附件2

**《深圳市社会医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费办法》起草说明**

根据规范性文件的要求，现就《深圳市社会医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费办法》（以下简称《DRG办法》）的起草情况说明如下：

一、起草背景及必要性

（一）国家相关文件对推进按疾病诊断相关分组（DRG）付费工作提出了指导性意见。

2017年6月，国务院办公厅印发了《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55号，下称“55号文”），明确提出开展按疾病诊断相关分组付费试点。同时，提出“有条件的地区可积极探索将点数法与预算总额管理、按病种付费等相结合，逐步使用区域（或一定范围内）医保基金总额控制代替具体医疗机构总额控制。采取点数法的地区确定本区域（或一定范围内）医保基金总额控制指标后，不再细化明确各医疗机构的总额控制指标，而是将项目、病种、床日等各种医疗服务的价值以一定点数体现，年底根据各医疗机构所提供服务的总点数以及地区医保基金支出预算指标，得出每个点的实际价值，按照各医疗机构实际点数付费”。

2019年5月，国家医保局牵头印发了按疾病诊断相关分组付费国家试点城市名单，提出“以探索建立DRG付费体系为突破口，实行按病种付费为主的多元复合支付方式”，深圳市应用DRG的医疗机构作为国家观察点单位。

2020年2月，中共中央、国务院印发了《关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号，下称“中发5号文”），提出“完善医保基金总额预算办法，健全医疗保障经办机构与医疗机构之间协商谈判机制，促进医疗机构集体协商，科学制定总额预算，与医疗质量、协议履行绩效考核结果相挂钩。大力推进大数据应用，推行以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式，推广按疾病诊断相关分组付费，医疗康复、慢性精神疾病等长期住院按床日付费，门诊特殊慢性病按人头付费”。

（二）我市稳步推进DRG付费改革，实践证明该项工作在我市实施是可行的。

我市2017年6月启动DRG付费改革，2018年9月结合我市实际，出台《深圳市社会医疗保险按疾病诊断相关分组付费办法（试行）》（深人社规〔2018〕13号，下称《试行办法》），2019年1月在深圳市人民医院等4家首批试点医院实现DRG付费，2019年9月将付费医院范围扩大到9家。改革设计思路基本得到落实，体现DRG付费改革对医疗卫生改革各方利益的撬动作用，改革成效初步显现。首批4家试点医院2019年医疗保险患者住院例均费用增幅明显放缓，在入院病例数增幅提升超5个百分点情况下，总费用增幅仅提升1个百分点，就诊的住院参保人负担比为18.03%，较2018年下降0.22%。

（三）我市同步推行按病种分值付费改革，DRG付费改革需与按病种分值付费改革协同。

为全面推进我市医保支付方式改革工作，我局2020年3月印发《深圳市社会医疗保险定点医药机构医疗费用支付办法》（深医保规〔2020〕3号，下称《支付办法》），4月1日起实施，将定点医院（除按疾病诊断相关分组付费试点医院外）住院费用由按服务单元付费为主调整为按病种分值付费为主，按病种分值是各病种均次费用与某固定值（或基准病种）的比例关系确定相应的病种分值，引入分值概念，模糊了诊治病种与费用之间的直接关系，消除了医疗机构提供过度医疗服务的经济动力，并设定基层病种，基层机构与高级别医院同等付费系数，同时，遴选中医优势病种，病种分值予以倾斜。我市计划通过并行病种、病组改革，先行规范医院行为和病案质量，使更多的医院逐步达到DRG付费要求，成熟一家过渡一家到DRG付费。因此，DRG付费相关政策需要与按病种分值付费政策相衔接，保持相对一致，避免实行不同付费方式的医院的相互比较。

（四）《DRG办法》出台的必要性。

**一是**《试行办法》制定时，明确试行期2年，试行期到期后，亟需出台新的DRG付费政策作为付费依据。

**二是**《试行办法》存在部分不足，亟需在《DRG办法》中予以重新规定：总额控制指标针对单家医院设定，未能将国家规定的总额预算范围落实到所有DRG付费医院；对于DRG病组中特殊情况病例未明确规定，出现费用极端值病例、无法入组的病例时，处理方式未能体现医保付费精细化；关于支持医院高水平建设方面力度不够，无相应规定条款支撑；缺乏绩效结果的支付应用，具体考核结果并没有精细的设计进结算体系中。

