铜医保发〔2023〕8号

铜仁市医疗保障局

关于调整《铜仁市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费结算细则（试行）》的

通 知

各区（县）医疗保障局，各定点医疗机构：

关于调整《铜仁市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费结算细则（试行）》已经研究同意，现印发给你们，请遵照执行。

铜仁市医疗保障局

2023年5月18日

铜仁市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费结算细则（试行）

为贯彻落实《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）《国家医保局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48号）《国家医保局关于按疾病诊断相关分组(DRG)付费医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕23号）《省医保局关于印发贵州省DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》（黔医保发〔2022〕4号）《铜仁市人民政府办公室关于印发铜仁市医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费支付方式改革试点工作方案的通知》（铜府办发〔2019〕73号）和《铜仁市医疗保障局关于印发<铜仁市医疗保险按疾病诊断相关分组（DGR）付费支付方式改革三年行动方案>的通知》（铜医保通〔2022〕8号）精神，积极稳妥地推进全市定点医疗机构开展基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费工作，进一步完善定点医疗机构管理机制，规范诊疗服务行为，控制医疗费用不合理增长，确保医保基金安全，提高基本医保保障水平，切实减轻参保患者医疗费用负担，结合我市实际，制定本细则。

第一条 本细则是指参保人在本市实施DRG付费的定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）发生的应由基本医疗保险基金支付的住院费用，由医疗保险经办机构按照DRG付费标准和当前支付政策与定点医疗机构进行结算。

第二条 本细则适用于市内纳入DRG付费的定点医疗机构。2023年度DRG付费为二级及以上医疗机构，一级及未定级有住院的公立医疗机构及主动申请开展DRG付费的营利性医疗机构按照DRG管理基础病组开展支付；一级及未定级有住院的营利性医疗机构实施DRG支付方式改革模拟付费。

第三条 本市DRG付费结算应全部使用国家医保局认定的疾病诊断分类编码（ICD-10）和手术操作编码（ICD-9-CM3）的版本。

第四条 参保人员基本医疗保险待遇不受本细则影响。

第五条 DRG病组支付标准是病组权重乘以费率计算得出，权重和费率是根据历史结算数据、年度住院统筹基金支出预算、DRG分组情况、费用合理增长空间等测算确定，测算的具体方案另行制定。

第六条 普通DRG入组患者基金支付费用结算方法

对于普通DRG入组患者，医疗保险经办机构按照DRG分组结果进行定点医疗机构住院费用结算，统计口径为结算时间，具体计算公式为：

医保基金DRG应支付住院费用=∑〔（参保人员所属DRG组的支付标准-全自费费用-先自付费用-起付线）×政策规定的基金支付比例〕。

其中：全自费费用为医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施政策范围外的医疗费用；先自付费用是指超限价及某些高值材料或项目，按照当地医保政策规定，须个人先支付一部分，其他部分才计入医保支付范围；起付线是指当地医保政策规定政策范围内先应由个人支付的部分；政策规定支付比例为当地医保规定的政策范围内的支付比例。

此公式为基本结算公式。医保经办机构与医疗机构实际结算过程中，不需要规定一个总体的政策支付比，而是在计算机结算程序中直接用“该患者所属DRG组的付费标准”替代该患者的“住院总费用”，应用给病人减免结算的所有政策与流程进行DRG支付金额的计算即可。

如上述公式计算DRG应支付结果≤0时，则按0计算。

第七条 特殊病例基金支付费用结算方法

为了鼓励医院收治疑难重症，防止推诿病人和低标准入院等情况的出现，DRG结算细则对未入组病例、极高费用病例、极低费用病例、低住院天数病例等的认定标准、程序与具体结算办法做出规定。

