

汕尾市基本医疗保险普通门诊付费管理办法

(第二次征求意见稿)

第一章 总 则

第一条【政策依据】为深化医疗保障制度改革，构建多元复合式医保支付方式，规范普通门诊医疗服务行为，提升医保基金使用效率，根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《广东省医疗保障局关于建立健全门诊医保支付方式改革的通知》等文件精神，结合我市实际，制定本办法。

第二条【适用范围】本办法适用于我市基本医疗保险参保人在定点医疗机构发生的普通门诊就医医疗费用，医保经办机构与定点医疗机构统筹基金支付结算。

参保人基本医疗保险普通门诊待遇报销按照我市现行医保政策规定执行，不受本支付方式调整影响。

第三条【支付方式】本市定点医疗机构开展普通门诊医疗服务，实行总额预算管理下按人头付费和病例分组（APG）付费相结合的医保支付方式。

一级及以下定点医疗机构（含社区卫生服务中心/站、乡镇卫生院、村卫生站等基层医疗卫生机构）实行门诊按人头付费，二级及以上定点医疗机构实行病例分组（APG）点数法付费。

第四条【改革目的】普通门诊付费遵循“总额预算、结余留用、超支不补”原则，聚焦基层首诊和健康管理服务，兼顾

医保基金可持续性、医疗机构服务积极性和参保人员待遇公平性，引导医疗资源合理配置，促进分级诊疗，控制医疗费用不合理增长，提升医疗服务质量与医保基金使用效能。

第五条【工作职责】市医疗保障部门负责制定我市基本医疗保险普通门诊支付方式改革相关政策并组织实施，指导各县（市、区）医疗保障部门开展基本医疗保险普通门诊支付结算工作。

各级医疗保障经办机构负责基本医疗保险普通门诊支付经办管理工作，并协助医疗保障行政部门对定点医疗卫生机构开展监督检查。

第二章 总额预算管理

第六条【基本要求】普通门诊医保统筹基金纳入年度医保基金总额预算管理，职工医保和居民医保门诊统筹基金实行分类核算、分账管理，确保基金收支平衡。

第七条【总额控制】普通门诊统筹基金总额预算坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，预算编制综合考量以下因素：

- （一）上年度门诊统筹基金决算总额及使用效益；
- （二）当年医保基金收入增长幅度、参保人数及结构变化；
- （三）医疗费用合理增长水平、物价指数变动；
- （四）重大医保政策调整、人口老龄化程度；

(五)突发公共卫生事件等不可预见因素预留空间。

普通门诊年度总额预算控制数=上年度门诊统筹基金决算总额(不包括药品单独支付费用)×(1+年度支出增长率)。其中,年度支出增长率由市医保部门会同市财政部门,参照近3年普通门诊基本统筹基金支出确定本年度医保基金支出增速,计算普通门诊医保基金年度总额预算控制数。上年度决算总额含基金结余留用部分,不含超支分担金额及临时追加预算。

第八条【预算编制】普通门诊支出预算按照年度总额预算控制目标,参照近3年普通门诊人均医保基金支出、就医人头及增长率测算综合确定。

人均医疗费用=当年普通门诊统筹基金支出(不包括药品单独支付费用)÷当年普通门诊就医人头

人均医保基金支出增长率=(当年普通门诊人均医保基金支出-上年普通门诊人均医保基金支出)÷上年普通门诊人均医保基金支出

就医人头增长率=(当年普通门诊就医人头-上年普通门诊就医人头)÷上年普通门诊就医人头

普通门诊支出预算=【上年普通门诊就医人头×(1+近3年就医人头平均增长率)】×【上年度人均医保基金支出×(1+近3年人均医保基金支出平均增长率)】

当普通门诊年度总额预算按控制数大于普通门诊支出预算时,以普通门诊支出数作为年度总额预算;当普通门诊年度总额预算按控制数小于普通门诊支出预算时,以普通门诊年度总

额预算按控制数作为年度总额预算。

第九条【预算执行】总额预算按以下程序执行：每年第一季度，由市医保经办机构牵头编制当年度总额预算草案；征求定点医药机构意见后，报市医保局、市财政局、市卫生健康局审核；审核通过后于当年3月底前向社会公布。

第十条【调整机制】建立总额预算调整机制。因国家、省重大政策调整、突发公共卫生事件、疾病爆发流行等客观因素导致门诊统筹基金支出大幅波动的，由市医保局牵头，会同市财政局、市卫生健康局核实后，按程序调整年度总额预算，调整结果及时公布。

