

关于《汕尾市基本医疗保险 DRG 付费实施细则》的起草说明

为规范按疾病诊断相关分组（DRG）付费管理，提高医疗保障基金使用效率，推动建立管用高效的医保支付机制，更好地维护参保人权益，根据国家、省有关文件精神，结合我市实际，我局起草了《汕尾市基本医疗保险DRG付费实施细则》（送审稿）（以下简称“《市DRG实施细则》”）。根据《广东省行政机关规范性文件管理规定》有关要求，现就文件制定有关事宜说明如下：

一、起草背景

2020年2月25日，中共中央 国务院印发《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（中发〔2020〕5号），提出持续推进医保支付方式改革，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的整体要求。2020年8月8日我市经省医保局同意，作为省按疾病诊断相关分组（DRG）付费试点城市，我局根据《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）、《广东省人民政府办公厅关于印发广东省进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知》（粤府办〔2017〕65号）等文件精神，结合我市实际情况，于2021年6月26日联合市财政局、市卫健局印发《汕尾市医疗保障局 汕尾市财政局 汕尾市卫生健康局关于印发〈汕尾市基本医疗保险基

金住院费用结算办法（试行）>的通知》（汕医保〔2021〕55号）（以下简称“《市结算办法》”），该办法自2022年1月1日起正式施行，有效期三年。现《市结算办法》有效期届满，我局参照《广东省医疗保障局关于印发<广东省基本医疗保险按病种分值付费管理办法>的通知》（粤医保规〔2024〕11号）（以下简称“《省病种管理办法》”）的文件精神，结合《广东省医疗保障局办公室转发国家医疗保障局办公室关于印发按病组和病种分值付费2.0版分组方案并深入推进相关工作的通知》（粤医保办函〔2024〕164号）（以下简称“《国家分组方案要求》”）有关规定和我市实际，制定本《市DRG实施细则》。

二、主要政策依据

（一）《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（中发〔2020〕5号）

（二）《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）

（三）《广东省人民政府办公厅关于印发广东省进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知》（粤府办〔2017〕65号）

（四）《广东省医疗保障局办公室转发国家医疗保障局办公室关于印发按病组和病种分值付费2.0版分组方案并深入推进相关工作的通知》（粤医保办函〔2024〕164号）

（五）《广东省医疗保障局关于印发<广东省基本医疗保险按病种分值付费管理办法>的通知》（粤医保规〔2024〕11号）

(六) 《广东省医疗保障局关于开展省级紧密型县域医共体医保支付方式综合改革试点工作的通知》(粤医保发〔2019〕25号)

(七) 《汕尾市医疗保障局 汕尾市财政局 汕尾市卫生健康局关于印发<汕尾市基本医疗保险基金总额预算管理办法(试行)>的通知》(汕医保〔2023〕95号)

(八) 《汕尾市医疗保障局 汕尾市财政局 汕尾市卫生健康局关于印发<汕尾市紧密型医县域医共体医保支付方式改革实施意见>的通知》(汕医保〔2021〕65号)

(九) 《广东省医疗保障局印发<广东省医疗保障局关于开展医保支付方式改革促进中医药传承创新发展的指导意见>的通知》(粤医保发〔2021〕43号)

(十) 《汕尾市医疗保障局关于印发汕尾市中医优势病种与中医日间病房医保支付方式改革实施办法的通知》(汕医保〔2022〕61号)

(十一) 《广东省医疗保障局关于开展康复病种医保支付方式改革的通知》(粤医保发〔2024〕3号)

(十二) 《汕尾市医疗保障局关于开展康复病种医保支付方式改革的通知》(汕医保〔2024〕80号)

(十三) 《汕尾市医疗保障局关于印发汕尾市日间手术医疗费用结算办法(试行)的通知》(汕医保〔2022〕60号)

