附件1

**深圳市社会医疗保险按疾病诊断相关分组**

**（DRG）付费办法**

（征求意见稿）

第一章 总 则

第一条【立法依据】为进一步完善本市医疗保险支付制度，保障本市社会医疗保险基金的平稳运行，提高基金使用效率，切实保障参保人的基本医疗需求，根据国家、广东省、深圳市医疗保险有关规定，制定本办法。

第二条【适用范围】本市医疗保障经办机构与本市定点医院之间的住院医疗费用结算按疾病诊断相关分组（DRG）付费的，适用本办法。

第三条【医院范围】按疾病诊断相关分组付费的定点医院（以下简称DRG付费医院）范围由市医疗保障行政部门根据医院综合情况确定。

第四条【点数法应用】参保人在DRG付费医院发生的属于医疗保险基金支付范围的住院医疗费用，主要按疾病诊断相关分组结合点数法付费。在年度住院医疗费用可分配总额（以下简称年度可分配总额）内，根据总病组点数*、*每一点数的单价、医院系数、考核结果系数等综合指标，并结合未入组病例及单病种收费病例付费情况，确定各医院的支付金额。

第五条【付费人群】在DRG付费医院住院治疗的本市社会医疗保险参保人，包括基本医疗保险一档、二档、三档参保人及生育保险参保人，均纳入DRG付费管理，离休人员、一至六级伤残军人除外。

第六条【职责分工】市医疗保障行政部门负责制定并完善DRG付费相关制度，制定相关付费标准，指导市医疗保障经办机构实施本办法。

市医疗保障经办机构负责DRG付费医院的政策宣传、培训、指导，落实医疗服务协议管理；负责医疗费用监测、结算及运行情况分析。

DRG付费医院负责制定内部费用结算管理制度，规范诊疗行为，保证医疗质量，严格控制医疗费用的不合理增长；负责内部结算系统信息化改造；及时完成病案审核，向市医疗保障经办机构上传参保人住院病案首页等相关信息；负责月结算及年终清算等相关数据资料的报送工作。

第二章 总额预算

第七条【总额预算】本市DRG付费医院年度可分配总额，年初根据所有DRG付费医院上年度参保人就医的住院医疗费用结合增长率核算得出，年度可分配总额含目录外费用等所有的医疗费用。

第八条【总额增长率】市医疗保障行政部门综合考虑基础调整幅度及人次增长等因素，与DRG付费医院协商，合理确定年度可分配总额增长率。

基础调整幅度应当根据近三年本市医疗保险基金征缴平均增长率、支出平均增长率，取最小变动值的二分之一确定，最高不超过10%，最低不低于0%。

第三章 病组和点数管理

第九条【DRG分组】根据国家按疾病诊断相关分组病组的设置，各DRG付费医院的所有住院病例按照疾病病情严重程度、治疗方法复杂程度和实际资源消耗水平等进行分组，市医疗保障行政部门可按照国家统一的分组操作指南，根据实际情况对DRG细分组适时调整。

第十条【点数确定】各DRG病组点数以所有DRG付费医院为单位进行计算，以历史发生的治疗疾病的全部医疗费用为主要依据，推进大数据应用，根据单个病组历史平均医疗费用与所有病组历史平均医疗费用的比值乘以100确定，计算结果截取小数点后两位。公式如下：

DRG病组点数=单个病组历史平均医疗费用÷所有DRG病组历史平均医疗费用×100

根据前款方式确定全市统一的各DRG病组点数，市医疗保障行政部门可根据临床实际情况进行调整。

第十一条**【**点数公开**】**DRG病组点数原则上每年集中调整一次。市医疗保障行政部门应当向各DRG付费医院公开DRG细分组及其点数。

第十二条【日间手术】DRG付费医院经市卫生行政部门批准开展的日间手术病种，未实施打包收费的病种纳入DRG病组管理。

第十三条【按床日付费病例】DRG付费医院精神专科、医疗康复类疾病的住院病例及住院天数极端值病例采取按床日付费，不纳入DRG病组，设为床日病组，床日付费标准由市医疗保障行政部门根据历史数据情况分别确定，并按照以下公式计算点数：

