

舟山市医疗保障局文件

舟医保发〔2021〕28号

舟山市医疗保障局关于明确住院费用 DRG 点数付费有关事项的通知

各县（区）医疗保障局、有关定点医疗机构

根据《舟山市医疗保险住院费用 DRG 点数付费暂行办法实施细则》（舟医保发〔2019〕33号）精神，为进一步完善全市住院费用 DRG 点数付费工作，结合本市实际运行情况，现将有关事项通知如下：

一、DRG 支付标准

根据前三年全市入组病例数据的各 10%、20%、70%权重，确定全市当年度各 DRG 病组的基准点数，具体情况如下。

（一）正常病例

1. 稳定正常病例。住院过程完整，组内病例数 > 5 例、差

异系数 ≤ 1 、住院天数 60 天以内，住院费用在支付标准 0.4-2 倍的病例为稳定正常病例，按本院 DRG 标准点数支付。

本院 DRG 标准点数=全市 DRG 基准点数*医院差异系数；

2. 同病同价病例。根据《浙江省医疗保障局关于促进分级诊疗实行 DRGs 支付同病同价的通知》（浙医保发〔2021〕45 号）精神，我市原已实施的同病同价病组按照《浙江省第一批不设差异系数 DRG 病组目录》调整执行（详见附件），2021 年该 50 个病组发生费用均以全市统一的基准点数结算。该目录外病组恢复原有差异系数，按照医疗机构标准点数进行支付。

（二）非正常病例

住院过程不完整、缺少支付标准、偏离支付标准、无法入组的病例为非正常病例，支付方式如下：

1. 高倍率病例。病组基准点数 ≤ 200 点，住院费用高于全市该病组平均费用 2 倍以上；病组基准点数 > 200 点，住院费用高于全市该病组平均费用 1.5 倍的，为高倍率病例。高倍率病例根据有关公式追加点数。

2. 低倍率病例。住院费用低于全市该病组平均费用 0.4 倍的病例，或住院天数低于全市该病组平均住院天数 0.4 倍的病例，为低倍率病例，按原项目折算点数结算，最高不超过本院该 DRG 标准点数；

3. 住院过程不完整是以医嘱转院、医嘱转社区卫生服务机构或乡镇卫生院、非医嘱离院、死亡等方式离院的病例，按原项目折算点数结算，最高不超过本院该 DRG 标准点数。

死亡离院病例因资源消耗大导致费用超过该病组平均费用 2 倍以上的按高倍率病例结算，其中住院时间超过 60 天的按床日结算，最高不超过按原项目折算的点数；

4. 日间手术按原项目折算点数结算。已实际开展日间手术的医疗机构，应在 2021 年 10 月 31 号前完成日间手术接口改造工作，逾期未按规范上传日间手术的将不予结算。

5. 全市新增病例和非稳定病例按原项目折算点数结算；

6. 未入组病例不予结算。

7. 有关计算公式：

高倍率病例点数=医院标准点数+该病组全市基准点数×核准追加倍数；核准追加倍数=(该病例总费用-不合理医疗费用)/全市该 DRG 三年住院均次费用-2(病组上限裁减倍率)；

原项目折算点数=该病例总费用/全市 3 年住院均次费用*100(保留 4 位小数点)；

二、床日支付标准

(一) 专科医院床日付费

对主要收治长期住院的精神类、康复类疾病医疗机构，

所有住院病例均实行按床日付费，根据床日标准和实际住院天数进行结算。实施对象暂定为舟山市第二人民医院和舟山和睦医院，具体床日标准将根据医院情况进行调整。

床日支付点数=标准床日费用*实际住院天数/全市三年均次住院费用*100（保留四位小数点）

（二）DRG 床日付费

1. DRG 床日标准。全市单次住院天数 60 天以上；单次住院天数 60 天以内且在 15 天内以相同 DRG 重复入院，合并住院天数 60 天以上；同一科室同一病人 48 小时内以相同或不同 DRG 出入院，合并住院天数大于 60 天的按一个 DRG 床日病例结算，涉嫌分解住院的查实后相关病例均不予结算。

