

盐城市医疗保障局文件

盐医保发〔2021〕23号

盐城市医疗保障局 关于印发盐城市医疗保险 DRG 病组点数付费 实施细则（试行）的通知

各县（市）医疗保障局、市医疗保障局大丰分局，市医疗保险基金管理中心、市医疗保障信息中心，各有关定点医疗机构：

根据省医疗保障局等四部门《关于印发〈江苏省推进医保支付方式改革省级试点工作实施方案〉的通知》（苏医保发〔2019〕116号）、《盐城市人民政府办公室关于印发盐城市医疗保险住院按疾病诊断相关分组（DRG）付费项目试点工作方案的通知》（盐政办发〔2020〕29号）等文件要求，结合我市实际，制定了《盐城市医疗保险DRG病组点数付费实施细则（试行）》，现印发给你们，

请遵照执行。



盐城市医疗保险 DRG 病组点数付费实施细则

(试 行)

第一章 总 则

第一条 根据《盐城市人民政府办公室关于印发盐城市医疗保险住院按疾病诊断相关分组（简称 DRG）付费项目试点工作方案的通知》（盐政办发〔2020〕29 号）文件精神，按照国家医疗保障局《关于印发疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范 and 分组方案的通知》（医保办发〔2019〕36 号），结合我市实际，制订本细则。

第二条 本细则适用于全市实施 DRG 付费改革的医疗机构。实行总额预算下，按疾病诊断相关分组结合点数的付费方法（以下简称“DRG 点数法”）。

全市医疗保险参保人员本地发生的住院费用纳入 DRG 付费，市外异地就医病例不纳入；生育、康复和精神类长期住院病例以及其他经确定的病例暂不纳入。

第三条 DRG 点数法付费实行市级统筹、分级核算，按照总额控制、年初预付、月度预结、年终决算，执行全市统一疾病分组、统一基准点数。

第四条 参保人员医疗保险待遇仍按照本市相关政策执行，

不受本实施细则影响。

第二章 总额预算

第五条 各地医保部门按照“以收定支、收支平衡、略有节余”的原则，合理编制医保基金年度总额预算，确定其中用于 DRG 付费的预算总额，职工医保和城乡居民医保分别编制、单独核算。各县（市）医保行政部门应将总额预算报市医保行政部门备案。

第六条 职工医保 DRG 医保基金预算总额=职工本地住院医疗保险统筹基金支出预算-非 DRG 付费医疗机构住院基金支出预算-其他支出预算。

第七条 城乡居民 DRG 医保基金预算总额=居民本地住院医疗保险统筹基金支出预算-非 DRG 付费医疗机构住院基金支出预算-其他支出预算。

第八条 对于确因政策调整、突发公共事件等客观因素，导致医保基金支出发生重大变动的，总额预算应给予合理调整。

健全“结余留用、合理超支分担”的激励约束机制。

第三章 病组点数规则

第九条 DRG 实行动态调整。疾病分类、手术操作、诊疗项目、药品分类、医用耗材编码、病案首页等按照国家颁布的标准统一执行。

第十条 根据本市基本医疗保险历史住院病例数据按疾病诊

断相关分组技术标准确定所在病组，统称为病组。

基于病组稳定所需病例最大化的需求，病组分为稳定病组和非稳定病组。

（一）稳定病组。病组内例数符合大数定理要求界值或者例数大于 5 且 CV 小于或等于 1 的病组。

（二）非稳定病组。组内例数小于或等于 5 的病组。

（三）组内例数大于 5 且 CV 大于 1 的病组经中间区段法再次裁剪后，组内例数大于 5 且 CV 小于或等于 1 的纳入稳定病组，否则纳入非稳定病组。

第十一条 基准点数以历史实际数据为主要依据，分为稳定病组、非稳定病组、床日基准点数，并按以下办法计算。基准点数由医保部门根据实际情况公布。

（一）稳定病组点数

DRG 病组基准点数=该 DRG 病组住院例均费用 ÷ 全市所有病例的例均费用 × 100，原则上保留 4 位小数；

例均费用的统计口径为稳定病组内经裁剪了上限裁剪倍率（可结合《国家医疗保障 DRG 分组与付费技术规范》所规定标准的 2.0 倍）以上和下限裁剪倍率（可结合《国家医疗保障 DRG 分组与付费技术规范》所规定标准的 0.3 倍）以下费用异常病例后的数据（含经中间区段法再次裁剪，下同）。

