

关于《汕尾市基本医疗保险普通门诊付费管理办法》的起草说明

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，根据国家、省关于建立健全门诊医保支付方式改革的决策部署，我局牵头拟制了《汕尾市基本医疗保险普通门诊付费管理办法（征求意见稿）》（以下简称《办法》），现就有关情况说明如下：

一、必要性和背景

基本医疗保险门诊支付方式改革，是深化医疗保障制度改革重要工作之一，通过构建多元复合式门诊医保支付方式，可进一步规范普通门诊医疗服务行为，提升医保基金使用效率。目前，我市基本医疗保险普通门诊仍采用按项目付费的结算方式，从上级要求、政策趋势和维持基金收支平衡来说，均应推动建立健全这一制度。

二、文件依据

（一）《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）；

（二）《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）；

（三）《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）；

（四）《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》（粤医保发〔2025〕16号）；

（五）《汕尾市人民政府办公室关于印发汕尾市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则的通知》（汕府办〔2022〕24号）；

（六）《汕尾市人民政府办公室关于延长汕尾市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则有效期的通知》（汕府办函〔2025〕111号）；

（七）《汕尾市医疗保障局关于延长汕尾市城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹实施办法有效期的通知》（汕医保〔2025〕72号）；

（七）《汕尾市医疗保障局 汕尾市财政局 汕尾市卫生健康局关于印发〈汕尾市基本医疗保险基金总额预算管理办法（试行）〉的通知》（汕医保〔2023〕95号）。

三、对内容的说明

汕尾市基本医疗保险普通门诊付费管理办法贯彻落实国家和省有关要求，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，其中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，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。

（一）主要内容概述

《办法》总共分为七个章节三十七条。具体为：**第一章是总则**，包括政策依据、适用范围、支付方式、改革目的、工作职责等 5 个内容；**第二章是总额预算管理**，包括基本要求、总额控制、预算编制、预算执行、调整机制等 5 个内容；**第三章是门诊人头付费**，包括概念定义、门诊选点、额度管理、额度计算、就医管理、机构义务等 6 个内容；**第四章是门诊病例分组（APG）付费**，包括定义概念、技术规范、分组类型、分组规则、基准点数、差异系数、点数计算、调整权限等 8 个内容；**第五章是费用结算管理**，包括结算规则、月度预付、年度清算、激励约束机制等 4 个内容；**第六章是监督管理与考核评价**，包括监管机制、智能监测、考核评价、履行义务、违规处理等 5 个内容；**第七章是附则**，包括术语定义、调整权限、解释权限、执行时间等 4 个内容。

（二）需要说明情况

1.明确适用范围

《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。

2.明确支付方式

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，其中，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。

3.明确门诊选点要求

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。

4.明确选点额度管理

（1）明确年度额度管理：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。

（2）明确选点就医管理：一是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；二是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；三是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。

5.明确年度总额预算管理

(1)明确总额预算基本要求：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。

(2)明确预算执行：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。

6.明确门诊病例分组（APG）付费内容

(1)明确定义概念：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。

(2)明确基数规范：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。

(3)明确分组类型：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。

(4) 明确点数计算：一是正常病例：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；二是特殊病例：医疗费用下限界值为 0.4，上限界值为 2 的病例，医疗费用低于所属APG均费 0.4 倍的为低倍率病例，按实际发生医保费用折算点数，医疗费用高于所属APG均费 2 倍的为高倍率病例，高出部分按实追加相应点数。

7.明确费用结算事项

(一) 明确结算规则：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。

(二) 明确月度预付规则：一是按人头付费，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，于每月 15 日前拨付定点医疗机构；二是按APG付费，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。

(三) 明确年度清算规则：一是按人头付费，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；二是按APG付费，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。

（四）明确激励约束机制：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，**一是**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；**二是**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；**三是**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。

8.明确政策施行日期

本办法自发布之日起施行，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，试运行结束后正式执行APG付费结算，具体由市医保部门另行通知。