# drg付费科室工作总结(优选5篇)

来源：网友投稿 作者：夜色微凉 更新时间：2024-07-30

*drg付费科室工作总结11、事前准备：医院环境调研.2、成立工作小组：费用与成本核算组本地DRGS专家组配套政策研制组系统建设支持组顾问专家指导组沟通协调支持组3、规范流程、统一接口规范、病案首页规范、诊断标准化、编码要求4、提取数据：清洗...*

**drg付费科室工作总结1**

1、事前准备：医院环境调研.

2、成立工作小组：

费用与成本核算组

本地DRGS专家组

配套政策研制组

系统建设支持组

顾问专家指导组

沟通协调支持组

3、规范流程、统一接口规范、病案首页规范、诊断标准化、编码要求

4、提取数据：清洗、标准化，测算权重、费率相关指标等

5、培训：编码要求、系统改造、沟通联络机制

6、相关政策制定

7、系统实施改造

8、信息收集、需求文档形成

9、系统设计：医疗保障基金结算清单、分组器、结算系统、管理监控系统

10、系统运行：模拟、优化与试运行。

11、日常维护与首页质控

以上仅供DRG爱好者参考！

**drg付费科室工作总结2**

为深化医保支付方式改革，稳步推进我市按疾病诊断相关分组（DRG）付费，按照无锡DRG付费国家试点工作部署，结合我市实际，特制订以下实施方案：

>一、总体目标

根据《无锡市DRG付费国家试点工作20\_年推进方案》（锡DRG试点办〔20\_〕3号）要求，制定相应DRG付费方案，稳妥推进我市DRG付费国家试点工作，力争年内具备条件的观察点医院进入DRG实际付费阶段。

>二、进度安排

（一）付费方案

1、20\_年2月，按照无锡市医保局要求，扩大观察点医院数量，确保二级以上综合医院观察点医院全覆盖。

2、20\_年3-4月，制定我市DRG试运行付费方案报无锡市医保局备案，确定两家二级以上综合医院（人民医院、中医院）启动DRG付费试运行。

3、20\_年4月-12月，按照无锡市《关于印发无锡市20\_年DRG（疾病诊断相关分组）付费结算办法（试行）的通知》（锡DRG试点办［20\_］1号）文件要求，借助无锡DRG业务系统对我市试运行医院（人民医院、中医院）按月按DRG试结算，同时与现行结算办法并行比较，持续监测指标变化情况，不断优化完善，年中适时进行综合评估，测算具体费率。结算清单上传完整率100%和病案抽检准确率70%以上的机构当年可转为按DRG实际付费。加强对其他9家观察点医院的督促指导，力争年内基本达到DRG结算试运行要求。

（二）信息建设

1、20\_年2月-20\_年4月，督促各观察点医院严格按照市局贯标文件要求，每周通报完成进度，确保如期完成贯标工作。

2、20\_年4月至12月，严格按照国家技术指导组的规范要求，做好CHS-DRG分组版本的更新测算、医保疾病诊断和手术操作版本的维护更新等工作，确保宜兴DRG数据标准始终按照国家规范执行。

3、积极和无锡市医保局、市卫健部门对接，开展试点医院、观察点医院电子病历关键信息的共享开发工作，夯实DRG监管信息数据基础。

（三）监管培训

1、积极组织各观察点医院参与无锡统一开展的结算清单线上培训、DRG理论基础及付费测算和DRG相关的医保编码标准等相关培训。

2、每季度分别组织全市观察点医院开展DRG专题培训和工作研讨，总结交流工作进展情况，研讨DRG推进过程的问题困难，并鼓励医疗机构内部积极开展DRG培训和外出学习交流。

3、积极协调配合无锡市医保中心对观察点医院按季度进行的病案抽检，结果记入综合评估。

4、20\_年4月起，专门组建宜兴病案抽检专家组，重点对新纳入的9家观察点医院进行培训指导，提高结算清单上传完整率和病案抽检准确率。按季度对实行DRG付费医院进行病案抽检，抽检结果记入年终清算，涉及违反协议约定的按协议进行处理。