（二）非稳定病组点数

DRG 病组基准点数=该 DRG 病组住院中位费用 ÷ 全市所有病

例的例均费用×100，原则上保留4位小数。

（三）床日付费点数

病种床日付费日基准点数=本市该病种平均床日费用÷全市所有病例的例均费用×100，原则上保留4位小数。

第十二条 确定不同等级医院病组差异系数：

（一）稳定病组

等级差异系数=本市该等级医疗机构本DRG病组的例均费用÷该DRG病组的例均费用，原则上保留4位小数。

对于同一病组，下级医疗机构的差异系数原则上不得高于上一级医疗机构的差异系数。

（二）非稳定病组：差异系数确定为1。

（三）床日点数法付费病种

等级差异系数=本市该等级医疗机构本病种的平均床日费用÷本市该病种平均床日费用，原则上保留4位小数。

第十三条 建立与定点医疗机构的沟通协商机制，对差异系数实行动态调整，不断完善。

为促进分级诊疗，选择部分无并发症或合并症、医疗费用相对稳定、各级别医疗机构都能开展的DRG病组作为基础病组，减少或取消等级差异系数，逐步实行同病同价结算。

第十四条 支持医疗机构开展新技术和提升重点扶持专科服务能力。医疗机构开展符合卫生行政相关规定且为本市首次施行的医疗新技术时，在施行前2个月向市各级医保经办机构报备，

年终由市级医保行政部门组织各级医保经办机构和专家论证评议，按合理医疗服务服务费用确定相应 DRG 分组及点数，并在年终予以决算。

第四章 病组点数管理

第十五条 定点医疗机构住院病例入组流程如下：

（一）病案上传：各定点医疗机构在每月 1 日到次月 10 日前完成当月住院病例的病案首页等信息上传工作。

（二）病例分组：医保经办机构在医疗机构完成病案上传后 5 个工作日内，完成病例数据分组及分组结果下发工作。

（三）结果反馈：各定点医疗机构收到分组结果后 10 个工作日内，完成对分组结果的核对及病案数据的反馈工作。

（四）评审复核：医保经办机构组织专家在各定点医疗机构完成反馈后 10 个工作日内作出评审复核意见。

（五）复审确认：医保经办机构在评审复核完成后 3 个工作日内，完成病例数据分组调整、复审确认工作，并将最终分组结果下发。最终入组结果作为年终决算住院病例点数依据。

（六）定点医疗机构未按规定时间节点上传或反馈的病案，归于年终决算。

第十六条 病例按照分组规则分入稳定病组、非稳定病组和无法分入已有病组。稳定病组内病例分为高倍率病例、低倍率病例、正常倍率病例。

（一）高倍率病例

1. 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；

2. 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 2.5 倍的病例；

3. 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；

4. 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 1.5 倍的病例；

5. 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 1.3 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 0.3 倍的病例。