**三是**深化我市DRG付费改革的需要。推进医保支付方式改革，形成住院以按病种、病组为主的多元复合式医保支付制度，被列入2020年市政府重点工作事项之一。按照工作要求，我市今年需完善DRG付费政策。

二、《DRG办法》主要内容及修改点

（一）推行DRG付费与点数法相结合

按照“55号文”精神，将DRG付费与点数法相结合，改变《试行办法》先确定各医院基础费率的做法，引入点数法，并与所有DRG付费医院的总额预算挂钩，年底根据点数再确定各医院的实际付费金额。同时，与《支付办法》推行的按病种分值付费原理保持一致，实现病种付费和病组付费的政策相衔接，为后续两种付费方式的并行和转换提供政策空间。DRG付费与点数法相结合符合医保支付方式改革方向，国内其他省市已在开展，2019年11月，浙江省在全省推行基本医疗保险住院费用DRG点数付费。

**政策导向分析：一是**模糊各病组与医疗费用的直接关系，各医院无法预先知道实际付费金额，而是通过点数体现各病组医疗资源消耗和医疗价值的差异，年底再确定各点数的单价，促使医生依据患者病情合理诊疗，引导医院专注医疗服务质量，而不是直接将患者诊治与医保付费标准相关挂钩，有利于控制医疗费用不合理增长；**二是**通过点数法将总额预算实际运用到付费，确保医保基金增长可控，稳健运行。

（二）总额预算管理

《DRG办法》明确年初确定DRG付费医院年度可分配总额，该总额包括所有DRG付费医院及所有医疗费用，改变《试行办法》单家医院制定总额控制指标的做法，符合“55号文”规定的“使用一定范围内医保基金总额控制代替具体医疗机构总额控制”的做法。同时，明确可分配总额增长率与DRG付费医院协商确定，体现“中发5号文”规定的“促进医疗机构集体协商，科学制定总额预算”精神。

**政策导向分析：一是**通过年初设定可分配总额且包含所有医院，有利于各医院明确总体控费目标，与医保部门共同做好全年数据监测；**二是**将目录外费用纳入总额核算，有利于引导医院为提高自身结余金额而降低目录外项目使用占比，进而提高参保人改革获得感；**三是**建立协商机制，有利于加强医保部门与医院间的协作，使总额预算更加科学合理。

（三）病组设置

在《DRG办法》中明确DRG分组原则。我市9家DRG付费试点医院现使用的DRG分组版本是原国家卫生计生委公布的C-DRG版本。2019年10月，国家医保局印发疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范，公布了CHS-DRG分组方案，未来将实现26个主要诊断分类（MDC）和376个核心DRG分组（ADRG）全国一致，允许各地根据实际情况制定本地的细分DRG分组（DRGs）。目前，国家CHS-DRG技术规范和分组方案在本市落地工作仍在推进中，在该分组版本正式实施前，我市DRG付费医院近期仍将使用C-DRG版本进行付费。因此，在《DRG办法》中，关于DRG分组版本不作具体规定，只作原则性表述，为不同版本的衔接和下一步CHS-DRG在本市落地应用提供做政策依据。

（四）点数管理

在《DRG办法》中明确各病组点数确定的计算公式，利用大数据，以DRG付费医院历史出院病历资料为基础，根据单个DRG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DRG病组点数。点数高低取决于该病组的疾病病情严重程度、治疗方法复杂程度和实际资源消耗水平，大病重病点数高，小病轻病点数低。点数的确定原理与《支付办法》病种分值的确定基本一致。各DRG病组点数原则上每年集中调整一次并向各DRG付费医院公开，一经确定，协议周期内不再进行调整。

（五）病组管理

由于医院的各种病例情形存在差异，结合政策导向，在《DRG办法》中将病组分为DRG病组（可归入DRG管理的病例）、床日病组（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）、特殊病组（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）。三类病组的医疗费用同样折算成点数，统一纳入点数管理。

**政策导向分析：一是**对于需长期住院的病例，按床日折算点数，对于确认不适宜纳入DRG病组的诊疗技术，单独制定付费标准再折算成点数，充分考虑各类型病例的差异性，体现医保付费的精细化管理，保障医院合理权益的同时又满足了参保人不同的医疗需求；**二是**将日间手术纳入DRG病组管理，有利于我市医疗机构开展日间手术，提高医疗效率，助力解决看病难问题。

（六）特殊病例管理

《试行办法》未对无法入组病例明确规定，目前对此类病例采取按服务单元的方式进行付费。因此，在《DRG办法》明确了无法入组病例和按病种收费病例的具体付费方式，无法入组病例按照按病种分值付费相关规定和标准进行结算，先计算按病种分值付费的医院的月付、年终清算结果，DRG付费医院直接使用同等计算结果。按病种收费病例付费标准按收费标准执行。

**政策导向分析：**对无法入组病例按病种分值付费，采用其他医院的病种分值单价，改变原按服务单元付费方式，消除单一付费标准的不良影响，形成住院按病种、病组付费为主的多元复合式支付制度，促使两种付费方式的有效衔接，推动DRG付费医院加强病案管理，逐步减少无法入组病例的数量。