根据历史数据计算 DRG 床日病组的平均床日费用，作为相关 DRG 标准床日费用，并按实际住院天数进行付费。按床日付费的 DRG，床日天数明显大于全市平均数的，年度清算时将酌情扣付相关费用。

2. 计算公式。床日 DRG 支付点数=核定床日费用×实际住院天数/全市三年均次住院费用*100（保留四位小数点）

（1）该 DRG 全年平均床日费用 > 标准床日费用时，核定床日费用=该 DRG 标准床日费用；

（2）该 DRG 全年平均床日费用 ≤ 标准床日费用时，核定床日费用=该 DRG 平均住院费用+差额费用的 50%。

3. 床日支付点数以年终清算为准。为便于月度基金拨付，暂以截止上月底的床日病例计算月度 DRG 床日支付点数；年终清算以医院该 DRG 全年平均床日费用进行核算。

三、有关数据调整办法

(一) 病组权重调整

根据疾病严重程度和资源消耗水平，对权重倒挂病组进行点数调整，确保同一个 ADRG 内，不伴并发症与合并症病组的支付标准不超过伴并发症与合并症病组；伴并发症与合并症病组的支付标准不超过伴严重并发症与合并症病组。

(二) 标准点数调整

RE1 恶性增生性疾患的化学和/或靶向、生物治疗，RC1 恶性增生性疾患放射治疗，LK1 泌尿道结石碎石病组，上述 3 个 ADRG 因治疗方式不同导致各医院费用差异较大，病组标准点数按各医院成本系数确定，原则上最高不超过基准点数 1.5 倍。

(三) 分组器调整

1. **单双侧组**。ZJ-DRG 版分组方案新增单双侧组，其中单双眼晶体手术根据手术实际情况填写相应字段；单双侧腹股沟及腹疝手术根据对应的单双侧手术编码判定入组。

2. **伴重症监护组**。ZJ-DRG 版分组方案新增 7 个伴重症监护的 DRG 病组，正确入该 DRG 组需要在病案首页填写重症监

护相关字段，其中“重症监护病房类型”“进重症监护室时间”“出重症监护室时间”必填。

（四）十五天内重复住院调整

市内住院病人出院后十五日内，以相同 DRG 再次住院且合并住院天数小于 60 天的，除最后一次住院外，前几次住院病例支付点数减半，以下情况特别说明：

1. 与肿瘤放化疗相关的 10 个 ADRG 点数不予减半：RC1，RD1，RE1，RF1，RU1，RU2，RV1，RW2，RR1，RS1；

2. 眼科疾病 CB3 晶体手术、CW19 各种类型白内障、CC1 角膜、巩膜、结膜手术点数不予减半；

3. 十五日内跨医疗机构重复住院。

（1）医嘱离院十五日内，以相同 DRG 在市内其他医疗机构再次住院的，前几家医院相关病例点数减半；

（2）非医嘱离院的患者十五日内以相同 DRG 在市内其他医疗机构再次住院的，前次病例以住院过程不完整结算；

（3）医嘱转院的患者十五日内以相同 DRG 在市内其他医疗机构再次住院的，前次病例以住院过程不完整结算；

（4）患者出院后十五日内在市外医疗机构再次住院的，前次病例按住院过程不完整结算。

重复住院情况根据结算数据进行判定，如存在推诿病人、篡改离院方式等违规情况，一经查处，相关病例将不予结算，

并根据《定点医疗机构服务协议》进行处理。

（五）月度预付调整

根据各医疗机构医保病例月度 DRG 支付基金和月度医保发生基金进行月度拨付，相关计算公式如下。

DRG 月度累计参考点值=全市月度累计 DRG 费用结算总额
÷ 全市月度累计总点数。

全市月度累计 DRG 费用结算总额=(全市参保人员在市内住院月度累计总费用 - 全市参保人员在市内住院按项目付费的医保基金月度累计总额) + DRG 月度累计预算基金。