**1.费用极高病例**

参保病例能入组，但住院总费用高于DRG支付标准规定倍数的（三级医院超过3倍，二级和一级医院超过2倍）的定义为费用极高病例，极高病例按项目付费支付，极高病例不超过当期结算人次的1%，如超过1%，则按照住院总费用高于DRG支付标准的差额从高到低进行排序，取排序在前1%（四舍五入取整数计算）的人次所对应的费用按项目付费方式结算，其余按DRG付费标准进行结算。同时为了保证神经系统类急危重症病人得到及时有效地治疗和及早的合理康复，鼓励医疗机构使用最佳的治疗方式救治患者，另规定BB11、BB13、BB21、BR11、BR21和BR23六个DRG病组的极高病例人数提高到当期该类结算人数的5%，可实施特病单议按项目付费支付，且不在整体1%限制范围内。

**2.费用极低病例**

参保病例能入组，但住院总费用低于DRG支付标准30%的定义为费用极低病例，为保证医保基金的使用效率，费用极低病例按项目付费方式结算。使用DRG管理基础病组付费的医疗机构按住院总费用低于DRG支付标准50%的定义为费用极低病例。

**3.低住院天数患者**

将住院天数≤2天的住院患者定义为低住院天数患者。为提高基金使用效率，对低住院天数患者暂按如下规定比例进行费用结算：

（1）住院天数为0天，即当天入出院的，执行该DRG组付费标准的5%；

（2）住院天数为1天，执行该DRG组付费标准的10%；

（3）住院天数为2天，执行该DRG组付费标准的20%。

**4.QY组病例**

QY组病例其住院医疗费用按项目支付方式进行结算，按基本医保基金应支付的90%执行。对医院提出申请并经特病单议后确定的非医保结算清单错误填报因素造成的病例，因分组方案缺陷导致，可按基金应支付的100%支付。

**5.0000组病例**

0000组病例其住院医疗费用按项目支付方式进行结算，按基本医保基金应支付的90%执行。对医院提出申请并经特病单议后确定的现行DRG分组方案暂未包括病例，在确定新的分组前可按基金应支付的100%执行。

**6.精神类疾病、儿童康复类疾病**

铜仁市DRG支付方式改革管理医院，分组器通过抓取医院病案首页或结算清单信息，同时根据医疗机构实际治疗方式分组管理，精神类疾病入组（MDCT、MDCU），按床日付费；儿童康复类疾病入组（BW2、TU19、XS19和BX1）按床日付费。

**7.未治愈组**

根据铜仁市改革工作实际情况，确保患者就医权益和医保精准支付，将部分患者到医疗机构就医，因医疗机构救治水平和患者意愿，对就医没有完成诊疗过程或未达到临床治愈办理出院，在填写病案首页或结算清单离院时应遵照医疗保障基金结算清单填写规范，离院方式填写“非医嘱离院”或“医嘱转院”，同时是否31 天内再住院计划填写“是”，两种情况同时应用入组后定义为“未治愈组”，未治愈组在正常四位DRG编码后加字母“W”(如：RS11-W,BK11-W等标识，但不调整分组方案），未治愈组按正常入组支付标准的70%执行；稽核发现该患者就医实际属于未治愈定义的，没有按要求填写离院方式和31天再入院计划的，患者7天内再入院的且进入同一ADRG组，则按协议规定中的套高处理，本条执行时间为发文日。

**8.DRG分组管理基础病组**

一级及未定级有住院的公立医疗机构及主动申请开展DRG支付的营利性医院按照DRG管理基础病组开展支付，进入无付费标准组、QY组和0000组按项目结算；2023年一级及未定级有住院的营利性医疗机构实施DRG支付方式改革模拟付费。

**9.建立3个DRG基层支付病组**

降低一、二、三和六类费率医疗机构DRG细分组DT19、ES35、GW19三个组的权重，提高四类、五类和一级及以下有住院的医疗机构DRG细分组DT19、ES35、GW19组权重和支付标准，促进分级诊疗,助推紧密型医供体建设。

**10.**中医优势病种、省级重大疾病、异地医保和中心报销不进入DRG付费；2023年1月8日至2023年4月1日前入院的新型冠状病毒感染病例按项目付费。

第八条 特病单议

**1.以下规定的情况按照项目付费，按月提供相关资料审核**

（1）已在辖区医保经办机构备案的新技术项目。可暂先按项目付费执行一年后，再根据数据进行测算，修订该病种分组的支付标准，该类年度结算人数不得超过出院人数0.1%，超出人数清算按倒数顺序减除补偿费用。