（三）正常病例

除高倍率和低倍率以外的入组病例。

第十七条 定点医疗机构住院病例的预核点数、预拨点数按以下办法确定：

（一）正常倍率病例预核点数 = 正常倍率病例预拨点数；

正常倍率病例预拨点数 = 对应病组基准点数 × 差异系数；

（二）高倍率病例预核点数 = 高倍率病例预拨点数 + 高倍率最高核准追加点数；

高倍率病例预拨点数=对应病组基准点数×差异系数；

高倍率病例最高核准点数=最高核准追加倍数×对应病组基准点数×差异系数；

最高核准追加倍数=该病例实际发生医疗费用÷相同等级医疗机构本 DRG 例均费用—病组高倍率判定倍率；

(三) 低倍率病例预核点数=低倍率病例预拨点数；

低倍率病例预拨点数=对应病组基准点数×(该病例实际发生医疗费用÷对应的 DRG 例均费用)，最高不超过对应病组基准点数；

(四) 整组单议的病例预核点数=非稳定病组、无法分入已有病组的病例预拨点数；

整组单议的病例预拨点数=该病例实际发生医疗费用÷全市所有病例的例均费用×100；

(五) 医疗机构床日病例预拨点数=该医疗机构床日基准点数×等级差异系数×病例住院天数。

第十八条 建立特殊病例单议制度，对于实际资源消耗与病组(病例)平均费用偏离比较大的，经专家评审确认为合理超支或者不足的部分费用，给予调整点数或支付标准。

(一) 纳入范围

1. 对非稳定病组、无法分入 DRG 的病例、组内资源消耗差异过大、开展新技术(符合卫生健康行政部门相关规定且为本市首次施行的医疗新技术)且无相应历史数据等情况的特殊病组可

进行整组单议，病组内的每个病例的点数由专家库成员讨论的方式确定。

2. 其它病组中因病施治的高倍率病例，可纳入特病单议。

(二) 符合纳入特病单议范围的病例，定点医疗机构应在复审确认后 10 个工作日内向医保经办机构提出申请，并如实提供相关材料（所需材料内容另行确定）。

(三) 核准点数

高倍率病例特病单议核准追加点数 = 核准追加倍数 × 该病组基准点数 × 差异系数。

核准追加倍数 = (该病例实际发生医疗费用 - 该病例不合理医疗费用) ÷ 相同等级医疗机构本 DRG 例均费用 - 病组高倍率判定倍率。

纳入特病单议和整组单议病例由医保经办机构组织专家评审，符合条件的病例点数在评审确认当月追加。

第五章 基金结算管理

第十九条 每年初以定点医疗机构上年度 1-10 月份住院平均月结算额为预付额度，拨付 2 个月预付金（含根据基金预付办法预付的资金），以减轻定点医疗机构的资金垫付压力。预付金按年实行滚动补差结算，多退少补。

第二十条 DRG 点数法付费的年度预算总控额度实行按月预结，通过公式计算出定点医疗机构月度住院病例医疗服务总值，

扣除一定比例的医保质量考核金后拨付给定点医疗机构。

参保人员在参保地就医的，按照参保地预算计算点值，向医疗机构拨付费用，市内异地人员按照就医地支付标准向医疗机构拨付费用；各区之间异地就医人员按照就医地的 DRG 支付标准进行结算。

点值 = (所有医疗机构住院总费用 - 实际发生的住院医保统筹基金总额 + DRG 医保基金预算总额) ÷ 所有医疗机构住院总点数

(一) 月度点值

月度点值 = (所有医疗机构月度住院总费用 - 实际发生的月度住院医保统筹基金总额 + 月度 DRG 医保基金预算总额) ÷ 所有医疗机构月度住院总点数。

月度 DRG 医保基金预算总额 = 年度 DRG 医保基金预算总额 ÷ 12

若该月度 DRG 医保基金预算总额大于实际发生的月度住院医保基金总额，该月度 DRG 医保基金预算总额调整为实际发生的月度住院医保基金总额，当月预算基金结余额纳入年终决算。

(二) 月度 DRG 总点数

月度 DRG 总点数为所有病例预核点数之和。

(三) 定点医疗机构月度 DRG 应拨付费用

具体医疗机构月度 DRG 应拨付费用 = (该医疗机构月度预拨总点数 + 特病单议核准追加点数 + 整组单议核准追加点数 - 违规扣减点数) × 当月月度点值 - 医疗机构月度其他实际已收总费用

