天津市医疗保障局

天津市医疗保障局关于对天津市医疗保障住院医疗费用按病组（种）付费管理办法

公开征求意见的公告

根据《市医保局市卫生健康委市财政局关于印发天津市基本医疗保险住院医疗费用按疾病诊断相关分组付费管理办法（试行）的通知》（津医保局发〔2020〕59号）和《天津市医疗保障区域点数法总额预算和按病种分值付费管理办法（试行）》（津医保局发〔2021〕75号）实施以来的实际运行情况，为进一步健全完善运行管理机制和激励约束机制，优化住院医疗费用按疾病诊断相关分组付费和按病种分值付费管理政策，我们起草了《天津市医疗保障住院医疗费用按病组（种）付费管理办法（征求意见稿）》（以下简称《办法》），现面向全市各定点医疗机构公开征求意见。

请于2024年3月28日前，将修改意见反馈至电子邮箱：sybjdybzc@tj.gov.cn。

附件：天津市医疗保障住院医疗费用按病组（种）付费管理办法（征求意见稿）

 2024年3月 日

（此件主动公开）

天津市医疗保障住院医疗费用按病组（种）

付费管理办法

（征求意见稿）

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实《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），在实施区域点数法医保总额预算管理的基础上，持续推进住院医疗费用按病组（种）付费，发挥医保基金战略性购买作用，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，依据《国家医疗保障局办公室关于印发疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范和分组方案的通知》（医保办发〔2019〕36号）和《国家医疗保障局办公室关于印发区域点数法总额预算和按病种分值付费试点工作方案的通知》（医保办发〔2020〕45号）等文件，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称住院按病组（种）付费是指，医保经办机构依据本市DRG细分组方案/DIP病种目录，对定点医疗机构规范申报的住院病例进行分组，并按照规定的病组（种）付费权重，将住院医保总额预算分配至各定点医疗机构，并据此与定点医疗机构结算医疗费用的付费方式。

第三条 按病组（种）付费应遵循以下原则：

（一）保障基本。坚持总额预算管理，在此基础上推行住院按病组（种）付费，着力保障参保人员基本医疗需求，促进医药卫生资源合理利用。

（二）激励引导。坚持正向激励为主，健全完善医保对定点医疗机构的考核激励机制，促进医疗机构相应完善对医务人员的考核激励机制，提高医务人员积极性。

（三）统筹协调。坚持共建共治共享，统筹协调相关部门、定点医疗机构等共同参与，共同制定和调整分组付费标准，促进医保、医疗、医药协同发展和治理。

（四）加强管理。坚持提质降本增效，指导推动定点医疗机构加强精细化管理，在保证医疗质量和安全的基础上，规范医疗行为，合理控制成本，助力医疗机构高质量发展。

第四条 市医保局负责统筹全市住院按病组（种）付费管理工作，会同市卫生健康委和市财政局建立协调工作机制，研究解决本市住院按病组（种）付费工作中的有关重大问题，保障住院按病组（种）付费改革顺利进行。市卫生健康委负责医疗机构和医务人员医疗服务行为的监督和管理，指导推动医疗机构相应完善制度建设，强化住院诊疗数据质量控制，建立健全医疗质量和医疗成本控制机制。市财政局会同市医保局做好住院按病组（种）付费相关的经费支持，按照职责分工加强对医保基金的管理和监督。医保经办机构负责本市住院按病组（种）付费结算管理的具体实施工作。

第二章 分组付费标准

第五条 市医疗保障部门会同市卫生健康、市财政部门，按照各主要疾病大类（MDC），分别组建一支主要来自于本市三级西医定点医疗机构、外科与内科俱全各有关专业兼顾的临床专家队伍，配备一定数量来自医保、医院管理、财务、统计、病案等专业的专家，共商共建本市按病组（种）分组付费标准。

第六条 各MDC专家组分别设一名组长，原则上由各MDC组住院例数较多的定点医疗机构推荐，经各有关三级定点医疗机构推选后产生，负责牵头本MDC组各项分组付费标准的专家论证、集体协商等工作。

第七条 本市DRG细分组方案和DIP病种目录，按照国家医疗保障DRG、DIP技术规范，在国家医疗保障DRG分组方案、DIP病种目录库基础上，基于本市定点医疗机构既往年度住院病例数据，经组织专家论证后确定。选择部分适于在基层医疗机构开展的DRG病组/DIP病种，确定为基础病组（种）范围。