5、组织各DRG试点医院和观察点医院选派一名病案质控人员加入“无锡市DRG数据质量管理交流群”，及时交流结算清单等医保关键信息填报过程中遇到的问题，切实提高病案质控质量和填报水平。

>三、工作要求

（一）提高思想认识，明确工作要求。根据无锡DRG付费国家试点工作的部署要求，年内以二级以上综合医院为重点，所有统筹区都要进入DRG实际付费阶段。各观察点医院要高度重视，由院领导要亲自挂帅，专门组建DRG改革工作专班，配强工作队伍，明确专人负责，及时做好工作对接，加强组织保障，确保DRG支付方式改革按时间节点推进落实。

（二）突出工作重点，强化工作落实。各观察点医院要按照DRG结算的要求，完善信息系统，最晚与4月底前完成医院端与医保端信息系统对接，实现结算清单实时上传。同时，要严格按要求规范临床病历信息、医保收费信息等行为，提高病案信息的完整性、规范性和准确性。医保经办机构要科学、合理安排好付费方案制定、信息建设和监管培训工作，为医院尽快具备DRG付费试运行条件提供保障。

（三）强化宣传引导，营造良好氛围。医疗机构是开展DRG支付改革的主战场，充分调动医务人员主动参与的积极性是改革成败的关键。各观察点医院要通过多种形式的宣传引导，充分发挥支付方式改革在提高医疗资源的使用效率、改善医疗服务可及性、提高医务人员积极性方面的重要作用，为开展DRG付费改革工作营造良好的舆论氛围。

（四）落实管理责任，确保平稳推进。局行政、医保经办部门要严格按照时间节点落实各项工作，按时上报当月DRG推进落实情况，督促观察点医院做好信息对接、清单上传、病案抽检等工作，及时通报各医院工作进度，鞭策工作后进单位，确保DRG付费各项工作平稳

**drg付费科室工作总结3**

1.规范病案首页数据管理

作为DRG分组的唯一数据来源，病案首页数据质量的好坏将直接影响分组结果，但是遗憾的是，当前国内医院的病案首页数据质量普遍偏低，由于顶层设计和专业人才的缺乏，规范性和准确性都存在很大问题。

因此医院应从思想上认识到病案首页信息的重要性，建立完善的病案质量管理制度，合理的进行设备和人员的配置，优化工作流程，以确保病案数据登记的规范性和准确性。

2.完善医疗服务质量管理

医院应及时建立以DRG为依托的医疗质量管理体系，以“三个路径”管理的实施为重点，实现对医疗行为的“事前”主动引导；以围手术期等重点医疗环节的管理为主线，实现医疗行为的“事中”监测控制；以医疗质量分析评估为手段，完善医疗行为的“事后”分析评价；最终实现医疗服务质量管理的合理化和精细化。

3.加强医院内部成本管理

在DRG收付费改革后，由于病组付费标准固定，为了保证收益，医院将不可避免的形成基于DRG为基础的，以成本为中心的业财融合管理模式，在保证医疗服务质量的基础上，加强成本管控，提高内部运营效率，减少不必要的成本支出，最终实现医院的精益管理。

4.坚持医疗费用控制管理

在总额控制的基础上，如何提高基金使用效率，对临床服务进行正确的激励，是医院和医保基金共同的问题。参考DRG分组对病例费用进行总额、构成的分析，能帮助医院更客观有效地认识基金在各科室和病组上的使用效率，并制定有效的管理策略。