（七）医院系数和考核系数

参照《支付办法》，在《DRG办法》中将医院系数和考核系数应用到DRG付费医院的医保支付。

医院系数是指DRG付费政策下，为体现不同医院之间医疗水平、医疗资源消耗程度差异，而确定的各病组各级医院权重系数。以医院等级作为主要考虑因素，将高等级医院系数设为1，把其他等级医院各病组平均费用与高等级医院该病组平均医疗费用通过比价并结合政策需引导方向确定。此外，为扶持国家重点科室（含特色专科）发展，规定每增加一个重点专科，其医院系数增加1%，最高不超过5%。建立医院系数动态调整机制，明确DRG付费医院因医院级别、重点专科变动需调整医院系数的，于医院提交相关证明材料的次月启用新的医院系数。

考核系数是为评价各DRG付费的管理质量，将各医院医疗保险管理指标与同级别医院管理指标平均水平对比，设立考核结果系数。考核结果系数按照《支付办法》相关规定，纳入全市定点医院范围统一确定。

**政策导向分析：一是**不同医院收治同一病组病例难易程度不同、病组内具体病种不同，通过细化各病组医院系数，推广同级同病同治同效同价理念，达到精细化管理，实现费用偿付的差异化匹配；**二是**引导医院发展重点科室、特色科室，明确多拨付资金应用于学科建设，推动我市高水平医院高质量发展；**三是**同《支付办法》，制定科学合理的协议绩效考核指标，从医保基金战略购买的角度出发，着重从服务产出价值、医疗质量评价、信息化提取等方面选取考核指标，充分发挥绩效考核指标正向引导作用，引导医疗机构提供更好、更高水平的医疗服务，逐步从“病有所医”向“病有良医”发展，同时将考核结果运用于DRG付费中，从而实现奖惩机制，鼓励医疗机构完善内部管理、提供优质医疗服务，形成正循环促进作用。

（八）费用结算

在《DRG办法》中明确参保人待遇不受DRG付费改革影响，详细规定医疗保障经办机构和DRG付费医院之间费用的月预结算、年终清算规则和流程，并对费用极端值病例的处理方式作出详细规定。

月预结算方面主要采取月点数法计算月度预结算金额，具体步骤为：根据其他医院按病种分值付费的病种分值单价核算未入组病例结算费用；核算当月全市DRG付费医院病组点数；根据当月可分配资金扣减未入组病例费用和按病种收费病例费用后核算当月点数单价；根据各医院当月病组点数结合当月点数单价、参保人负担费用等核算得出各医院当月预结算金额。当月可分配资金为年度可分配总额平均切割所得。

为实现医保付费精细化管理，确保某病组超高和超低费用合理设置点数，参照《支付办法》，对超过某病组平均费用三倍以上的病例重新核算该份病例点数，三倍费用以上的部分按分值补偿0.7，确保了医院在收治重症患者、开展新技术、使用新药品后获得合理补偿。对低于某病组平均费用0.3倍的病例重新核算该份病例点数，根据该份病例实际费用与该病组平均费用占比结合点数重新核算，避免医院为获得更多结余而刻意缩减医疗服务。

年终清算方面根据当年全市DRG付费医院病组点数核算得出当年点数单价，各医院当年病组点数结合点数单价、参保人负担费用等核算得出各医院当年预清算支付总额。与按病种分值付费医院保持一致，根据各DRG付费医院实际统筹基金记账总额占当年预清算支付总额比例相应确定应付总额，低于70%时年终清算应支付总额据实支付，在70%至90%范围内的，实际统筹基金记账总额的110%做为应付总额，高于90%的按预清算支付总额做为应付总额。应付总额与月结已预付金额进行差额拨付。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合理补偿。

**政策导向分析：**同《支付办法》规定的按病种分值付费，将结余留用比例与基金使用比例挂钩，设定90%基金使用比时结余留用金额最大化，引导DRG付费医院提高基金使用效率、积极为参保人提供合理诊疗服务，设定低于70%基金使用比时据实支付，有利于防止医院为获取更多结余而过度缩减医疗服务，保护参保人正当权益不受损害。

（十）医院规范

从规范DRG付费管理的角度出发，在《DRG办法》中对各DRG付费医院的诊疗规范、病案质量管理等方面作出规定，并针对DRG付费的违规行为作出概况性表述

**政策导向分析：**对DRG付费医院提出要求及对违规行为进行概括性描述，为医疗服务协议书细化条款做依据，引导DRG付费医院规范医疗行为，促进医疗卫生行业健康发展。

（十一）特殊情形条款

在《DRG办法》明确规定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；因医疗保障重大政策变动等客观因素，或者因DRG付费医院规模及范围调整导致医疗费用发生重大变化的，尊重客观事实，保障DRG付费医院合法权益，当年可分配总额可给予合理调整。