国家、广东省规定预拨专项资金。在突发公共卫生事件应急响应期间，应急医疗救治定点医疗卫生机构救治相关患者的医疗费用可不纳入当年可分配总额核算。

第二十一条**（兜底条款）**国家、广东省及本市对于医保支付管理另有规定的，从其规定。

第二十二条**（实施时间）**本办法自2023年xx月xx日起施行，有效期5年。深圳市医疗保障局2020年印发的《深圳市社会医疗保险定点医药机构医疗费用支付办法》（深医保规〔2020〕3号）《深圳市社会医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费办法》（深医保规〔2020〕7号）同步废止。