5.建立科学绩效评价管理

**drg付费科室工作总结4**

>第一章 总则

第一条 为进一步强化基本医疗保险基金管理，合理控制医疗费用增长，确保医疗保险基金收支平衡,根据《自治区医保局自治区财政厅自治区卫生健康委自治区^v^关于印发的通知》(桂医保规〔20\_〕3号)、《自治区医保局自治区卫生健康委关于印发广西基本医疗保险DRG分组权重方案(版)的通知》(桂医保发[20\_]68号)和《贵港市医疗保障局贵港市卫生健康委员会关于印发贵港市疾病诊断相关分组(DRG)付费方式改革工作实施方案的通知》(贵医保发〔20\_〕5号)等文件精神,结合实际，制定本实施细则。

第二条 本细则适用于贵港职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”)和城乡居民基本医疗保险(以下简称“居民医保”)的住院医疗费用付费。

第三条 贵港基本医疗保险定点医疗机构开展的住院医疗服务，实施总额预算管理下以疾病诊断相关分组(以下简称“DRG”)付费为主，按床日付费、按人头付费、日间治疗(手术)、项目付费等多元复合式医保支付方式相结合。

第四条本市采取DRG病组点数法与定点医疗机构就参保人员住院医疗费用进行付费，参保人员按原有医保政策与定点医疗机构结算住院医疗费用。

>第二章 点数法付费总额预算

第五条 实行总额预算管理，按照“以收定支、收支平衡、略有节余”原则，以基本医疗保险年度基金收支预算为基础，合理确定纳入DRG付费管理的年度统筹基金支出总额预算(简称“DRG总额预算”)。DRG总额预算包括我市参保人员在本地和自治区内异地住院的统筹基金支出金额，不再细化明确各医疗机构的总额控制指标。

第六条 职工医保和居民医保的基金分别纳入DRG总额预算，并向定点医疗机构公开。

(一)职工医保统筹基金支出预算总额包括以下项目：门诊特殊慢性病(包括异地)统筹支出预算、普通住院(本地及区内异地)结算统筹支出预算、按床日付费统筹支出预算、药店购药统筹支出预算、普通住院期间特药单独核算支出预算、区外异地住院结算统筹支出预算、住院手工结算统筹支出预算、职工大病保险支出预算、年度预算调节金及法律法规规定的其他支出预算。

职工医保点数法付费DRG预算总额=职工医保统筹基金支出预算总额-门诊特殊慢性病(包括异地)统筹支出预算-按床日付费统筹支出预算-药店购药统筹支出预算-普通住院期间特药单独核算支出预算-区外异地住院结算统筹支出预算-非DRG试点医院普通住院结算统筹支出预算-住院手工结算统筹支出预算-职工大病保险支出预算-年度预算调节金-法律法规规定的其他支出预算。

(二)居民医保统筹基金支出预算总额项目包括以下项目：门诊统筹(含普通门诊统筹、一般诊疗费、家庭医生签约服务费等)支出预算、门诊特殊慢性病(包括异地)统筹支出预算、普通住院(本地及区内异地)结算统筹支出预算、按床日付费统筹支出预算、药店购药统筹支出预算、普通住院期间特药单独核算支出预算、区外异地住院结算统筹支出预算、住院手工结算统筹支出预算、居民大病保险支出预算、年度预算调节金及法律法规规定的其他支出预算。

居民医保点数法付费DRG预算总额=居民医保统筹基金支出预算总额-门诊统筹(含普通门诊统筹、一般诊疗费、家庭医生签约服务费等)支出预算-门诊特殊慢性病(包括异地)统筹支出预算-按床日付费统筹支出预算-药店购药统筹支出预算-普通住院期间特药单独核算支出预算-区外异地住院结算统筹支出预算-非DRG试点医院普通住院结算统筹支出预算-住院手工结算统筹支出预算-居民大病保险支出预算-年度预算调节金-法律法规规定的其他支出预算。

第七条 年度DRG基金总额预算确定后，确因政策调整、突发重大疫情等客观因素造成基金支出发出重大变动的，由各级医保经办机构组织定点医疗机构通过协商方式给予合理调整。