第八条 本市各DRG组权重/DIP病种分值，根据既往年度各DRG组/DIP病种的平均住院费用，与全部住院病例平均住院费用的比值测算确定。经组织专家集体协商，可依据资源消耗结构合理性、疾病诊治难易程度、医改政策导向等因素，对各主要疾病大类内各DRG组/DIP病种间相对权重/分值进行结构性调整。

第九条 经组织定点医疗机构集体协商，可根据定点医疗机构间资源消耗差异等实际情况，综合考虑定点医疗机构的隶属关系、区域、级别等因素，将定点医疗机构分为若干档，分别确定各档定点医疗机构费率调节系数，并向承担国家级和市级医学中心、区域医疗中心、临床重点学（专）科建设的定点医疗机构适度倾斜。其中，对适于在基层开展的基础病组（种），实行全市统一的医疗机构费率调节系数，支持促进分级诊疗工作。

第十条 定点医疗机构根据住院病例所分入的病组（种），按照相应的DRG组权重/DIP病种分值，乘以按病组（种）付费基础费率和定点医疗机构费率调节系数，向医保经办机构申报按病组（种）付费点数。其中，按病组（种）付费基础费率以点数形式体现，每个单位DRG组权重/DIP病种分值基础费率为10000点。

第十一条 市医疗保障部门会同市卫生健康、市财政部门，组建一支主要来自本市二、三级中医医疗机构的专家队伍，结合中医诊疗实际划分为一定数量的专家组，各专家组分别设一名组长，共商共建中医医疗机构的住院付费管理机制及有关付费标准。

第三章 住院病例分组

第十二条 定点医疗机构加强信息系统支持，优化内部业务流程，统一使用医保基金结算清单、医保疾病诊断和手术操作分类与代码等国家医保信息业务编码，规范填写和报送基本信息、住院诊疗信息、医疗收费信息以及医疗费用明细等医保业务相关数据，加强数据质量控制，确保申报数据的完整性、合理性和规范性。

第十三条 定点医疗机构一般应当在患者出院后3个工作日内，将质控后医疗保障基金结算清单报送至医保经办机构，因特殊情况需要延迟报送或修改的，应当在患者出院后10个工作日内完成。

第十四条 医保经办机构以定点医疗机构报送的医保基金结算清单数据为基础，使用本市DRG细分组方案和DIP病种目录，对全市所有定点医疗机构报送的全部住院病例进行分组，并根据实际付费需要及时将病组（种）分组结果反馈各定点医疗机构。

第十五条 定点医疗机构对于未能入组或入组异常的病例，可在规定时限内修改完善医保基金结算清单内容，并按规定流程重新申报、重新分组。

第十六条 医保经办机构将DRG/DIP未能入组或入组异常等特殊病例，纳入重点审核范围，并按照以下办法进行费用结算。其中，对于现行分组标准暂未覆盖的住院病例，以及涉及新技术、新项目应用的住院病例，适时在调整完善DRG/DIP分组方案或DRG组权重/DIP病种分值时予以考虑。

（一）未能入组病例。对未能入组病例，统一制定适宜权重/分值纳入按月结算范围，后续可根据审核情况确定最终分组结果并相应调整付费权重/分值。经审核确认为现行分组标准暂未覆盖住院病例的，依规定按照审核后的规范诊疗费用调整确定付费权重/分值。

（二）费用极高病例。对于实际发生费用高于DRG/DIP组平均费用3倍以上，或实际住院天数高于DRG/DIP组平均住院天数2倍以上的入组病例，医保经办机构暂按其所分入的DRG组权重/DIP病种分值纳入按月结算。后续经定点医疗机构申请、医保经办机构审核确认，可根据其规范诊疗费用确定付费权重/分值。定点医疗机构申请调整的病例数量，原则上不得超过其总体病例数量的5%，具体由医保经办机构与各定点医疗机构约定。

（三）费用极低病例。对于实际发生费用未达到DRG/DIP组平均费用50%，或实际住院天数未达到DRG/DIP组平均住院天数50%的入组病例，根据其规范诊疗费用，按照不高于DRG组权重/DIP病种分值的原则核定具体付费权重/分值，并纳入按月结算范围。其中，对于分入外科手术或非手术操作DRG、DIP组的住院病例，经定点医疗机构确认已完成规范化住院治疗全过程的，医保经办机构审核后，可结合日间手术模式、预住院模式和高价医用耗材集中带量采购等因素，适度降低费用极低病例认定标准。