DRG 月度预付和年终清算病例原则上以医保病例发生的费用为主，全年最终点值以年终清算为准。

四、特病单议

（一）定义

我市“特病单议”政策是针对偏离支付标准的病例引入专家评审制度，通过系统反馈或组织本地专家集体讨论，按照评审规则给予点数追加或扣除的政策。

（二）申诉规则

医疗机构在系统【DRG 支付月度点数查询】模块中提交申诉，确保条理清晰，逻辑清楚。

1. 申诉对象。所有病例类型均可提交申诉，医院申诉病例数不得超过该院全年 DRG 病例数的 3%；全年 DRG 病例数小

于 100 的医院申诉病例不大于 3 例，同一病例重复申诉纳入统计次数。

2. 申诉基础。申诉病例在系统内有相关的医师医嘱、检验记录、检查结果、手术记录、出院小结五个模块内容，如关键数据缺失则予以驳回。

（三）评审方式

1. 线上评审。由医学专家针对医院提交的申诉病例进行不定期评审，按评审规则扣除不合理费用后在系统里反馈，医疗机构如对反馈结果无异议，按专家审议结果执行；如有异议，可在系统申诉里发起二次申诉。

2. 线下评审。针对无法达成共识或情况复杂的疑难病例进行专家现场评审，每半年一次。等条件成熟后可通过网络会议进行远程评审。

（1）专家团组成。对疑难病例进行医学科目分类，按照所属专科需要，由市医保局从本地医学专家库中抽选对症的临床医学专家 3 名；DRG 工作组的医学专家 1 名；市医保局工作人员 1 名。共 5 人组成线下评审专家组。

（2）评审过程。由 DRG 工作组提供并展示申诉病例的费用、占比、医师医嘱、检验记录、检查结果、手术记录、出院小结等详细数据；由医学临床专家对病例进行医学讨论，评审诊疗过程合理性；由专家团所有人员进行投票表决，按

超过半数以上的专家意见确定评议结果。

（四）评审规则

1. 规范病例。诊疗方案合理，检查检验规范，药品和耗材使用合理，收费合理，因病情复杂、住院时间长、治疗难度高导致高费用的合理病例，按原项目折算点数付费。

2. 不规范病例。

（1）诊疗过程不规范：收治未达到住院指征的患者入院治疗、未按规范的临床路径制定合理的诊疗方案等；

（2）检查检验不规范：违反诊疗规范实施不必要的重复检查、超范围检查；

（3）药品使用不规范：无医嘱用药、无指征用药、超常规用药等；

（4）耗材使用不规范：违反诊疗规范使用不必要耗材、超量使用耗材、高值耗材滥用等。

因诊疗过程不规范导致住院费用偏离支付标准，需要具体核算不合理费用，从总费中扣除不合理费用后按原项目折算点数付费。

存在“高套点数”“重复收费”“挂名住院”“串换项目”等严重违规行为的病例，所有费用不予结算，并根据规定对有关医疗机构进行相关处理。

五、新技术扶持

（一）定义

医疗机构开展符合卫健部门相关规定的医疗新技术时，因治疗方式不同医疗费用较高，按 DRG 付费结算亏损较重的，经审议通过后按原项目折算点数付费。

（二）申请流程

（1）资格初审。医疗机构向市医保局提交书面申请，申请报告明确新技术的开展现状、盈亏情况、对应的主要诊断及手术编码。该新技术需在本市卫健部门发布的最新版“新技术目录”内，如不符合则驳回申请。