第八条 覃塘区医保经办可对覃塘区紧密型县域医共体各成员单位DRG付费等进行单独核算，经牵头医疗机构提出，医保经办机构可统一打包支付给牵头医疗机构。

>第三章 病例划分和差异系数确定

第九条统一执行自治区及国家医保部门颁布的疾病分类、手术操作、诊疗项目、药品分类、医用耗材编码、病案首页、医保结算清单等标准。

第十条统一执行自治区医保部门和卫生健康部门联合颁布的DRG分组和权重。DRG权重反映不同DRG之间技术难度、资源消耗程度或医疗服务成本等方面的差别以及不同时期医保政策的管理重点。某DRG权重=全区该DRG中病例的例均费用÷全区所有病例的例均费用。

第十一条  病组分为稳定病组和不稳定病组。组内病例数1的为不稳定病组，其他的为稳定病组。

稳定病组的病例可划分为高倍率病例、低倍率病例、正常病例，具体划分标准如下：

(一)高倍率病例：稳定病组中基准点数小于等于100且实际合规费用高于相同等级医疗机构病组平均费用3倍的病例;基准点数大于100并小于等于200且实际合规费用高于相同等级医疗机构病组平均费用倍的病例;基准点数大于200并小于等于300且实际合规费用高于相同等级医疗机构病组平均费用2 倍的病例;基准点数大于300并小于等于500且实际合规费用高于相同等级医疗机构病组平均费用倍的病例;基准点数大于500且实际合规费用高于相同等级医疗机构病组平均费用倍的病例。

(二)低倍率病例：稳定病组中费用低于相同等级医疗机构病组平均费用 倍的病例。

(三)正常病例：除高倍率和低倍率以外的入组病例。

第十二条在稳定病组中有部分病组为诊断相对明确，无并发症或合并症、医疗费用相对稳定、各级别医疗机构都能开展的基础病组，这部分基础病组由自治区统一选择确定。

第十三条差异系数的确定。差异系数是体现不同医疗机构间的医疗服务成本、医疗服务质量和医疗服务能力等差异，根据我市实际住院病例历史数据、医院等级等因素确定如下：

(一)稳定病组

统一使用等级差异系数，等级差异系数=该等级医疗机构本DRG病组的例均费用÷全区所有医疗机构本DRG病组的例均费用，计算结果四舍五入后保留8位小数。原则上低等级医疗机构不得高于上一级医疗机构的等级差异系数，如出现该情况由各级医保经办机构组织专家讨论确定。

为促进分级诊疗，对于基础病组各医疗机构采用相同的差异系数，实行同城同病同价结算。

(二)非稳定病组：差异系数确定为1

第十四条特殊病例单议。根据“结余留用、合理超支分担”激励约束原则，对非稳定病组、无法分入DRG的病例、实际资源消耗与病组(病例)平均费用偏离较大、开展新技术(符合卫生健康行政部门规定且为我市首次施行的医疗技术)、无相应历史数据等情况的特殊病组可进行整组单议。其它病组中因病施治的高倍率病例，可纳入特病单议。

 符合纳入特病单议范围的病例，医疗机构应在本年度内及时向所在医保经办机构提出申请，并如实准备好相关材料(所需材料内容另行确定)。医保经办机构及时组织专家评审确认合理超支或不足的部分费用，给予调整点数或支付标准。

>第四章 DRG病例点数计算及确定

第十五条DRG基准点数以历史发生的合理医疗费用数据为主要依据进行计算，计算结果四舍五入后保留8位小数。各DRG的基准点数=该DRG权重×100。

第十六条病例点数计算

(一)正常病例点数=对应的DRG基准点数×差异系数;

(二)低倍率病例点数=对应的DRG基准点数×(该病例实际发生医疗费用÷全区本DRG病组例均费用)，最高不得超过该DRG基准点数。

(三)高倍率病例点数=对应的DRG基准点数×差异系数+单议后的核准追加点数。

其中：高倍率病例单议后的核准追加点数=核准追加倍数×基准点数×差异系数;核准追加倍数=(该病例实际发生医疗费用-不合理医疗费用)÷相同等级医疗机构的DRG例均费用-高倍率判定界值。

