附件

深圳市社会医疗保险定点医药机构

医疗费用结算及标准运算公式

一、社区门诊统筹月结应付费用核算公式

社区门诊统筹定点医疗机构月结应付费用＝[Min（当月社区门诊统筹记账费用＋当月药品零加成门诊新增诊金，月定额标准）]

二、社区门诊统筹结余留用金核算公式

结余留用金根据结余率按以下公式核算：

结余率＝结余金额÷年定额标准；

（1）0＜结余率≤10%，留用金＝结余金额×0.5；

（2）10%＜结余率≤20%，留用金＝当年定额标准×0.1×0.5＋（结余金额－当年定额标准×0.1）×0.4；

（3）20%＜结余率≤30%，留用金＝当年定额标准×0.1×0.9＋（结余金额－当年定额标准×0.2）×0.3；

（4）30%＜结余率，留用金＝当年定额标准×0.1×1.2。

三、社区门诊统筹调剂金核算公式

调剂金算法根据超支率按以下公式核算：

超支率＝（超支金额－历史结余）÷年定额标准；

（1）0＜超支率≤10%，调剂金＝超支金额×0.9；

（2）10%＜超支率≤20%，调剂金＝年定额标准×0.1×0.9＋（超支金额－年定额标准×0.1）×0.8；

（3）20%＜超支率≤30%，调剂金＝年定额标准×0.1×1.7＋（超支金额－年定额标准×0.2）×0.7；

（4）30%＜超支率≤40%，调剂金＝年定额标准×0.1×2.4＋（超支金额－年定额标准×0.3）×0.6；

（5）40%＜超支率≤50%，调剂金＝年定额标准×0.1×3＋（超支金额－年定额标准×0.4）×0.5；

（6）50%＜超支率，调剂金＝年定额标准×0.1×3.5。

四、门诊血透标准测算公式

门诊血透标准为参保人门诊血透费用与门诊血透人次之比。以近三年全市参保人门诊血透次均医疗保险费用取高值，结合基础调整幅度及门诊血透涉及的药品和门诊医疗服务价格政策性调整幅度确定为第三档医疗服务价格收费档次定点医疗机构门诊血透标准。不同医疗服务价格档次定点医疗机构按医疗机构医疗服务价格档次增幅进行调整。公式如下：

门诊血透标准＝近三年全市参保人门诊血透次均医疗保险费用取高值×（1＋基础调整幅度）×（1＋药品和门诊医疗服务价格政策性调整幅度）×（1＋医疗机构医疗服务价格档次增幅）

五、门诊大型设备费用标准测算公式

门诊大型设备费用标准为参保人门诊大型设备费用（包括20%自付部分）与门（急）诊总人次之比。根据不同情形，制定方法如下：

（一）周期性调整的，以近三年门诊大型设备费用与原门诊大型设备费用标准取高值，结合基础调整幅度、门诊大型设备费用政策性调整幅度计算确定。公式如下：

门诊大型设备费用标准＝近三年门诊大型设备费用与原门诊大型设备费用标准高值×（1＋基础调整幅度）×（1＋门诊大型设备费用政策性调整幅度）

（二）新增大型设备诊疗项目的，以申报项目开展期间发生并经市医疗保障经办机构核定的门诊自费检查费用、同期门（急）诊总人次、门诊参保人占比、原门诊大型设备费用标准计算确定。公式如下：

大型设备费用标准＝项目开展期间门诊自费检查费用÷同期门（急）诊总人次×门诊参保人占比＋原门诊大型设备费用标准

定点医疗机构新增多项大型设备诊疗项目的进行累加计算。

（三）增加或者更新已纳入门诊大型设备项目大型医疗设备的，以该项大型设备项目设备增加或者更新的参保人门诊检查费用占门诊大型设备费用的变化比例、原门诊大型设备费用标准计算确定。公式如下：

门诊大型设备费用标准＝原门诊大型设备费用标准×（1＋该项大型设备诊疗项目设备增加或者更新的参保人门诊检查费用占门诊大型设备费用的变化比例）

定点医疗机构增加或者更新多项大型医疗设备诊疗项目的进行累加计算。

（四）下属医疗机构变动的，根据其原门诊大型设备费用标准、门（急）诊总人次变化比例计算确定。公式如下：

门诊大型设备费用标准＝原门诊大型设备费用标准÷（1＋门（急）诊总人次变化比例）

以上情形同时出现的，按不同情形分别计算后合并处理。

六、药品零加成门诊新增诊金标准测算公式

药品零加成门诊新增诊金为参保人门诊医疗保险药品加成费用（按西药加成15%、中成药加成15%、中草药加成25%，下同）与门（急）诊总人次之比。周期性调整时，以原药品零加成门诊新增诊金标准结合药品价格政策性调整幅度确定为药品零加成门诊新增诊金标准。公式如下：

药品零加成门诊新增诊金标准＝原药品零加成门诊新增诊金标准×（1＋药品价格政策性调整幅度）

七、费用极端值病例病种分值调整公式

高费用病例分值＝{[（该病例的医疗总费用÷病种分值库中该级别定点医疗机构该病种的次均医疗费用）－3]×0.7＋1}×该病种分值

低费用病例分值＝该病例的医疗总费用÷病种分值库中该级别定点医疗机构该病种的次均医疗总费用×该病种分值

八、考核结果系数核算公式

考核结果系数＝（十五日内再入院率指标＋平均住院时间指标＋年住院总费用增长比指标＋甲类药品使用率指标＋参保人住院费用负担率指标）÷5，各医院考核结果系数低于97%的，按97%计算，高于103%的，按103%计算。