第三章 门诊人头付费

第十一条【概念定义】普通门诊人头付费是指按定点医疗机构在年度内为签约参保人员提供门诊服务的总人数，以历史数据测算人均补偿标准，经考核后向定点医疗机构拨付费用的医保支付方式。

第十二条【门诊选点】参保人员在市内一级及以下定点医疗机构实行门诊选点签约制度。2027年起，参保人员应选择1家一级及以下定点医疗机构作为普通门诊就医签约机构，原则上实行一年一签。因居住地变动、签约机构服务不达标或其他特殊情况需变更，且未在原签约机构发生普通门诊医疗费用结算的，可凭相关材料向医保经办机构申请中途变更，每年限变

更 1 次。

第十三条【额度管理】参保人员普通门诊人头付费额度按照近 3 年全市一级及以下医疗机构按职工、居民普通门诊人均医保基金支出平均标准，年初统一在年度支付限额中扣除，参保人员在已签约的一级及以下医疗机构就医，按现行普通门诊待遇政策报销。

第十四条【额度计算】普通门诊人头付费额度实行“按人定额、分类精准、动态调整”的核算方式，具体计算如下：

（一）基础额度：以近 3 年度全市一级及以下医疗机构按职工、居民普通门诊人均医保基金支出为基准，综合考虑性别、年龄等因素，运用大数据分析方法，分类模型按统计规律进行测算确定。

（二）分类调整额度：对患有常见慢性病的签约参保人员，如高血压、糖尿病等，或医保部门审核认定的其他特殊病种，分类模型、调整额度按统计规律进行测算确定。

年度人头付费额度=基础额度+分类调整额度

年度人头付费额度由市级医保经办机构牵头组织实施测算，报市级医保行政部门批准后执行，原则上每年进行一次。

第十五条【就医管理】就医管理与费用结算规则：

（一）签约参保人员在签约机构门诊就医的，费用从该机构包干额度中列支；

（二）未签约参保人员或签约后在市内其他一级及以下定点医疗机构就医的，发生医疗费用基金不予支付；

（三）签约参保人员直接前往二级及以上医疗机构就医的，按原待遇报销政策执行，相关费用不计入签约机构包干额度。

第十六条【机构义务】签约医疗机构应履行签约服务承诺，提供常见病诊疗、慢性病规范化管理、健康咨询、预防保健、预约转诊等综合服务；不得推诿患者、降低服务标准、分解诊疗服务或诱导参保人员转诊；建立健全内部管理制度，规范医疗行为和费用控制。

第四章 门诊病例分组（APG）付费

第十七条【定义概念】病例分组付费是指采用病例组合（Case-Mix）的方法，对门诊病人中具有相似的临床特征、资源消耗的病例，以不同诊疗方式为基础，结合诊断对医院门诊病例进行分组，按病例分组（APG）付费的医保支付方式。

第十八条【技术规范】本市定点医疗机构统一执行国家颁布的疾病分类编码、手术操作编码、诊疗项目编码、药品分类编码、医用耗材编码标准，实现医疗服务信息标准化、规范化，为APG分组和点数核算奠定数据基础。

第十九条【分组类型】普通门诊病例（APG）分组具体分为三大类：手术操作类APG，内科服务类APG，辅助服务类APG三类，原则上APG组内变异系数（CV）不大于1，总体方差减小系数（RIV）不小于70%，采用国际上通行方法裁剪数据。分组原则如下：

（一）手术操作APG：以手术、微创操作、介入治疗等为主的病例，以手术相关费用，包括麻醉、药品、耗材等费用作为手术操作入组费用；

（二）内科服务APG：以内科药物治疗、对症处理、慢性病随访等为主的病例，以内科药物治疗相关费用作为内科服务入组费用；

（三）辅助服务APG：以检查、检验、诊查、康复理疗、中医理疗等为主的病例，包括门诊诊查费、一般诊疗费、需额外进行补偿的耗材、国家谈判药等费用作为辅助服务入组费用。

其中（一）手术操作、（二）内科服务病例中的相关检查、检验等费用分入辅助服务APG。

第二十条【分组规则】病例合并与拆分规则：同一参保人员在一个治疗周期内的同一医疗机构就诊，且主诊断一致的多次结算病例（含电子处方外配），合并为1个APG病例核算；同一病例同时包含手术操作、内科治疗和辅助服务的，分别归入对应APG组，按规则合并计算点数。