（2）专家评议。市医保局从本地专家库中抽选相关医学专家进行集体讨论，审核该新技术是否为全市首次开展，医疗费用是否合理，手术编码是否匹配。

（三）评议结果

评议通过后，医疗机构发生的该类病例均可以按新技术提交住院结算，经医保部门确认后按原项目折算点数付费。

附件： 浙江省第一批不设差异系数 DRG 病组目录

舟山市医疗保障局

2021 年 9 月 28 日

附件

浙江省第一批不设差异系数 DRG 病组目录

序号	DRG 编码	DRG 组名称	舟山市基准点数
1	CB23	虹膜手术, 伴一般并发症与合并症	53.7541
2	CB25	虹膜手术, 不伴并发症与合并症	53.7541
3	DE25	扁桃体和/或腺样体切除手术, 不伴并发症与合并症	87.0539
4	DT13	中耳炎及上呼吸道感染, 伴一般并发症与合并症	46.0730
5	DT23	会厌炎、喉炎及气管炎, 伴一般并发症与合并症	41.8517
6	DT25	会厌炎、喉炎及气管炎, 不伴并发症与合并症	30.9353
7	DW13	口腔、牙齿有关疾患, 伴一般并发症与合并症	43.6022
8	ET23	慢性气道阻塞病, 伴一般并发症与合并症	82.2305
9	EX13	哮喘及喘息性支气管炎, 伴一般并发症与合并症	64.6874
10	FV25	高血压, 不伴并发症与合并症	41.9598
11	FV35	晕厥及/或虚脱, 不伴并发症与合并症	36.3597
12	FV43	胸痛, 伴一般并发症与合并症	37.9967
13	GD25	阑尾切除术, 不伴并发症与合并症	109.5633
14	GE13	单侧腹股沟及腹疝手术, 伴与不伴并发症与合并症	125.8054
15	GE25	疝其他手术, 不伴并发症与合并症	116.2599
16	GF13	肛管、肛门及肛周手术, 伴一般并发症与合并症	95.4378
17	GF15	肛管、肛门及肛周手术, 不伴并发症与合并症	86.4748
18	GU23	其他消化溃疡, 伴一般并发症与合并症	64.1804
19	GV15	消化道梗阻或腹痛, 不伴并发症与合并症	42.3898
20	GW13	食管炎、胃肠炎, 伴一般并发症与合并症	49.0153
21	GZ13	其他消化系统诊断, 伴一般并发症与合并症	57.8737
22	HC33	胆囊切除手术, 伴一般并发症与合并症	168.4618
23	HC35	胆囊切除手术, 不伴并发症与合并症	153.9951
24	HU15	急性胆道疾患, 不伴并发症与合并症	59.0325
25	IS23	除前臂、腕、手足外的损伤, 伴一般并发症与合并症	59.9282
26	IS25	除前臂、腕、手足外的损伤, 不伴并发症与合并症	47.0954
27	IU23	颈腰背疾患, 伴一般并发症与合并症	65.2995
28	IU25	颈腰背疾患, 不伴并发症与合并症	54.8332
29	IZ23	骨骼、肌肉、肌腱、结缔组织的其他疾患, 伴一般并发症与合并症	56.6525
30	IZ25	骨骼、肌肉、肌腱、结缔组织的其他疾患, 不伴并发症与合并症	43.0542
31	JB25	乳腺切除手术, 不伴并发症与合并症	54.4658

32	JC13	颜面及其他皮肤、皮下组织成型术，伴一般并发症与合并症	35.1570
33	JC15	颜面及其他皮肤、皮下组织成型术，不伴并发症与合并症	35.1570
34	JT13	乳房、皮肤、皮下组织创伤，伴一般并发症与合并症	57.7352
35	JT15	乳房、皮肤、皮下组织创伤，不伴并发症与合并症	44.9920
36	JU15	感染性皮肤病，不伴并发症与合并症	42.9594
37	JV15	皮肤、皮下组织的非恶性增生性病变，不伴并发症与合并症	24.2697
38	KS15	糖尿病，不伴并发症与合并症	55.2239
39	KZ13	其他代谢疾患，伴一般并发症与合并症	45.8953
40	LU13	肾及尿路感染，伴一般并发症与合并症	59.2463
41	LU15	肾及尿路感染，不伴并发症与合并症	37.4034
42	LX13	尿路结石、阻塞及尿道狭窄，伴一般并发症与合并症	35.8453
43	LX15	尿路结石、阻塞及尿道狭窄，不伴并发症与合并症	35.8453
44	MC15	阴茎手术，不伴并发症与合并症	24.5258
45	MS15	男性生殖系统炎症，不伴并发症与合并症	46.1854
46	NF13	外阴、阴道、宫颈手术，伴一般并发症与合并症	51.9922
47	NF15	外阴、阴道、宫颈手术，不伴并发症与合并症	44.1211
48	OF23	早期流产手术操作，伴一般并发症与合并症	31.6797
49	OF25	早期流产手术操作，不伴并发症与合并症	26.9546
50	VR13	损伤，伴一般并发症与合并症	74.5376

抄送：市、县（区）医保经办机构

舟山市医疗保障局办公室

2021年9月28日印发
