

临医保发〔2023〕63号

临沧市医疗保障局关于印发《临沧市基本医疗保险住院医疗费用按疾病诊断相关分组（DRG）付费实施细则（试行）》的通知

各县、自治县、区医疗保障局，市医疗保险中心、市医疗保障基金安全运行和监测评估中心，市本级定点医疗机构：

现将《临沧市基本医疗保险住院医疗费用按疾病诊断相关分组（DRG）付费实施细则（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。

临沧市医疗保障局

2023年6月25日

临沧市基本医疗保险住院医疗费用按疾病诊断相关分组（DRG）付费实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实国家、省、市深化医药卫生体制和医保支付方式改革决策部署，全面推进临沧市按疾病诊断相关分组（DRG）支付方式改革（以下简称“DRG 付费改革”），更好地发挥医保基金使用效率，根据《国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48 号）、《云南省医疗保障局办公室关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划分工方案的通知》（云医保办〔2022〕28 号）、《临沧市医疗保障局关于印发临沧市 DRG 付费支付方式改革三年行动计划工作任务清单的通知》（临医保发〔2022〕88 号）要求，结合实际，制定本实施细则。

第二条 DRG 付费应当遵循的主要原则

（一）保障基本。坚持医保基金“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，在加强基金预算管理，完善医保付费总额管理的基础上开展 DRG 付费，着力保障参保人员基本医疗需求，促进医药卫生资源合理利用。

（二）科学合理。科学制定与 DRG 付费改革相适应的医保结算流程，健全完善医保经办机构与定点医疗机构之间的激励约

束机制，保障参保患者和定点医疗机构合理利益。

（三）统筹协调。坚持医保、医疗、医药“三医”联动，统筹协调相关部门和定点医疗机构共同参与，协同推进 DRG 付费、医疗质量控制和医疗机构绩效管理。

（四）稳步推进。贯彻落实国家医保基础编码，加强医疗保障基金结算清单数据质量管理，提升医保医疗精细化管理水平，促进定点医疗机构在保证医疗质量和安全基础上，合理控制医疗成本，稳妥推进 DRG 付费改革。

第三条 本实施细则适用于临沧市职工基本医疗保险（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”）的住院医疗费用中的基本医疗保险统筹基金。临沧市纳入 DRG 付费结算范围的定点医疗机构发生的住院费用按本实施细则结算拨付。未纳入 DRG 付费结算但开通住院支付的定点医疗机构发生的住院费用仍按原付费方式执行。其中，生育住院、单病种住院、日间手术等纳入 DRG 总额下管理，但不进行分组，按现行结算政策执行。

第四条 参保人员发生的医疗费用与定点医疗机构按现行医保政策结算，医保经办机构与定点医疗机构申报的住院费用按本实施细则规定进行结算。

第二章 总额预算管理

第五条 DRG 付费预算总额纳入每年基本医疗保险总额预算管理统筹基金总量，按照基本医疗保险总额控制方案执行。

（一）纳入总额预算管理的统筹基金总量计算公式：

1. 职工医保总额预算管理统筹基金总量=职工医保统筹基金支出预算总额－门诊统筹支出－零星报销统筹支出－异地就医统筹支出

2. 居民医保总额预算管理统筹基金总量=县域医共体城乡居民医保打包付费预算总额－门诊统筹支出－零星报销统筹支出－异地就医统筹支出－家庭医生签约服务费

（二）当医疗需求发生重大变化时，预算将进行相应的调整。突然爆发的非常规医疗需求，则按相应规定增加相应预算。若医疗需求因政策性原因发生非常规减少，则总预算将采用实际医疗总费用进行结算。

第三章 基础信息管理

第六条 按照国家关于医疗保障标准化建设和信息业务编码规则要求，健全完善医保付费信息系统，统一使用国家制定的医保结算清单和医保疾病诊断、手术操作、医保药品、医保医用耗材和医疗服务项目等 15 项基础编码。

第七条 严格按照《医疗保障基金结算清单填写规范》填写上传医疗保障基金结算清单，确保数据填报完整，字段规范，诊

断和手术操作选择正确，且编码准确，满足 DRG 分组和付费要求。定点医疗机构病案管理科室应联合临床科室建立内部质控机制，对医疗保障基金结算清单中必填项、诊断和手术操作及其编码的规范性、准确性等进行核验。