各床日病组点数=付费标准÷所有DRG病组历史平均医疗费用×100

住院天数极端值病例是指住院天数小于等于1天(经批准开展的日间治疗除外)或大于60天的病例。

第十四条【特殊病组】DRG付费医院经市医疗保障行政部门确认不适宜纳入DRG病组的诊疗技术，可采取按单病种付费，设为特殊病组，付费标准由市医疗保障行政部门根据历史数据情况分别确定，并按照以下公式计算点数：

各特殊病组点数=付费标准÷所有DRG病组历史平均医疗费用×100

第十五条【未入组病例】各DRG付费医院月结算时经市医疗保障经办机构确认无法纳入DRG病组的病例（以下简称未入组病例），参照本市其他定点医院住院病例按病种分值付费相关规定和标准进行结算。

第十六条【按病种收费病例】实施按病种收费的病例付费标准按照市医疗服务价格管理部门公布的收费标准执行，医疗费用纳入DRG付费医院可分配总额核算。

第四章 医院系数和考核系数

第十七条【医院系数】医院系数由市医疗保障行政部门综合考虑各DRG付费医院等级、收治病情严重程度、资源消耗、重点专科建设等因素采用基本系数与加权系数结合确定。

基本系数应当根据各病组不同等级医院间平均医疗费用比价关系并结合政策引导方向确定。

DRG付费医院开设的科室经国家卫生部门评定为重点专科（含特色专科）的，每增加一个重点专科，其医院系数加权1%，最高不超过5%。DRG付费医院获得国家卫健委评定的国家医学中心、国家区域医疗中心和国家科技部评定的国家临床医学研究中心，其医院系数加权2%。两种情形叠加不超过7%。因医院系数加权而增加拨付的资金，各医院应当将资金主要用于专科建设、人才培养、新技术创新。

DRG付费医院因级别、重点专科等变动需调整医院系数的，应当向市医疗保障经办机构提交相关证明材料，经市医疗保障经办机构确认后，次月启用新的医院系数。

第十八条**【**考核系数】各DRG付费医院的年度考核结果系数按照本市社会医疗保险定点医药机构医疗费用支付办法相关规定，纳入全市定点医院年度考核统一确定。

第五章 费用结算

第十九条【参保人结算】参保人在DRG付费医院住院结算医疗费用的方法，按社会医疗保险有关规定执行，其待遇不受市医疗保障经办机构与DRG付费医院结算方法的影响。

第二十条【月预结算】各DRG付费医院月预结算费用按照以下公式计算：

月预结算点数单价=（当月可分配总额-未入组病例按病种分值结算费用-按病种收费病例医疗费用）÷各医院当月点数之和；

当月可分配总额=年度可分配总额÷12；

未入组病例按病种分值结算费用=非DRG付费医院月病种分值单价×未入组病例病种分值总和；

各医院当月点数=Σ（各DRG病组点数×当月各DRG病组病例数×医院系数)+Σ(各床日病组点数×当月各床日病组床日数×医院系数)+Σ(各特殊病组点数×当月各特殊病组病例数×医院系数)；

各医院月预结算费用=月预结算点数单价×各医院当月点数+非DRG付费医院月病种分值单价×未入组病例病种分值+按病种收费病例医疗费用-该医院参保人月住院个人支付医疗费用总额-该医院月重特大疾病补充医疗保险支付总额-该医院月医疗救助支付总额。

第二十一条【费用极端值病例】当病例医疗总费用为该级别医院病组次均医疗费用3倍以上或者30%以下时，为费用极端值病例。该病例点数在月结核算各医院病组点数时按照以下公式进行调整：