第二十一条【基准点数】APG基准点数以近3年全市二级及以上定点医疗机构普通门诊医疗费用数据，计算各APG组例均医疗费用。

基准点数=该APG例均费用÷全部APG例均费用×100（计算结果保留4位小数，下同）；

第二十二条【差异系数】差异系数根据医疗机构等级、区域医疗服务成本差异确定，以近3年全市二级及以上定点医疗

机构普通门诊医疗费用数据，综合考虑各APG费用变化情况，计算二级、三级医疗机构差异系数。

差异系数 = 该级别医疗机构APG例均费用 ÷ 全市该APG例均费用

第二十三条【点数计算】病例点数计算：

（一）正常病例：门诊病例APG点数=手术操作（或内科服务或辅助服务）APG基准点数 × 差异系数+同时包含的其他APG基准点数 × 差异系数。

（二）特殊病例：医疗费用下限界值为 0.4，上限界值为 2 的病例，按以下原则计算点数：

1.低倍率APG：医疗费用低于所属APG均费 0.4 倍的，按实际发生医保费用折算点数。

低倍率病例APG点数=对应APG基准点数 × （该病例实际发生总医疗费用 ÷ 全市该APG例均费用）；

2.高倍率APG：医疗费用高于所属APG均费 2 倍的，高出部分按实追加相应点数。

高倍率病例APG点数=对应APG基准点数 × 差异系数+同时包含的其他APG基准点数 × 差异系数+最高核准追加点数

最高核准追加点数=最高核准追加倍数 × 对应APG基准点数

最高核准追加倍数=该病例总费用 ÷ 全市该APG次均费用-上限界值

第二十四条【调整权限】门诊病例APG分组、基准点数、差异系数、上下界限值等原则上每年调整一次，调整工作于每年

1月开始，3月底前结束，调整后的基准点数、差异系数、上下界限值等从1月起生效。调整工作由市级医保中心具体负责，报市医保局批准后执行。

新年度公布APG分组方案、基准点数、差异系数、上下界限值等之前，沿用上年度分组方案及点数、系数等用于月度预付，年度清算时再根据新分组方案和系数重新进行分组、核算。

第五章 费用结算管理

第二十五条【结算规则】普通门诊费用实行“月度预付、年度清算”的结算方式，保障定点医药机构资金周转，提高结算效率。

第二十六条【月度预付】月度预付计算方法如下：

（一）一级及以下定点医疗机构：**定点医疗机构应于每月10日前向医保经办机构申报月度结算**，按照该医疗机构当年选点签约人数，分别计算职工、居民门诊人头付费月度预付款，预留10%服务质量保证金，**自申报之日起15个工作日内**拨付定点医疗机构。

月度预付款 = 该医疗机构年度人头付费总额 ÷ 12 × 90%

（二）二级及以上定点医疗机构：定点医疗机构应于每月10日前，完成上月门诊结算清单上传工作，医保经办机构在3个工作日内按定点医疗机构申报月度金额的60%；次月10日前完成APG分组预结算，并于15日前按月度预付款90%，扣除上

月申报先行预付款项拨付定点医疗机构。具体计算方法如下：

1.计算APG月度点值

月度点值=当月APG病例结算总额÷当月APG点数总和

当月APG病例结算总额=（APG门诊基金月度预算总额+当月APG病例的实际总医疗费用-当月APG病例的实际统筹基金总额-当月异地就医门诊支出）。

其中，APG门诊基金月度预算额为当年度按病例分组门诊付费总额的十二分之一确定，当该预算额大于该月门诊报销的统筹基金额时，该预算额调整为该月门诊报销的统筹基金额。

2.计算APG月度预付款

月度预付款 = [APG点数月度总和 × APG月度点值 - （当月APG病例的实际总医疗费用 - 当月APG病例的实际统筹基金总额）] × 90%。

第二十七条【年度清算】 医保经办机构原则上每年3月底完成上年度普通门诊清算工作，并按照服务协议等有关规定结算服务质量保证金。年度清算计算方法如下：

（一）一级及以下定点医疗机构：根据当年度签约人数、人均医保基金支出平均标准，按照费率法分职工、居民分别计算年度清算费率和各定点医疗年度应偿付额。

1.计算年度清算费率

年度清算费率=年度人头签约总额÷年度人头付费总额

年度人头签约总额=近3年人均医保基金支出平均标准×当年度实际签约人头

年度人头付费总额=基础额度×当年度实际签约人头+Σ分类调整额度×当年度各分类实际签约人头

2.计算年度应偿付额

年度应偿付额=该医疗机构年度人头付费总额×年度清算费率

(二) 二级及以上定点医疗机构: 根据APG年度可分配总额、年度总点数、年度点值, 按照点数法分职工、居民分别计算各定点医疗年度应偿付额。

1.计算APG年度可分配总额

APG年度可分配总额=年度总额预算-年度人头付费总额-年度异地就医门诊支出-年度本地就医门诊零星报销支出

2.计算APG年度点值

APG年度点值=APG年度可分配总额÷各医疗机构年度APG点数总和

3.计算年度应偿付额

年度应偿付额=该医疗机构年度APG点数×APG年度点值-(年度APG病例的实际总医疗费用-年度APG病例的实际统筹基金总额)