(四)整组单议病例点数=(病例实际总费用-单议确定不合理费用)÷全区DRG例均费用×100。

(五)月度总点数=月度所有病例点数之和。

(六)年度总点数=年度所有病例点数之和。

>第五章 基金结算管理

第十七条 年度预付。医保经办机构于每年1月给定点医疗机构预付2个月上年度统筹基金月均支付费用，以减轻定点医疗机构资金垫付压力，预付费用在次年1月重新核定，差额补退。

第十八条月度预付。月度预付比例原则上不低于月度应预付金额的90%，其余部分作为服务质量保证金。

(一)病例分组

  1.病案上传：医疗机构在每月13号前完成上月住院病例的病案上传工作。

  2.病例分组：所在医保经办机构在医疗机构完成病案上传后5个工作日内，完成病例数据分组、初审及分组结果下发工作。

  3.反馈调整：医疗机构收到分组结果后7个工作日内，完成对分组结果的核对及病案数据的反馈调整工作。

4.终审确认：医保经办机构在医疗机构完成反馈调整工作7个工作日内，完成病例数据分组、终审确认工作，并将最终分组结果下发。

5.医疗机构每月未能按以上规定时间节点上传或反馈后仍不能入组的病案，待补录上传后全部归于年底进行入组，并于清算时拨付。

(二)月度点值计算

月度点值=月度预算÷月度总点数。月度预算=DRG总额预算×该月份上年度住院统筹基金费用占比。月度总点数=医疗机构月度住院病例预核总点数。以上公式中“医疗机构住院”是指按点数法付费住院病例(下同)，预核总点数是所有病例单议前最高点数之和。具体月度预算、病例点数计算如下：

1.月度预算参照上年度各月份统筹基金支出权重，对本年度纳入总额管理的预算总额进行分配;

2.稳定病组内正常病例点数=正常病例点数;

3.稳定病组高倍率病例预拨点数=该病例所在病组正常病例病例点数。

4.稳定病组内低倍率病例点数=低倍率病例点数;

5.非稳定组整组单议预拨点数预拨比例暂定为70%。

 (三)费用拨付

每月实际拨付医疗机构费用=医疗机构月度预拨费用金额+(特病单议核准追加点数×对应月月度点值)×预拨比例-扣除点数×对应月月度点值。

医疗机构月度预拨费用金额=(该医疗机构月度预拨总点数×月度点值-该月患者支付现金总额)×预拨比例-该月审核扣款。

 (四)各医保经办机构在终审确认后5个工作日内根据月度预算、月度病例总点数、月度点值进行月度预付并将费用拨付结果发布。需评审的病例由经办机构每季度组织评审，符合条件的病例费用在评审确认次月拨付。经办机构同时需加强对病例进行审核，并于审核次月扣减违规病例相应费用。

第十九条年终清算

(一)医保经办机构根据DRG基金总额、年度总点数、年度点值、年度基金收入、年度考核等进行年终清算。

年终清算金额=年度总点数×年度点值-出院结算时参保人员应支付费用-已预付费用-其他资金应支付费用-年度考核扣除费用。其他资金应支付费用指职工大病保险、居民大病保险、医疗救助、公务员医疗补助等应支付的医疗费用。

年度点值=(年度住院医疗总费用-年度住院统筹基金费用+DRG基金总额)÷年度总点数

  医疗机构年度总点数=该医疗机构年度核准总点数-全年扣除点数

  (二)基于医疗机构点数法年终清算拨付费用，根据对医疗机构进行年度考核的结果，按规定计算医疗机构年终清算费用并拨付。医疗机构点数法付费年终清算拨付费用按照如下公式计算：