三、主要内容说明

《市DRG实施细则》基本按《省病种管理办法》框架起草,

具体内容为：

（一）主要内容概述

《市DRG实施细则》总共分为八个章节。具体为：**第一章节是总则**，包括制定依据、适用范围、DRG概念、支付方式、改革目标以及联席会议等6个内容；**第二章节是总额预算管理**，包括基本原则、风险调剂金、住院总额预算、风险防控、年度可分配总、激励约束机制等6个内容；**第三章节是DRG支付管理**，包括病组分组、点数调整系数、特殊病例单议共3部分内容；**第四章节是其他结算方式**，包括中医优势和中医日间病房、日间手术、康复治疗病种、精神疾病和残疾儿童康复病种共4部分内容；**第五章节是基金结算和清算**，包括时间结点、年度预付金、月度预付、月结计算、年度清算、计算办法、清算规则、自费控制、点数扣减、点数追加等10个内容；**第六章节是紧密型医共体结算**，包括医共体结算、县域总额预算、监督管理、激励约束机制等4个内容；**第七章节是保障机制**，包括协议管理、意见收集反馈、谈判协商、数据工作组、监督管理等5个内容；**第八章节是附则**，包括调整权限、解释主体、施行期限等3个内容。

（二）需要说明情况

1.总则方面：一是本《市DRG实施细则》适用于本市职工基本医疗保险和城乡居民医疗保险参保人在定点医疗机构住院后，定点医疗机构与医保部门费用的结算，参保人在定点医疗机构住院费用的实时结算按本市现行规定执行，不受本《市DRG实施细则》规定的结算办法影响；二是明确我市市内定点医疗机构开展

的住院医疗服务，实施总额预算管理下按疾病诊断相关分组点数法（简称“DRG点数法”）结算为主，病种、床日、日间治疗（手术）、项目付费等相结合的多元复合式医保支付方式。

2.总额预算管理方面：一是本地定点医疗机构住院费用年度可分配总额”的计算办法中对年度可分配资金总额增长率进行了明确规定，根据《省病种管理办法》中相关条款，明确我市年度可分配总额增长率原则上不高于10%；二是“激励约束机制”中结余留用、超支分担进行了明确，一方面明确年度清算时年度可分配总额小于统筹基金报销总额的，总体偿付率低于90%，提取当年度风险调剂金弥补当年度可分配资金总额（最高为当年度风险调剂金5%），另一方面对提取风险金弥补后总体偿付率仍低于80%的，在分析原因和厘清责任的基础上，动用历年累计结余补偿，仅对定点医疗机构年度清算后亏损超过20%部分，由医保基金和医疗机构各负担50%。

3.DRG支付管理方面：一是对病种分组具体办法的说明，其中分组依据是全市统一使用国家医保局制订的按病组（DRG）付费分组方案，保持核心分组（ADRG）与国家分组方案一致，结合本地疾病谱调整确定本地DRG细分组方案，市医保局可适时调整，原则上每年更新并公布一次，期间不作变动；病组分类中稳定和不稳定病组（变异系数CV）的确定、高倍率病例基准点数的分级等为经专家组讨论、结合我市历年数据确定；动态调整为我市创新机制，指基准点数、次均医疗费用和各病组次均医疗费用测算按照近三年（含当年）从远到近1:2:7的比例加权计算，

用于当年度的清算和下年度预付结算，通过动态调整有利于年终清算是数据更加贴近当年实际，体现当年度实际控费效果和支持医疗机构业务发展；二是对点数调整系数的说明，点数系数调整旨在体现不同定点医疗机构间的服务成本、服务质量、服务能力的差别，根据医疗资源分布和医疗机构功能定位、医院等级、重点学科发展等因素设置，点数调整系数由成本差异系数、服务能力系数、行为引导系数、基层病组系数和分级管理系数等组成，《市DRG实施细则》对点数系数的计算办法、考核指标等进行了明确说明，经专家论证、医疗机构意见征询、实际运行测算等，符合我市医疗机构运行实际情况，并取得一定成效；三是对特殊病例单议的说明，特殊病例单议概念范围是按照《国家分组方案要求》的内容确定，其中《国家分组方案要求》明确全市特例单议数量原则上为DRG出院总比例的5%，鉴于国家区域医疗中心医疗承担市内大部分危难重症的治疗，根据历年特例单议实际情况，在《市DRG实施细则》中规定，我市特例单议数量控制在DRG出院总比例的5%以内，其中国家区域医疗中心控制在8%以内，其他医疗机构控制在3%以内，当全市特例单议数量超过5%时，核减国家区域医疗中心特例单议数量。

4.其他结算方式方面：依据国家、省关于医保支付方式改革的指导意见，制定了中医优势病种与中医日间病房、日间手术、康复治疗病种、精神疾病与残疾儿童康复病种等四种配套支付方式，其中：**一是中医优势病种方面**，病种概念、病种范围、资格条件按照省局制定印发相关文件执行，中医优势病种支付结算按