高费用病例点数=﹛[（该病例的医疗总费用÷该级别医院病组的次均医疗费用）-3]×0.7+1}×该病组点数

低费用病例点数=该病例的医疗总费用÷该级别医院病组的次均医疗费用×该病组点数

第二十二条【年终清算】市医疗保障经办机构在年度可分配总额的范围内，每协议年度结束后对各DRG付费医院的参保人住院费用进行清算。年终清算时，应当偿付给各医院的医疗费用，按照以下规则计算：

（一）年度点数单价。

年度点数单价=（年度可分配总额-未入组病例按病种分值年度清算费用-按病种收费病例医疗费用）÷各医院年度点数之和；

1. 未入组病例按病种分值年度清算费用。

未入组病例按病种分值年度清算费用=非DRG付费医院年度病种分值单价×未入组病例年度病种分值总和

（三）各医院年度点数。

医院年度清算点数=医院当月点数累加值×考核结果系数。

（四）各医院年度统筹基金预清算支付总额及应支付总额。

各医院年度统筹基金预清算支付总额=年度点数单价×各医院年度清算点数+非DRG付费医院年度病种分值单价×未入组病例年度病种分值×考核结果系数+按病种收费病例医疗费用-该医院参保人年住院个人支付医疗费用总额-该医院年重特大疾病补充医疗保险支付总额-该医院年医疗救助支付总额。

各医院年度统筹基金应支付总额按如下方式核算：医院住院实际统筹基金记账总额未达到医院住院年度预清算支付总额90%的，则按医院住院实际统筹基金记账总额的110%作为年度统筹基金应支付总额，其中未达到70%的，按实际统筹基金记账总额作为年度统筹基金应支付总额。住院实际统筹基金记账总额达到医院住院年度预清算支付总额90%以上的（含90%），则按医院住院年度预清算支付总额作为年度统筹基金应支付总额。

（五）各医院年终清算应偿付费用。

各医院年终清算应偿付费用=各医院年度统筹基金应支付总额-月预结算费用总额。

（六）DRG付费医院因收治危急重症和开展新技术等原因导致超标的，其超标部分在年度可分配总额剩余部分内按以下办法进行补偿：对超支10%以内部分支付70%，对超过10%以上部分不进行补偿。需补偿金额超过年度可分配总额剩余部分的，根据各医院需补偿金额按比例分配。

第二十三条【住院新增诊查费】DRG付费医院住院病例产生的药品零加成住院床日新增诊查费不纳入年终清算。

第六章 附 则

第二十四条【医院规范】DRG付费医院应当遵循合理检查、合理用药、合理治疗的原则，严格执行现行的出入院指征，加强病案质量管理，病人住院期间实施的各项检查和治疗，应与病人的病情及病程记载相符合，严格按照疾病诊断标准规范填写疾病名称、手术操作名称，出院诊断应按病人就诊住院时的主要疾病、合并症、次要疾病正确选择主要诊断及相关的主要手术操作，并依次填写，严禁疾病诊断升级。如出现分解住院人次、故意修改诊断结论、升级诊断和操作编码、提供医疗服务不足、推诿重患、费用分解等行为的，依据有关规定进行处理。

第二十五条【特殊情况】对于因突发重大疫情而增加的医疗救治费用，不纳入当年可分配总额核算。对于确因医疗保障重大政策变动，导致当年全市医疗费用发生重大变化的，或者因DRG付费医院规模及范围调整导致医院医疗费用发生重大变化的，当年可分配总额可给予合理调整。调整额度由市医疗保障行政部门在当年度年终清算前与DRG付费医院协商确定。

第二十六条【新技术新药品】为满足参保人的就医需求，对于临床上普遍认可、特别需要支持的、符合医保支付范围相关要求和标准的医学新技术、新药品，达到一定例数后，由医疗机构申报，经专家审核，采用当年度数据测算点数，下一协议周期增设为新DRG病组或者调整该病组点数。

第二十七条【其他规定】DRG付费医院的费用结算、预付款及质量保证金等在本办法未规定的，按照本市社会医疗保险定点医药机构医疗费用支付办法相关规定执行。

第二十八条【生效时间】本办法自2021年1月1日起施行，有效期5年。