**绍 兴 市 医 疗 保 障 局**

**绍 兴 市 财 政 局**

**绍 兴 市 卫 生 健 康 委 员 会**

**文 件**

绍市医保〔2021〕18号

**绍兴市医疗保障局 绍兴市财政局 绍兴市卫生健康委员会关于明确绍兴市基本医疗保险**

**住院费用实施总额预算管理下按DRGs**

**点数付费相关政策的通知**

各区、县（市）医疗保障局（分局）、财政局、卫生健康局，有关单位：

根据《绍兴市医疗保障局绍兴市财政局绍兴市卫生健康委员会关于印发<绍兴市基本医疗保险住院费用实施总额预算下按DRGs点数付费暂行办法操作细则>的通知》（绍市医保[2019]55号）和省医保局的工作部署，经对全市医疗机构住院费用历史数据的测定，现就我市基本医疗保险住院费用实施总额预算管理下按DRGs点数付费的相关政策予以补充明确，请认真贯彻执行：

**一、**分组标准

按照《浙江省医疗保障局关于印发浙江省医疗保障疾病诊断相关分组（ZJ—DRG）细分组目录（1.0 版）的通知》要求，全市统一执行省医保局发布的疾病诊断相关分组标准。

二、差异系数

（一）根据不同级别不同医疗机构之间服务能力的差异，按照等级系数和医院系数结合的方式，为不同级别不同医疗机构的相关DRG组设置相应的差异系数；

（二）DRGs点数付费办法实施的首年度（2020年），各DRG组差异系数按以下公式计算确定：

差异系数=等级系数×20%+医院系数×80%

等级系数=该级别医疗机构该DRG组住院均次费用/全市该DRG组住院均次费用（注：该级别所有医疗机构该DRG组总病例数少于等于5例时，该级别该DRG组等级系数优先按相邻上一级别等级系数确定，上一级别等级系数不存在的按相邻下一级别等级系数确定。该DRG组各级别等级系数均无法确定的，各级别等级系数均设置为1）。

医院系数=该医疗机构该DRG组住院均次费用/全市该DRG组住院均次费用（注：该医疗机构该DRG组总病例数少于等于5例时，取同级别该DRG组等级系数作为调整后医院系数）。

差异系数上限为1.6279，下限为0.3902

（三）各DRG组差异系数（包括上下限）根据实际情况动态调整。原则上，DRGs点数付费办法实施的次年起，每年一次进行差异系数调整，医院系数每年下降10个百分点，等级系数每年增加10个百分点，逐年调整至等级系数达到60%以上。

（四）按照卫生健康部门评定等级，医疗机构划分为三级、二级、其他三个等级。新增定点医疗机构当年差异系数按等级系数确定，后续随全市统一调整。

三、稳定病组与非稳定病组

DRG病组分为稳定病组和非稳定病组。DRG病组内例数符合大数定理要求界值或者例数达到20例及以上且CV＜1的病组为稳定病组。组内例数＜20例的病组为非稳定病组。组内例数≥20且CV≥1的病组经再次裁剪后，如CV＜1的纳入稳定病组，反之纳入非稳定病组。稳定病组中的病例分为高倍率病例、低倍率病例、正常病例。

非稳定病组的病例、无法分入已有病组的病例，其点数=（该病例实际发生医疗费用-不合理医疗费用）÷全部DRG住院均次费用×100。

四、倍率界值

（一）高倍率病例按以下办法确定：

1.基准点数小于等于100点的DRG组中，费用高于该DRG组住院均次费用3倍的病例；

2.基准点数大于100点且小于等于200点的DRG组中，费用高于该DRG组住院均次费用2.5倍的病例；

3.基准点数大于200点的DRG组中，费用高于该DRG组住院均次费用2倍的病例。

高倍率病例点数=对应的DRG基准点数×DRG差异系数+核准追加点数。其中核准追加点数=核准追加倍数×对应的 DRG基准点数，核准追加倍数=（该病例总费用-不合理医疗费用）÷全市该DRG住院均次费用-上限裁剪倍率。

