《济源基本医疗保险按疾病诊断相关分组

(DRG)点数法付费实施细则（修订）》

起草说明

现就《济源基本医疗保险按疾病诊断相关分组(DRG)点数法付费实施细则（修订）》（以下简称“实施细则”）的有关情况说明如下：

1. 修订《实施细则》的必要性

根据《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）、《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）、《济源产城融合示范区管理委员会办公室关于印发济源基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费试点工作实施方案（试行）的通知》（济管办〔2020〕12号）等文件精神，济源示范区医保局于2021年9月出台了《济源基本医疗保险按疾病诊断相关分组(DRG)点数法付费实施细则（试行）》（济管医保办〔2021〕24号），2022年1月份开始DRG实际付费。经过一年的运转，随着DRG付费定点医疗机构范围的扩大，在实际工作中发现不少存在的问题，也接到不少医疗机构的反馈。为进一步做好2023年济源DRG付费改革工作，确保分组、点数、系数的科学合理，符合临床实际，我们根据2022年DRG的运行情况，结合各定点医疗机构反馈的问题，对实施细则进行修订。

二、起草过程

2023年6月，根据2022年度DRG运行情况、清算结果，结合运行过程中发现的问题、医疗机构的反馈，国新健康保障服务有限公司提出2023年度DRG政策调整方案，开始《实施细则》修订工作。先后组织局和中心相关科室人员召进行讨论，召集30家定点医疗机构负责人、专家召开座谈会，形成了《实施细则》（修订）征求意见稿。之后，书面征求了财政金融局、卫健委成员单位、医保局局班子成员和局机关各科室及医保中心意见建议，两次书面征求30家定点医疗机构的意见，根据各方面反馈的意见和建议，我们对《实施细则》征求意见稿进行了认真修改和完善，并对不合理意见建议进行解释回复。

三、需要说明的几个问题

《实施细则》共六章31条，主要对DRG的实施范围、病组规则、点数管理，费用结算、监督管理等内容作了规定。现就《实施细则》的几个主要问题说明如下：

（一）实施细则的适用范围。本实施细则适用于医保经办机构与定点医疗机构结算基本医疗保险住院统筹费用。基本医疗保险参保人员在济源有住院资质的定点医疗机构发生的应由基本医疗保险统筹基金支付的住院医疗费用纳入按疾病诊断相关分组（以下简称DRG）点数法付费。暂不纳入DRG付费的病例除外，继续使用原有的结算方式和政策。

（二）建立动态调整机制。DRG分组目录、基准点数、级别调整系数、基础病组等原则上每年调整一次，由医保经办机构根据实际情况提出意见，与定点医疗机构协商谈判一致，报医疗保障行政部门备案后实施。

（三）制定DRG相关配套政策。实施细则只是指导规范，在运行中医保经办机构还需将DRG付费纳入协议管理，明确DRG 付费数据质量管理要求、DRG 结算方式及流程、DRG 付费协商谈判程序、特病单议、争议处理等内容，制定考核办法，加强监督管理。

（四）本次修订调整的内容

1.调整高低倍率的判定规则及高低倍病例点数的计算公式。

2.调整医疗机构级别调整系数设置规则，调整系数最低由原0.3调整到0.4，若某病组无等级调整系数，由原就高相近原则调整为三级、二级及以下按就高相近原则，最大不超过1，基层医疗卫生机构暂定为0.6。

3.为支持重点专科、区域医疗中心、儿科等发展，制定扶持政策。

4.设置基础病组。

5.调整特病单议病例的计算公式。

6.调整结余留用、合理超支分担相关政策。

7.优化调整相关词汇及部分计算公式。

2023年8月8日