（2）因疾病需要长期住院的病例，出入院时间天数大于60天，不包含60天，该类年度结算人数不得超过出院人数0.18%，超出人数清算按倒数顺序减除补偿费用，按床日付费除外。

（3）出、入院48小时死亡病例，危急重症患者经抢救治疗死亡。

（4）OC19和OR19组72小时内平产出院。

1. 因分组方案版本未包含进入QY组或0000组的。
2. 职工医保就医患者，启动大额保险政策住院，由医疗机构主动申请特病单议。
3. 执行“双通道”药品管理后，患者外购重特大疾病的免疫治疗和靶向药品，带药住院进行治疗，且明确以免疫治疗、靶向治疗为主要诊断，相应的第一手术操作编码（99.28）的RG1病种和RU1、RW2无手术操作的病种，纳入特病单议。
4. BB11、BB13、BB21、BR11、BR21和BR23六个DRG病组的极高病例人数提高到当期该类结算人数的5%，可实施特病单议按项目付费支付。BB组48小时内出院病例按项目支付。

**2.特病单议审核**

（1）特病单议申请不通过的，按医院报销给患者基本医疗资金的50%进行支付，特病单议审批过程中发现违规的按照协议规定处理。

（2）涉及申报病例，提供申报明细表，明细表明确姓名、入院时间、出院时间、结算时间、第一诊断、住院号、总费用、基本医保支付费用等基础信息，同时考核时以原始病历接受审核。

（3）新技术项目备案需要提供申请书、相关学术资料、医师资质、同级卫健部门许可、医院研究会议纪要、收费相关依据和院内技术开展评估报告。

第九条 病案归档

1.参保住院患者在定点医疗机构就诊完毕，临床下发出院通知，患者在结算窗口按铜仁市基本医疗保险待遇及时报销结算。

2.临床医师根据患者本次住院诊疗过程，据实填写病案首页和完成相关病历文件，临床科室按照医院规定的病历提交要求及时将住院病历提交至病案室（或病历质控科）进行归档审核。

3.病案室（或病历质控科）对于存疑病历需要及时反馈并与临床医师进行充分沟通，对发现的问题由临床医师进行修改并再次提交病案室（病历质控科）进行审核，无异议后对病历进行归档（医院信息系统）；同时按国家医保结算清单要求开展医保结算清单填写推送，有条件的医疗机构可以开发结算清单模块，医院HIS 端保存自己已推送的结算清单数据，便于今后查验。

第十条 医保结算清单数据传输

1.定点医疗机构原则上在患者出院结算后3个工作日内，及时填写完善医保结算清单信息，按国家要求将医保结算清单数据（以下简称分组信息数据）首次提交至医保经办系统，允许有1次修改，再次提交时间最长不能超过出院结算后10个工作日。

2.经办系统实时向定点医疗机构反馈DRG未入组的病例信息，数据锁定以后定点医疗机构可通过经办系统查看相关分组信息。示意图见附件。

第十一条 医保基金拨付

医疗保险经办机构与定点医疗机构按照年度预算、月度预拨并预结算。DRG付费运行之初，每月进行考核，待运行稳定后，可根据情况实行季度考核、年终考核并清算的方式进行医疗费用结算和医保基金拨付清算。

1.定点医疗机构实行年度DRG预算管理，按照各定点医疗机构近年度费用发生规律，进行测算额度。

2.医疗保险经办机构每月按定点医疗机构DRG结算数据进行结算；年度进行清算，另文规定。

3.医疗保险经办机构每月对定点医疗机构上一月度的DRG付费进行预结算。

具体计算公式：定点医疗机构DRG结算费用=（医疗保险基金DRG应支付的住院费用+医疗保险基金项目支付的住院费用）；

4.医疗保险经办机构按《基本医疗保险DRG付费考核表》，对定点医疗机构DRG付费运行情况进行考核。

5.医疗保险经办机构根据DRG付费月度或季度、年度考核结果，对定点医疗机构进行考核金兑付。全年月（季）考核结果占60%分值，年度考核结果占40%分值，年度综合考核分值在90分（含90分）以上为优秀，80分（含80分）至90分为合格，80分以下为不合格。