注：上限裁剪倍率参考高倍率确定办法。

（二）低倍率病例按以下办法确定：

住院总费用为该DRG组均次费用0.4倍及以下的病例（日间手术病例除外）。

低倍率病例点数=(该病例实际发生医疗费用-不合理医疗费用)÷全部DRG住院均次费用×100，最高不超过该病例对应的DRG基准点数。

（三）正常病例为除高倍率、低倍率病例以外的病例。

五、其他结算办法

1. 日间手术

日间手术病例结算时，点数按其实际费用折算点数再上浮15%计算，最高不超过本医疗机构该DRG点数的90%。

1. 家庭病床

家庭病床病例结算时，点数按其实际费用折算点数，最高不超过本医疗机构该DRG点数。

注：折算点数=（该病例实际发生医疗费用-不合理医疗费用)÷全部DRG住院均次费用×100。

六、特病单议

医保经办机构组织专家对特殊病例进行单议，确定特殊病例的结算费用。季度单议结算仅包含以下四种情况：

（一）对于稳定病组中高倍率病例、低倍率病例结算有疑问的病例；

（二）危急重症抢救患者或死亡病例；

（三）已在医保经办机构备案的新技术项目病例；

（四）经医保经办机构组织专家核准的其他情况；

定点医疗机构可根据临床需要，向DRG基金结算公示系统线上申请部分特殊患者病例进行单议核算，但须严格控制单议核算的患者数量，原则上每月不得超过当期本院总出院人次的5%。特病单议申请经专家审核通过，医保经办机构确认后进行单议核算。特病单议详细流程另行制定。

七、考核管理

在对各医疗机构进行年度清算时，将考核扣罚点数计入该医疗机构的年度总点数中。具体情况包括以下：

（一）对“分解住院”、“健康体检住院”、“挂名（床）住院”、“不符合入出院指征住院”的病例，不予结算病例点数，并按该病例点数的1倍扣罚点数；

（二）对故意“高套点数”的病例，不予结算病例点数，并按该高套病例点数的2倍扣罚点数；

（三）对“将住院费用分解至门诊结算”的病例，不予结算病例点数，并按该费用对应点数的3倍扣罚点数；

（四）除以上3点外其他违规情况，根据实际情况讨论予以单独处罚；

（五）各医疗机构可在DRG基金结算公示系统查看违规扣罚情况，对于违规扣罚有异议的持《绍兴市基本医疗保险DRG点数付费定点医疗机构申诉表》（附件）向医保经办机构进行申诉，医保经办机构定期组织特病单议会议时处理并答复医疗机构。

八、医保基金结算

本统筹区住院、市内异地住院、省内异地住院的医保基金金额，由医保经办机构每月按各定点医疗机构按病组支付额的95%预拨。

九、相关要求

（一）医保结算的住院病例，原则上全部采用刷卡或者扫码的方式结算。如因特殊情况需采用手工报销结算的病例，医疗机构需书面说明情况并报当地医保经办机构，各区、县（市）医保经办机构以月为单位，在每月10日前汇总上报至市医保经办机构。

（二）医疗机构申请进入、退出医保住院基金结算，或医院等级发生变化的，应及时向当地医保经办机构报备。当地医保经办机构确认后，书面上报市医保经办机构，并由市医保经办机构通知服务机构进行处理。

（三）医疗新技术点数、追加总点数及奖惩点数等的具体规则另行制定。

（四）承担政府指令性任务、重大突发事件及重大传染病救治、干部保健等不纳入DRG点数付费。

十、本通知实施起始时间与绍市医保[2019]55号文件同步，执行至2022年4月，期间有重大问题和其他未尽事宜的，由医保部门会同卫生健康、财政部门协商解决。

附件：绍兴市基本医疗保险DRG点数付费定点医疗机构申诉表

绍兴市医疗保障局 绍兴市财政局

绍兴市卫生健康委员会

2021年4月8日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件  **绍兴市基本医疗保险DRG点数付费定点**  **医疗机构申诉表** | | | | | | |
| 定点医疗机构名称： | |  |  | 申诉时间： |  |  |
| 申诉病例  信息 | 住院号 |  | 住院时间 |  | 出院时间 |  |
| 姓 名 |  | 身份证号码 |  | | |
| 出院诊断 |  | | | | |
| 所属病组 |  | | | | |
| 审核发现  问题 |  | | | | | |
| 申诉理由 |  | | | | | |
| 专家意见 |  | | | | | |
|  | 专家签字： |  |  | 时间： |  |
| 医疗机构经办人签字： | | |  | 科室负责人签字： | |  |
| 医保经办机构经办人签字： | | |  | 科室负责人签字： | |  |
| 医保经办机构签章： | |  |  | 时间： |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| 绍兴市医疗保障局办公室 | 2021年4月8 日印发 |
|  | |