照文件“同价支付”的相关规定，根据是否需要手术治疗进行区分，对不需手术治疗的病种（如高血压、糖尿病等）按照病种对应的西医“不伴合并症或并发症”DRG病组等量计算点数；对临床上评估采用需手术的治疗的病种（如股骨骨折等），中医采用保守治疗达到西医同等疗效的，按该病种对应的西医不伴合并症或并发症”DRG非手术组1.5倍计算点数，更加有利于促进医疗机构采用中医、保守的治疗方式；二是**中医日间病房**方面，指住院期间非治疗期间不需住院持续观察的患者（如肩周炎等），在当日结束治疗后可回家治疗的病例，采用中医日间病房有利于医疗机构床位周转、可减少不必要资源浪费，为避免同病组下低倍率的发生，拉低同病组（需要持续住院治疗）下次均费用，故采用按项目结算；三是**日间手术**方面，病种概念、病种范围、资格条件等按照省局制定印发相关文件执行，采用DRG分组对应的“不伴合并症/并发症”病例组数的85%结算；四是**康复治疗病种**，支付结算方式采用定额支付，其中定额标准是参照省局印发文件全省的指导价格为依据，结合我市定点医疗机构近三年实际费用情况，经专家、全市定点医疗机构代表论证后制定，按照定点医疗卫生机构等级、收治患者身份类别实施阶梯式床日定额付费；五是**精神疾病与残疾儿童康复病种**，实行按床日定额结算支付方式，按照定点医疗机构等级、收治患者身份类别实施阶梯式床日定额标准，标准由市医保局根据近三年床日定额标准实施情况、医保基金运行情况、医疗机构服务能力等综合评估、适时调整公布；

综合上的支付方式，在年终清算时，中医优势病种与中医日间病房、日间手术治疗的医保偿付金额，在全市可分配资金总额中提前列支，不计入医疗机构年度应偿付总额；康复治疗病种、精神疾病与残疾儿童康复病种年终清算时执行年终清算规则，计入医疗机构年度应偿付总额

5.基金结算和清算方面：主要明确了我市月度结算、年终清算、年度预付金、月度预付流程、月度结算计算公式、年终清算规则、年终清算计算办、点数扣减与追加等实施细则。一是时间节点方面，规定每月15日前定点医疗机构应当完成月度预付申报，经办机构自申报截止次日起30个工作日内完成当月度预付拨付；年终清算于3月份完成申报，6月底前完成。二是建立年度预付金制度，额度原则上不超过上年度该医疗机构统筹基金记账住院费用1个月平均值；三是月度预付中，对定点医疗机构、经办机构的工作时限、工作要求做了明确说明，并规定月度预付时预留10%作为服务质量保证金（原《市结算办法》规定5%）；四是年终清算时建立了约束激励机制，以年度应偿付总额为基准，当定点医疗机构年度医保基金垫付总额低于年度应偿付总额70%的按照基金报销总额进行年终偿付，年度医保基金垫付总额高于应偿付总额90%的按照年度应偿付总额进行年终偿付，70%-90%之间以年度基金报销总额110%进行年终偿付（激励10%）；五是明确了点数扣减、点数追加的情形与办法，点数扣减包括同病组10日内再次入院、24小时转外就医等情形，点数追加为急诊后住院的，急诊费用纳入当次住院结算的情形。

6.紧密型医共体结算方面：明确了医共体结算、县域总额预算、监督管理和激励约束机制的框架，具体实施内容按《汕尾市医疗保障局 汕尾市财政局 汕尾市卫生健康局关于印发<汕尾市紧密型医县域医共体医保支付方式改革实施意见>的通知》（汕医保〔2021〕65号）执行。

7.保障机制方面：根据《国家分组方案要求》要去制定协议管理、意见收集反馈、协商谈判、数据工作组、监督管理等实施细则。

8.附则方面：主要明确了《市DRG实施细则》实施后，DRG分组方案、定点医疗机构点数系数调整、病种支付标准、床日定额标准、日间治疗（手术）和项目付费等事项需要调整的，由市医保局会同市财政局、市卫生健康局召开联席会议确定及联合公布；明确《市DRG实施细则》由市医疗保障局负责解释，有效期为五年。

（三）实施时间方面

从印发之日起实施。