医保经办机构在复审确认后5个工作日内完成费用的拨付。

第二十一条 决算年度为当年1月1日至12月31日，病例以出院结算时间为准。医保经办机构制定年终决算方案，并经医疗保障行政部门审定后对各定点医疗机构的住院病组结算费用进行决算。决算、拨付工作应于次年4月底前完成。各定点医疗机构DRG点数法年终决算拨付费用按照以下方法计算：

(一) 年终DRG决算点值

年终DRG决算点值 = (所有医疗机构年度住院总费用 - 实际发生的年度住院医保统筹基金总额 + 年度实际可用于点数法结算的DRG基金总额) ÷ 所有医疗机构年度住院总点数。

医疗机构年度住院总点数 = 该医疗机构年度核准总点数

(二) DRG年度决算费用的拨付

具体医疗机构DRG年度决算费用 = (该医疗机构年度住院总点数 - 违规扣减点数) × 年度DRG决算点值 - 医疗机构年度其他实际已收总费用 - 月度DRG应拨付费用的全年累计。

强化考核结果应用，根据服务协议履行情况将年度考核结果与年终决算和医保服务质量考核费用挂钩。

第二十二条 市医保经办机构根据各地医保经办机构对定点医疗机构的月度预结和年度决算情况予以差额清算。

第六章 医疗服务质量管理

第二十三条 定点医疗机构要严格按照卫生健康部门规定的

病种质量要求掌握出入院标准，不得推诿病人，不得降低收治住院病人的标准，不得诱导病人住院和手术。严禁“挂名住院”和“分解住院”。

第二十四条 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药物、材料和诊疗项目的费用。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。

第二十五条 定点医疗机构应加强病案质量管理，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，避免和防止人为的疾病诊断升级；定点医疗机构按照国家医保版疾病诊断和手术编码（《医疗保障疾病诊断分类与代码》、《医疗保障手术操作分类与代码》、《医疗保障中医病症分类与代码》、《疾病诊断和手术编码对照库》），将病案首页中的疾病诊断和手术编码进行转换后再上传。

第二十六条 医疗保障部门定期组织对病例疾病诊断和病案进行抽样审核，必要时可组织专家评审。

第二十七条 医保经办机构按需组织对病例进行审核，并于审核次月扣减违规病例相应点数。

对查实属于“高套点数”、“分解住院”、“挂名住院”、“体检

住院”、不符合入出院指征、无特殊原因把本院有条件有能力诊治的病人推转到其他定点医疗机构、将住院费用分解至门诊结算的病例，将不予结算病例点数，并扣减相应病例点数的 2-5 倍。

为保证医疗服务质量，定点医疗机构按 DRG 付费方式结算的年结余率不得高于实际医疗费用总额的 10%，超出部分不予拨付。

第二十八条 建立医疗服务质量分析评价考核系统。医疗服务质量分析评价考核系统根据实际运行情况适时调整，年终向医疗机构公布服务质量评价结果。定点医疗机构医保服务年度考核办法另行制定。

第七章 决策与评估制度

第二十九条 各级医疗保障部门建立 DRG 专家库，承担因 DRG 点数法付费工作需要开展的有关评估、评审等工作。专家库成员由医疗机构向医保行政部门申报，经综合评定后公布。

第三十条 为公平、公正、公开评审病组分组工作中特殊病例的医疗合理性、分组合理性等事项，医保经办机构根据需要，组织开展评估、评审工作。评估专家按评估所需相应专业从专家库中抽选，每专业原则上不少于 3 人。按少数服从多数原则由评估专家库成员做出评估意见。医疗机构对评估意见有异议的，可向医保行政部门提出申诉。

第三十一条 建立完善医保部门与定点医疗机构的交流沟通机制，及时研究解决在工作实施过程中遇到的困难和问题，并对

定点医疗机构进行配套改革提供数据支持。

第八章 附 则

第三十二条 本实施细则从2021年4月1日起试行。

第三十三条 本实施细则由市医疗保障局负责解释。

本实施细则中专业术语见《国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）分组与付费技术规范》。