年度综合考核评分与考核金挂钩。考核金=年度DRG应拨付资金×10%。考核为优秀等次的医疗机构全额拨付。合格等次的，得分少于90分的，每减少1分，扣减年考核金的5%，并对存在的问题进行整改；对考核为不合格等次的，年考核金不予拨付，并根据相关规定暂停相应科室或医生定点资格。年考核结束后根据考核结果，考核扣减金额于次年第一季度DRG考核金中予以扣减。

6.根据国家医疗保障局 国家中医药管理局《关于医保支持中医药传承创新发展的指导意见》（医保函〔2021〕229号）精神，适当提高中医医疗机构中医病种的系数和分值，充分体现中医药服务特点和优势，年底清算中医医疗机构未入组病种按项目付费结算额度的95%进行结算。

第十二条 定点医疗机构应严格按照卫生健康部门规定的医疗质量要求，认真开展入院评估，严格掌握出入院标准，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”“住院费用分解”“减少必要服务”和“分解住院”。

第十三条 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，不得减少必要的医疗服务而影响医疗质量。病人住院期间发生的医疗费用明细（含自费、外购的医用耗材及药品），必须按规定及时上传到医保经办机构。定点医疗机构应加强对住院病人医保目录外项目使用管理，严格控制医保目录外项目、重点监控药品和高值耗材的使用比例，切实减轻参保人员个人负担。

第十四条 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。规范名称应按国家标准填写，并及时上传。出院的主要诊断及相关的主要手术操作应按病人就诊住院治疗时的主要疾病、合并症、次要疾病等正确选择，并依次按实填写。

第十五条 医保经办机构应不断加强智能审核，提高对医保大数据的挖掘分析能力，切实提升医保智慧监管水平。

第十六条 对查实定点医疗机构存在“高套分组”“分解住院”“挂名住院”“体检住院”“推诿病人”“减少必要服务”将住院医疗费用分解至门诊、零售药店或让病人单独自费结算等行为，医保经办机构应根据《定点医疗机构服务协议》的规定处理；对使用“DRG辅助系统”特意批量套高DRG入组编码的按协议乙方严重违约责任处理，并约谈医疗机构主要负责人及全市通报批评。考核方案另行制定。

第十七条 实施过程中遇重大事项的，由市医保经办机构报市医保行政部门会同市财政、卫生健康行政部门研究决定。

第十八条 根据执行情况，市医保行政部门会同市财政和市卫生健康行政部门对本细则中规定的具体标准适时作出明确和调整。

第十九条 不予收费医用耗材、不属于诊疗服务收费项目范围及经医保经办部门核准的除外费用不纳入住院总费用。

第二十条 本细则由市医疗保障局负责解释。

第二十一条 本实施细则自2023年1月1日起实施（第七条第七点中未治愈病组特殊规定除外），同时《铜仁市医疗保障局关于调整<铜仁市基本医疗保险按疾病相关分组（DRG）付费结算细则（试行）>的通知》铜医保发〔2022〕14号文件废止。

附件

铜仁市基本医疗保险疾病诊断相关分组（DRG）付费医院分组信息

数据传输工作流程示意图

医保管理系统

（提取结算清单）

支付到医 院

医保结算

管理系统

再次分组

信息数据

付费结算

经办系统

入组病例信息

未入组病例信息

定点医疗机构

反馈

DRG分组系统

医院信

息系统

住院出入

院处患者

出院结算

临床治疗

结束下达

出院通知

分组结果锁定

分组结果锁定

付费结算

康复按床日

精神病按床日

付费结算

返回医保系统

|  |
| --- |
| 铜仁市医疗保障局办公室 2023年5月18日印发 |

共印340份