第八条 确保医保经办机构、定点医疗机构硬件平台和网络安全稳定，定点医疗机构 HIS 系统、病案系统、数据采集平台和医保分组结算系统互联互通。

第九条 定点医疗机构应在参保患者出院时，实时完成医保结算，在出院结算后 10 日内完成医疗保障基金结算清单上传工作。DRG 付费较为成熟后，在出院结算后 7 日内完成医疗保障基金结算清单上传工作。

第四章 分组及病组权重费率管理

第十条 临沧市分组标准依照国家有关技术规范执行，确保主要诊断分类(MDC)、核心 DRG 分组(ADRG)与国家 CHS-DRG 分组方案一致，细分组按照云南省医疗保障局明确的 DRG 付费分组方案执行。

第十一条 临沧市 DRG 病组基础权重统一执行云南省医疗保障局明确的 DRG 付费分组权重。

第十二条 确定不同等级定点医疗机构病组权重调整系数。

(一) 定点医疗机构等级划分方法。根据定点医疗机构上年

度相关数据以各定点医疗机构收费类别、医疗服务能力等综合因素作为主要依据考虑，以各定点医疗机构等级、例均住院费用、病例组合指数（CMI 值）三个固定值作为参考指标来划分医疗机构病组权重调整系数等级。按照平稳过渡的原则，根据医疗机构级别，结合历史数据进行测算，分为 A、B、C、D 四个等级的定点医疗机构病组权重调整系数，实行年度动态调整。

（二）稳定病组权重调整系数确定。权重调整系数=该等级该病组平均费用÷所有定点医疗机构该病组平均费用。当本等级病组总病例数≤5 例时，按就高相近等级的病组调整系数确定。若其它等级调整系数不存在，则确定为 1。原则上当低等级定点医疗机构病组调整系数大于高等级定点医疗机构同病组调整系数时，低等级定点医疗机构与高等级定点医疗机构取相同的调整系数。

（三）非稳定病组权重调整系数确定。病组例数≤5 例的，调整系数确定为 1。

（四）定点医疗机构当年新发生病组的权重调整系数，按同等级权重调整系数确定。

第十三条 总权重计算公式：

$$\text{DRG 总权重} = \sum (\text{各 DRG 组病例数} \times \text{各 DRG 组病例权重})$$

第十四条 费率计算公式：

$$\text{费率} = \frac{\text{全市所有定点医疗机构住院总费用}}{\text{全市所有定点医疗机构住院 DRG 总权重}}$$

第五章 病例结算管理

第十五条 正常入组病例。单个病例住院过程完整且不属于费用极高（低）病例的，纳入正常结算。

第十六条 无法正常入组病例。定点医疗机构收治的住院病例无法正常入组的，经申诉校正后仍进入“0000 组”或相应 MDC 下的“QY 组”，则按相应病组的 0.5 倍权重进行结算、支付；未能入组的则不予支付。

第十七条 费用极高病例。单个病例住院过程完整且能入组，但高于本病组平均费用的 3 倍（不含 3 倍）的病例，按项目付费方式进行结算，但费用超高结算人次不得超出当期本院总出院人次 3%，如超过 3%，则按住院总费用高于 DRG 支付标准的差额从高到低进行排序，取排序前 3%的人次所对应的费用按项目付费方式结算，其余病例仍按 DRG 付费支付标准结算。

第十八条 费用极低病例。单个病例住院过程完整且能入组，但其住院总费用低于本病组平均费用的 0.3 倍（不含 0.3 倍）的病例，按项目付费方式进行结算。

第十九条 纳入特病单议病例

（一）所有定点医疗机构发生的疾病分组中病例数 ≤ 5 例的病组，若年终该病组经重新计算仍不稳定的，原则上该病组内发生的费用极高病例，年终时可纳入特病单议。

（二）其他特殊申请按项目付费病例。定点医疗机构可根据

临床需要，向医保经办机构申请部分特殊患者按项目付费，但须严格控制按项目付费的患者数量，按月统计按项目付费的患者数，不得超过当期本院总出院人次的 3%。拟按项目付费的患者，定点医疗机构须逐例申报，经医保经办机构审核通过后，按项目付费结算。

申请按项目付费的四种情形为：

- 1.危急症抢救患者急诊入院的；
- 2.医疗机构向医保经办机构备案的新技术项目，需要按项目付费的；
- 3.住院天数 30 天（含 30 天）以上或住院费用过高等特殊情况的；
- 4.符合申报的其他情形的。