（四）特殊申请病例。对于急诊入院的危急症抢救患者，或涉及对费用影响明显的新技术、新项目应用的住院病例，经定点医疗机构申请、医保经办机构审核确认，可根据其审核后的规范诊疗费用核定付费权重/分值。定点医疗机构特殊申请病例，原则上不得超过其总体病例数量的3%，具体由医保经办机构与各定点医疗机构约定。

第十七条 支持定点医疗机构间通过组建医疗联合体等形式合作，在保障医疗质量安全和服务同质化的基础上，将符合转院条件的住院患者，从上级医疗机构转院至下级医疗机构继续住院治疗。在下级医疗机构所发生的住院医疗费用，参保人员按规定享受各项医疗保障待遇，且无需再负担住院起付标准；医保经办机构对下级医疗机构申报的该笔住院医疗费用，不再进行分组和付费，由上级医疗机构依双方约定向下级医疗机构付费。

第十八条 按规定应由生育保险基金支付的住院病例，不纳入DRG/DIP付费范围，其医疗费用申报和结算按照我市有关规定执行；对于安宁疗护、医疗康复等需长期治疗的住院病例，医保经办机构可探索将DRG/DIP与床日付费相结合的付费方式。

第四章 权重总量控制

第十九条 为强化区域住院医疗总费用增长与经济发展水平相适应的调控机制，医保经办机构以既往年度全市各定点医疗机构全部住院病例的DRG总权重为基础，结合年度住院医保购买总额增长情况，核定西医医疗机构年度医保购买的DRG总权重控制指标，并细分至各MDC组。其中，对于未正常分入DRG组的住院病例，可根据其实际发生费用与全市次均住院费用的比值，对应其所在的MDC组折合为DRG权重。

第二十条 医保经办机构会同卫生健康有关部门，按月向各专家组反馈本专业组的全市DRG分组及付费有关指标数据。各专家组组长一季度至少牵头召开一次专家组会，开展本专业组的运行分析，结合国家及我市公立医院高质量发展、绩效考核的指标导向，按照本专业组权重控制指标，结合实际对有关DRG组权重进行调整，并对有关各方加强精细化管理提出合理化建议。

第二十一条 医保经办机构按月将全市DRG分组及付费有关指标数据反馈各定点医疗机构。各定点医疗机构加强对DRG各项指标数据的横向纵向对比，结合国家及我市公立医院高质量发展、公立医院绩效考核的指标导向以及专家组建议，有针对性的加强内部精细化管理。

第二十二条 医保经办机构按照各专业组权重控制指标，结合本专业组内各DRG组住院例数，对各DRG组权重进行浮动管理。在此基础上，按照区域点数法总额预算管理有关规定，将住院购买总额按照西医、中医两类医疗机构划分，再按规定进一步细分至各定点医疗机构作为住院结算额度，并与各定点医疗机构结算住院医疗费用。其中，DRG/DIP付费病例所对应的住院结算额度，统一按照DRG分组付费标准分配确定，再对应其按实际付费方式所申报的付费点数，向定点医疗机构反馈实际付费点值。

第五章 审核考核监管

第二十三条 定点医疗机构在卫生健康部门指导下，按照医疗机构高质量发展有关要求，建立以成本控制和质量控制为中心的内部管理制度，健全对医务人员的激励约束机制，强化对数据填报质量、医疗服务行为、医疗服务质量等方面的监管。

第二十四条 医保经办机构会同卫生健康有关部门组建医保基金结算清单数据质量控制队伍，对定点医疗机构数据填报和上传的规范性、完整性等进行审核质控，审核和评估医疗机构的数据质量，指导推动定点医疗机构不断提高数据填报质量。

第二十五条 医保经办机构根据DRG/DIP付费管理需要，有针对性的加强审核，重点审核定点医疗机构在实施DRG/DIP付费后，可能出现的申报数据不实、高靠分组、分解住院、分解收费、推诿患者、减少必要服务等行为，建立数据质量及审核监管评价指标，并将审核监管评价情况与费用结算、协议考核等工作挂钩。

第二十六条 医保经办机构根据DRG/DIP付费管理需要，细化和完善医保服务协议，将DRG/DIP付费相关的结算、考核等内容纳入医保服务协议，加强付费管理与协议考核，并将管理考核结果与医疗费用结算和清算挂钩。

第二十七条 市医保监督检查所根据DRG/DIP付费监管需要，加强对各定点医疗机构医保基金使用情况的行政监管，维护DRG/DIP付费运行秩序，保障医疗保障基金安全。

第七章 附 则

第二十八条 本办法由市医保局、市卫生健康委、市财政局按照职责分工分别负责解释。

第二十九条 本办法自2024年4月1日起施行，有效期五年。