十五日内再入院率指标＝当年同级别医疗机构十五日内再入院率÷当年该院十五日内再入院率，当年同级别医疗机构十五日内再入院率＝当年全市同级别医疗机构十五日内再入院病例÷当年全市同级别医疗机构总病例数×100%，当年该院十五日内再入院率＝当年该院十五日内再入院病例÷当年该院总病例数×100%。

平均住院时间指标＝（当年同级别医疗机构平均住院时间÷上一年同级别医疗机构平均住院时间）÷（当年该院平均住院时间÷上一年该院平均住院时间）×100%，同级别医疗机构平均住院时间＝全市同级别医疗机构住院总天数÷同期全市同级别医疗机构住院总病例数，该院平均住院时间＝该院住院总天数÷同期该院住院总病例数。

年住院总费用增长比指标＝同级别医疗机构年住院总费用增长比÷该院实际年住院总费用增长比×100%，同级别医疗机构住院总费用增长比＝当年全市同级别医疗机构住院总费用÷上一年度住院总费用，该院实际年住院总费用增长比＝当年该医疗机构住院总费用÷上一年度住院总费用。

甲类药品使用率指标＝当年该院甲类药品使用率÷当年同级别医疗机构甲类药品使用率，当年同级别医疗机构甲类药品使用率＝当年全市同级别医疗机构甲类药品费用÷同期总药费×100%，当年该院甲类药品使用率＝当年该机构甲类药品费用÷同期总药费×100%。

参保人住院费用负担率指标＝当年同级别医疗机构参保人住院费用负担率÷当年该院参保人住院费用负担率，当年同级别医疗机构参保人住院费用负担率＝当年全市同级别医疗机构参保人住院费用负担费用÷同期住院总费用×100%，当年该院参保人住院费用负担率＝当年该机构参保人住院费用负担费用÷同期住院总费用×100%。

九、家庭病床床日费用标准测算公式

家庭病床床日费用标准以近三年全市参保人家庭病床床日费用与原家庭病床床日费用标准取高值，结合基础调整幅度及住院医疗服务价格政策性调整幅度确定。公式如下：

家庭病床床日费用标准＝近三年全市参保人家庭病床床日医保记账费用与原家庭病床床日费用标准取高值×（1＋基础调整幅度）×（1＋住院医疗服务价格政策性调整幅度）

十、六类严重精神障碍疾病床日费用标准测算公式

六类严重精神障碍疾病床日费用标准为六类疾病费用与六类疾病床日之比。以近三年全市参保人六类疾病的床日医疗保险费用取高值，结合基础调整幅度及住院医疗服务价格政策性调整幅度确定为第三档医疗服务价格收费档次定点医疗机构六类严重精神障碍疾病床日费用标准。不同医疗服务价格档次定点医疗机构按医疗机构医疗服务价格档次增幅进行调整。公式如下：

六类严重精神障碍疾病床日费用标准＝近三年全市参保人六类疾病床日医疗保险费用取高值×（1＋基础调整幅度）×（1＋住院医疗服务价格政策性调整幅度）×（1＋医疗机构医疗服务价格档次增幅）

十一、长期医疗护理床日费用标准测算公式

长期医疗护理床日费用标准为参保人长期医疗护理费用与长期医疗护理床日之比。以近三年全市参保人长期医疗护理床日医疗保险费用取高值，结合基础调整幅度及住院医疗服务价格政策性调整幅度确定为第三档医疗服务价格收费档次定点医疗机构长期医疗护理床日费用标准。不同医疗服务价格档次定点医疗机构按医疗机构医疗服务价格档次增幅进行调整。公式如下：

长期医疗护理床日费用标准＝近三年全市参保人长期医疗护理床日医疗保险费用取高值×（1＋基础调整幅度）×（1＋住院医疗服务价格政策性调整幅度）×（1＋医疗机构医疗服务价格档次增幅）

十二、安宁疗护床日费用标准测算公式

安宁疗护床日费用标准为参保人安宁疗护费用与安宁疗护床日之比。以近三年全市参保人安宁疗护床日医疗保险费用取高值，结合基础调整幅度及住院医疗服务价格政策性调整幅度确定为第三档医疗服务价格收费档次定点医疗机构安宁疗护床日费用标准。不同医疗服务价格档次定点医疗机构按医疗机构医疗服务价格档次增幅进行调整。公式如下：

安宁疗护床日费用标准＝近三年全市参保人安宁疗护床日医疗保险费用取高值×（1＋基础调整幅度）×（1＋住院医疗服务价格政策性调整幅度）×（1＋医疗机构医疗服务价格档次增幅）

十三、药品零加成住院床日新增诊查费标准测算公式

药品零加成住院床日新增诊查费为参保人及生育（含生育医疗）保险参保人住院医疗保险药品加成费用与住院总床日之比。周期性调整时，以原药品零加成住院床日新增诊查费标准结合药品价格政策性调整幅度确定为药品零加成住院床日新增诊查费标准。公式如下：

药品零加成住院床日新增诊查费标准＝原药品零加成住院床日新增诊查费标准×（1＋药品价格政策性调整幅度）

十四、预付款核算公式

预付款偿付基数为各定点医药机构上一个医保年度月度结算实际支付（不含质量挂钩金）金额的月平均费用。偿付比例根据定点医药机构信用等级结果而定。偿付基数乘以偿付比例得出预付款应付费用，实付费用根据相关规定核算得出，与原拨付金额比较，实行差额结算。