医疗机构年终点数法付费病例清算拨付费用=医疗机构年度病例总点数×年度点值×考核系数–年度患者支付现金总额(含医疗救助等非医保基金支付项目)–累计月度已拨付费用。

(三)为保证医疗服务质量，定点医疗机构按点数结算年结余率不得高于实际消费总额的30%，超出的不合理部分不予拨付;医疗机构按DRG点数法付费病例年度医疗总费用中自费费用比例原则上不得超过10%，超出的不合理部分从年度应拨付统筹基金中扣除。

(四)执行预拨制度后，年终清算时，如果预拨费用大于年终清算费用，超出部分年终清算时予以回收。

(五)由于历史病案数据不准确导致的分组问题，年终时可采用当年数据重新计算病组点数差异系数。

>第六章 医疗服务质量管理

第二十条贵港市DRG付费改革工作领导小组各成员单位要按照各自职责，加强对DRG付费工作的组织领导和监督管理。医保部门要牵头做好DRG医保支付方式改革推进工作，积极完善各项配套措施。卫生健康部门要加强医疗服务管理和病案质量控制，提高疾病诊断和手术操作编码准确率。财政部门要会同医保部门加强医保基金预算管理和监督实施。

第二十一条医保经办机构要完善定点医疗机构协议管理和对应的考核指标设置，包括人次人头比、次均费用增长率、参保人员费用负担比例增长率、住院率、病案首页填写质量、紧密型县域医共体双向转诊率等指标，考核结果与年度清算费用挂钩。要充分运用大数据技术、智能监控系统加强对定点医疗机构医疗服务行为的日常监督和过程考核，重点防范医疗费用增长、门诊和住院量异常增长、低倍率病例增加等异常波动，避免并遏制可能存在的分解住院、推诿拒收重症病人、升级诊断和服务不足以及向门诊或院外转嫁医疗费用等现象。依据《社会保险法》和服务协议等对违规医疗服务行为给予对应处罚。

第二十二条定点医疗机构对已收住院的病人，应坚持因病施治的原则，合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，不得人为减少必要的医疗服务而影响医疗质量。定点医疗机构应合理控制住院病人自费费用。病人住院期间实施的各项检查、治疗、用药和收费，应与病人的病情及病程记载相符合。加强病案质量管理，严格按照疾病诊断标准规范填写，不得人为升级疾病诊断。

第二十三条紧密型县域医共体的牵头医疗机构要落实医共体内各成员单位的监督管理，保障分级诊疗和医保政策执行的规范运作。医共体内成员单位因医保违规行为受到处理的，牵头医疗机构承担主要责任。

第二十四条引入第三方监管服务，各级医保经办机构要定期组织DRG支付改革技术专家和定点医疗机构有关人员，对住院病案进行交叉抽样检查，抽样比例原则上不低于10%，必要时可组织专家评审。不断加强智能审核，提高对医保大数据的挖掘分析能力，切实提升医保智能监管水平。

>第七章 附则

第二十五条 本细则从20\_年12月1日起正式执行，执行期间如国家、自治区有新规的，从其规定。

**drg付费科室工作总结5**

按照省医保局的工作部署，福建医科大学附属协和医院、福州市第一医院等3家公立医院，住院实施按疾病诊断相关分组(DRG)收付费改革。

预计未来还会在此基础上将改革范围扩大至福建省立医院、福建医科大学附属第一医院、福建省肿瘤医院等5家三级公立医院。

新的住院收付费模式，对医院和患者来说究竟有什么不同?福建医保局为此作了详细解读。

01什么是DRG收付费?

DRG是疾病诊断相关分组(DiagnosisRelatedGroups)的缩写。DRG收付费是按诊断和治疗方式，将疾病细分不同的组，每一个组都有一个统一的收费价格。医疗机构按相应DRG组的收费标准进行收费，医保和患者按规定的比例付费。收费标准包括了患者住院期间发生的诊断、治疗、检査、化验、手术、麻醉、床位、护理、药品和医用耗材等全部医疗费用(特殊另行收费耗材与服务除外)。

02为什么要实施DRG收付费改革?