第二十八条【激励约束机制】建立激励约束机制, 普通门诊年度清算实行“结余留用、超支不补”责任机制。

年度清算应偿付额=年度应偿付额-月度预付款总和

医疗机构年度应偿付额按以下规则计算:

(一) 定点医疗机构年度普通门诊统筹基金报销额<年度应偿付额 80%的, 按实际统筹基金报销额作为该医疗机构年度应

偿付额；

（二）定点医疗机构普通门诊统筹基金报销额 $\geq$ 年度应偿付额 80%且 $<100\%$ 的，按实际统筹基金报销额与年度应偿付额的差额部分的 80%给予医疗机构结余留用；

年度应偿付额=该医疗机构实际统筹基金报销额+（该医疗机构年度应偿付额-实际统筹基金报销额） $\times 80\%$

（三）定点医疗机构普通门诊统筹基金报销额 $\geq$ 年度应偿付额 100%的，按年度应偿付总额清算，超支部分医保基金不予补偿，由医疗机构承担超支责任。

第六章 监督管理与考核评价

第二十九条【监管机制】建立多部门协同监管机制：

医保部门负责付费办法组织实施、政策解读、监督检查和违规处理；

财政部门负责医保基金预算保障和资金收支监督管理；

卫生健康部门负责规范医疗机构诊疗行为、提升医疗服务质量、推进分级诊疗和家庭医生签约服务。

第三十条【智能监测】医保经办机构应建立大数据智能监控系统，重点监测定点医疗机构以下情况：

（一）一级及以下医疗机构：签约人数异常增长、门诊人次波动、费用集中度、转诊率等；

（二）二级及以上医疗机构：APG分组合理性、点数虚高、

高倍率病例占比、过度诊疗、目录外药品及耗材使用率等。

第三十一条【考核评价】建立科学合理的综合考核评价体系，考核结果与结算费用、结余留用直接挂钩，考核指标包括：

（一）医疗服务质量：诊疗规范率、处方合格率、病历书写合格率、参保人员满意度；

（二）医保基金使用效率：次均费用增长率、目录内药品及耗材使用率、费用控制达标率；

（三）服务可持续性：基层就诊率、转诊规范率、家庭医生签约履约率、健康管理达标率；

（四）合规运营情况：是否存在推诿患者、分解诊疗、虚假就医等违规行为。

考核评价具体实施细则由市医保部门另行制定。

第三十二条【履行义务】定点医疗机构应履行以下义务：

（一）严格执行医保政策和医疗服务规范，因病施治、合理用药、合理检查；

（二）按要求规范上传医疗服务数据、病案信息，确保数据真实、准确、完整；

（三）建立内部医保管理机制，加强医护人员医保政策培训；

（四）主动接受医保、财政、卫生健康等部门监督检查，配合提供相关资料。

第三十三条【违规处理】对定点医疗机构违规行为的处理：

（一）发现人头数异常、点数虚高、过度诊疗、虚假就医等违规行为的，一经查实，扣减相应结算费用；

(二) 情节严重的，暂停医保结算资格 1-3 个月，并处以违规金额 2-5 倍罚款；

(三) 欺诈骗保涉嫌违法犯罪的，移交司法机关处理。

第七章 附 则

第三十四条【术语定义】 本办法所称“药品单独支付费用”，指国家、省规定的单独列示结算的药品费用，具体范围由市医保局另行公布。

第三十五条【调整权限】 市医疗保障局根据国家及省部署、医保基金支付能力等情况，对普通门诊人头付费额度及支付结算相关政策适时进行调整。

第三十六条【解释权限】 本办法由汕尾市医疗保障局负责解释。

第三十七条【执行时间】 本办法发布之日起施行，有效期 3 年。其中，按人头付费自 2027 年 1 月 1 日起施行，一级及以下定点医疗机构、医保经办机构应在 2026 年底前完成院内信息系统及选点相关信息系统改造工作；APG 付费自 2027 年 1 月 1 日起试运行，试运行期间暂按原项目付费结算，各县（市、区）医保部门按本办法规定计算定点医疗机构 APG 付费基金支付情况，并指导定点医疗机构做好病案上传等相关工作，同时完善 APG 分组和系数调整等，正式执行时间再由市医保部门联合市财政、卫健部门另行通知。