第二十条 符合纳入特病单议范围的病例，定点医疗机构应在本年度内及时向医保经办机构提出申请，并如实准备好相关纸质病案材料（所需提交其它相关纸质材料另行确定）。

第二十一条 支持定点医疗机构开展新技术、新项目，已立项并属于基本医疗保险支付范围的新技术、新项目，可向属地医保经办机构申请并逐级申报纳入特病单议病例管理。

第六章 基金结算和清算管理

第二十二条 实行“年度总额预算、按月预结算拨付、年终考

核清算”的方式进行医疗费用结（清）算。每年 12 月份的月度预拨费用需待年度稽核终审和年度 DRG 付费服务质量综合考核结果总评后参与年终清算。

第二十三条 支付方式及结算流程

（一）支付方式。医保经办机构按月向各定点医疗机构进行预结算拨付。月度预结算周期为自然月。

（二）结算流程。数据采集→分组反馈及调整申请→分组调整审核→结算支付。具体流程如下：

1.病案数据：定点医疗机构应在每月 10 日前完成上月住院病案首页、医疗保障基金结算清单上传工作；

2.病例分组：医保经办机构在定点医疗机构完成病案首页、医疗保障基金结算清单上传后 3 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：定点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特殊申请按项目付费病例的反馈工作；

4.终审确认：医保经办机构在定点医疗机构完成反馈工作的同时，完成病例数据分组、终审确认工作，并在 5 个工作日内将最终分组结果下发定点医疗机构。

第二十四条 费用拨付方式

医保经办机构按照云南省 DRG 分组结果和市级测算结果对定点医疗机构 DRG 病例进行结算。

（一）DRG 付费应支付的住院基本医疗保险统筹基金计算

公式：

DRG 付费应支付职工医保的住院费用=医疗机构月度病例总权重×费率－现金支付总额－个人账户支付总额－大额医疗费用补助总额－公务员医疗补助总额－医疗救助总额

DRG 付费应支付居民医保的住院费用=医疗机构月度病例总权重×费率－现金支付总额－大病保险支付总额－医疗救助总额

病例总权重=∑(各 DRG 病组基础权重×各 DRG 病组权重调整系数)

(二) 按项目付费的住院基本医疗保险统筹基金计算公式：

DRG 付费应支付职工/居民医保的住院费用=费率×(该病例实际发生医疗费用÷所有定点医疗机构该病组平均费用×病组基础权重)－非基本医疗保险支付部分

医保经办机构对病例进行日常审核及定期组织评审，评审完成后对违规病例进行扣减，在终审确认后进行费用拨付。

第二十五条 职工医保年终费用清算按“结余留用、合理超支分担”的原则实施。结余比例不超过本院 DRG 年度支付费用总额 15%（含 15%）的部分，由定点医疗机构留用，结余比例超过 15%的部分不予拨付，计入基本医疗保险基金池。合理超支在本院 DRG 年度支付费用总额 15%（含 15%）以内的部分，由定点医疗机构自担；在基金可承受范围内，合理超支在本院 DRG 年度支付费用总额 15%（不含 15%）至 25%（含 25%）的部分，

由统筹基金与定点医疗机构按 5:5 的比例分担;超支比例在 25 % 以上的部分,统筹基金不予分担。居民医保年终费用清算统一按“结余留用、合理超支分担”方式清算,所发生的 DRG 支付费用由参保地县域医共体打包付费资金承担。

(一) 年终清算费率

1. 职工医保年终清算费率=(年度所有定点医疗机构参保住院患者现金支付总额+大额医疗费用补助总额+公务员医疗补助总额+个人账户支付总额+医疗救助总额+年度所有定点医疗机构住院预算基本统筹基金总额-年度谈判药品费用支付总额)÷所有定点医疗机构年度病例总权重

2. 居民医保年终清算费率=(年度所有定点医疗机构参保住院患者现金支付总额+大病保险支付总额+医疗救助总额+年度所有定点医疗机构住院预算基本统筹基金总额-年度谈判药品费用支付总额)÷所有定点医疗机构年度病例总权重

3. 定点医疗机构年度病例总权重=该医疗机构年终清算累计月度病例总权重

(二) 基于定点医疗机构年度病例总权重进行年终 DRG 付费预清算,再根据年度考核进行结果运用,按规定计算定点医疗机构年度清算费用并拨付。定点医疗机构年终清算拨付费用计算公式:

1. 医疗机构年度应得总费用=医疗机构年度病例总权重×年终清算费率-考核评审扣减金额

2. DRG 付费职工医保年终清算拨付费用=医疗机构年度应得总费用 - 现金支付总额 - 大额医疗费用补助总额 - 个人账户支付总额 - 公务员医疗补助总额 - 医疗救助总额 - 累计月度已拨付 DRG 付费结算支付费用总额

3. DRG 付费居民医保年终清算拨付费用=医疗机构年度应得总费用 - 现金支付总额 - 大病保险支付总额 - 医疗救助总额 - 累计月度已拨付 DRG 付费结算支付费用总额

（三）由于历史病案数据不准确导致的分组问题，原则上年终时可采用当年数据重新计算病组平均费用及调整系数。

（四）纳入 DRG 付费结算的病例，年终清算时，涉及使用国家谈判药品的，剔除国家谈判药品费用后，再进行清算，年度谈判药品费用按实际发生费用支付。

第七章 打包付费与 DRG 付费管理

第二十六条 县域医共体城乡居民医保 DRG 付费在“总额打包、结余留用、超支自担”激励约束和责任机制下，县域城乡居民医保资金按人头打包额度作为全市总额预算的基础，DRG 付费作为监管及支付标准的精细化管理，结合两种方法的优势，强化对基金的双重控制及对医疗行为的规范管理。

第二十七条 县域医共体牵头医疗机构应优化医共体内医保基金的分配制度，根据病例 DRG 分组情况公平分配医保基金

额度，促进县域医疗资源合理配置。各类、各级别定点医疗机构可结合自身医疗服务能力和技术水平，争取更多的医保基金及医疗资源。

第二十八条 县域医共体及以外的单体定点医疗机构居民医保基金支付，按照全市统一的 DRG 付费的权重、费率、等级系数等测算支付标准，由医保经办机构与定点医疗机构进行结（清）算。

第二十九条 居民医保所发生的 DRG 支付费用由参保地县域医共体城乡居民医保打包付费资金支付。县域医共体内定点医疗机构所发生的居民医保 DRG 支付费用，参照“结余留用、合理超支分担”清算方式执行。

第三十条 各级医疗保障部门要建立健全医保基金运行分析制度，通过数据分析，有效识别参保患者和医保基金合理流向，打破牵头定点医疗机构和二级及以上定点医疗机构的“虹吸效应”。

第八章 监督管理

第三十一条 各级医疗保障部门应按照分级管理原则，加强 DRG 付费的组织领导和监督管理，督促医保经办机构做好 DRG 付费预算、结算支付管理，强化内控管理和风险防范等工作，确保 DRG 付费改革工作规范推进。

第三十二条 各级医保经办机构应根据 DRG 付费分组方案，完善经办管理规程、服务协议等，做好 DRG 付费预算、结算支付管理，为定点医疗机构和参保人员提供便捷、高效的经办服务。强化协议管理，适时开展住院病例抽样审核，必要时可组织专家评审或专项检查。

第三十三条 定点医疗机构应加强病案和医保结算清单质量管理，规范病案填写，提升病案质量管理水平。应强化临床路径管理，规范临床诊疗行为。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，不得增加参保人员个人负担，不得以成本控制、绩效管理为由，故意推诿重患，降低诊疗服务质量或选择性收治轻症患者。

第九章 决策与评估机制

第三十四条 根据工作需要，临沧市医疗保障局可组织相关专家对特病单议、分组调整、新技术纳入等开展评估。

第三十五条 各级医疗保障部门要加强与定点医疗机构的交流沟通，及时共同研究解决在工作实施过程中遇到的困难和问题。

第十章 附 则

第三十六条 本实施细则中涉及的定点医疗机构病组基础权重、调整系数等计算结果保留四位小数，年度费率、年度清算费率、费用（结）清算结果等保留两位小数。

第三十七条 本实施细则自 2023 年 1 月 1 日起施行。与本实施细则不一致的，均以本实施细则为准。本实施细则由临沧市医疗保障局负责解释。

抄送：省医疗保障局，市政府办公室、市财政局、市卫生健康委。

临沧市医疗保障局办公室

2023 年 6 月 25 日印发