DRG收付费改革是深化医保支付方式改革的重要内容。

DRG收付费改革通过按病种分组打包收付费的方式，将药品、耗材、检査和检验内化为医疗机构的成本，减少了按项目收费的弊端，有利于调动医院和医务人员降低成本和提升服务质量的积极性，同时以疾病诊断为核心，将医院所有疾病按相似程度分为若干组别进行管理，通过疾病间相互比较的衡量标准，实现绩效管理。

DRG付费方式是当今国际住院费用支付方式改革的主流趋势，它既是医保支付管理工具，也是医院绩效考核管理工作，更是医生医疗水平的量化工具。

03实施DRG收付费改革有什么好处?

(一)看病就医费用更直观更明晰

DRG收付费实行“一口价”的收费政策，不会因为多服药、多检査增加医疗费用，出院时向患者提供本次住院的分类结算清单，就是本次住院的全部医疗费用，将患者本次住院的医疗费用，其他另外收费的耗材、特殊医疗服务以及临床用血等项目分类体现出来，让百姓看病就医做到清清楚楚、明明白白。

(二)住院就医药品更有保障

DRG收付费改革后，医务人员要严格遵守DRG临床诊疗规范，除政策允许外，不得出现院外购药、不合理使用药品耗材等不规范诊疗行为。

(三)不设医保起付门槛

按原有项目收费模式，参保人员住院医疗费用要达到一定的起付门槛，医保基金才按规定比例支付。在实行DRG收付费政策的医院，参保人员发生的纳入DRG收费管理的费用、可单独收费的医用耗材费用(在设定的最高支付限额以内)，医保按该组收费标准结算，不设起付线，由统筹基金和个人按规定比例分担，超出部分由患者自付，减轻患者就医负担。

(四)兼顾了患者多层次就医需求

患者按DRG收费标准实施“一口价”，但又不影响患者某些特殊的医疗需求，仍可自主选择部分医用耗材及医疗服务、超出普通病房标准的床位等，这些特殊的医疗费用由医院按原有政策规定收费，这样在满足了老百姓正常医疗需求的前提下，又兼顾了少数患者的个性化需求。

(五)不改变原有政策待遇

DRG收付费改革后，患者列入DRG收付费管理的费用和相应的医保耗材，全额纳入医保费用累计范围，符合原有职工大额医疗费用补充保险、城乡居民大病保险支付政策、医疗救助补助政策以及精准扶贫医疗叠加保险的医疗费用等政策待遇不变。

04DRG收付费改革实施对象有哪些?

在试点医院住院的基本医疗保险参保患者及自费患者均纳入DRG收付费实施范围。

05哪种情况不适用DRG收费管理范围?

住院天数小于等于1天或者大于等于60天的病例;住院费用小于该DRG组收费标准1/3或者大于3倍的病例，患者因转院中途退出治疗，且住院时间少于48小时的病例;住院期间死亡的病例，退出DRG，仍执行原有的收费政策;

康复治疗、中医中治病例，以及选择LDR家庭化分娩病例不纳入DRG收费管理，仍执行原有的收费政策。

06哪些情况不纳入DRG收费标准的可单独收费项目?

自愿选择单间、双人间或特需病房，床位费超出A类三人间标准的部分，由患者个人自付;达芬奇机器人手术辅助操作系统、镇痛分娩、导乐陪伴分娩以及临床用血等非医保费用，由患者个人自付;新生儿费用(产科)，按新生儿参保登记后各地现行政策执行。

07实行DRG收付费后服务流程有哪些变化?

DRG收付费病例患者出院结算时，医院可向患者提供DRG收付费分类结算清单，不再出具费用清单。实行DBG收付费管理的医院要充分尊重患者的知情权，及时与住院患者签定《按DRG收付费知情告知书》，并做好DRG收付费的政策解释工作。

本文档由站牛网zhann.net收集整理，更多优质范文文档请移步zhann.net站内查找