

漯河市医疗保障局 文件 漯河市卫生健康委员会

漯医保〔2021〕52号

关于印发《漯河市基本医疗保险疾病诊断 相关分组（DRG）点数法付费实施办法（试行）》的 通 知

各县区医疗保障局、卫生健康委员会，各有关定点医疗机构：

现将《漯河市基本医疗保险疾病诊断相关分组（DRG）点数法付费实施办法（试行）》印发给你们，请认真贯彻落实。



漯河市基本医疗保险疾病诊断 相关分组（DRG）点数法付费实施办法（试行）

第一章 总则

第一条 根据中共中央、国务院《关于深化医疗保障制度改革的意见》、河南省医疗保障局《关于确定按疾病诊断相关分组付费省级试点城市的通知》（豫医保办〔2020〕14号）、漯河市人民政府办公室《关于印发漯河市深化基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知》（漯政办〔2019〕78号）和漯河市医疗保障局漯河市财政局漯河市审计局关于印发《漯河市基本医疗保险基金总额预算管理暂行办法》的通知（漯医保〔2019〕76号）等文件精神，结合我市实际，制订本办法。

第二条 漯河市基本医疗保险定点医疗机构开展总额预算管理下按疾病诊断相关分组（简称 DRG）结合点数法付费的住院医疗服务行为适用本办法。

第三条 参保人员基本医疗保险待遇按照漯河市基本医疗保险政策规定执行，不受本办法影响。

第二章 总额预算

第四条 DRG 点数法付费管理遵循“总额预算、按月预付、点数计算、年终清算”，实行全市统一分组、统一病组基准点数、统一结算办法。总额预算根据“以收定支、收支平衡、略有结余”原则合理编制。城镇职工和城乡居民的基本医疗保险基金分别纳

入总额预算，单独核算。

第五条 年度医保基金预算收入总额根据上年度医保基金收支情况和收支增长率合理确定。年度住院总额预算指标=年度医保基金预算收入总额－风险储备金－异地就医费用（含零星报销费用）－统筹基金支付的门诊费用（含门诊慢性病费用、门诊重特大疾病费用、门诊统筹费用、门诊特定药品费用等）－大病保险费用（城乡居民医保）－风险准备金。

根据年度总额预算指标及实际情况，合理确定当年用于 DRG 点数法付费医疗机构住院医保基金预算总额。在 DRG 住院医保基金预算总额控制下开展 DRG 点数法付费。

DRG 点数法付费医疗机构住院医保基金预算总额=年度住院总额预算指标×DRG 点数法付费医疗机构占有所有医疗机构住院医保基金合理支付额的比例。

第三章 疾病诊断相关分组管理运用

第六条 医疗机构住院服务量按疾病诊断相关分组（DRG）结合点数法计量。执行国家颁布的疾病分类、手术操作、诊疗项目、药品分类、医用耗材编码、医保结算清单等标准。

第七条 根据国家医保局发布的疾病诊断相关分组（CHS-DRG）分组方案合理确定漯河市疾病诊断相关分组，并依疾病诊断相关分组平均费用的比例关系确定其基准点数。

第八条 采用符合国际、国内标准的疾病诊断相关分组（DRG）分组技术，形成符合漯河市实际情况的疾病诊断分组（下

简称疾病分组)办法。为更多地保留数据样本和客观真实,分组数据采取中间区段法和倍率法对数据进行裁剪,病组上限裁剪倍率和病组下限裁剪倍率根据数据情况合理确定,对高于本病组次均住院费用上限裁剪倍率或低于本病组次均住院费用下限裁剪倍率的病例进行裁剪,原则上漯河市疾病分組组内变异系数 $CV \leq 1$, 总体变异减低系数 $RIV \geq 70\%$ 。

DRG 病组内例数符合大数定理要求界值或者例数达到 15 例及以上且 $CV \leq 1$ 的病组为稳定病组。组内例数 < 15 例的病组为非稳定病组。组内例数 ≥ 15 且 $CV > 1$ 的病组经中间区段法再次裁剪后,组内例数 ≥ 15 且 $CV \leq 1$ 的纳入稳定病组,否则纳入非稳定病组。

第九条 病例按照分组规则分为稳定病组病例、非稳定病组病例和无法入组病例。稳定病组病例分为高倍率病例、低倍率病例、正常病例。

(一) 高倍率界值

1. 基准点数小于等于 100 点的病组中,费用高于全市该病组次均住院费用 3 倍的病例;

2. 基准点数大于 100 点且小于等于 200 点的病组中,费用高于全市该病组次均住院费用 2.5 倍的病例;

3. 基准点数大于 200 点的病组中,费用高于全市该病组次均住院费用 2 倍的病例。

(二) 低倍率界值

费用低于本医疗机构该病组次均住院费用 0.4 倍的病例。

第十条 全市对实行按床日付费的住院医疗服务，纳入相对应的床日 DRG 管理，统一制定方案并实施，具体办法另行制定公布。

第十一条 非稳定病组病例、稳定病组中的高倍率病例和无法入组病例，可纳入特病单议适用范围。

第十二条 病组分组、基准点数、等级系数和医疗机构系数由市医疗保障局负责确定和调整，DRG 点数法付费稳定运行后，每两年至少调整一次，原则上一个医保年度内病组分组、基准点数、等级系数和医疗机构系数不做调整。

第四章 病组差异系数

第十三条 病组差异系数

综合考虑不同级别不同医疗机构之间服务能力、成本差异等因素，按照如下原则设立病组差异系数：

1. 按照等级系数和医疗机构系数结合的方式，为不同级别不同医疗机构相关 DRG 组设置相应的付费标准。

2. 病组差异系数按以下公式计算确定：

病组差异系数=医疗机构系数×80%+等级系数×20%。

3. 病组差异系数根据实际情况动态调整。2021 年度医保基金的清算，医疗机构系数占比按 80%执行。原则上，从 DRG 点数法付费办法实施的次年起，医疗机构系数占比每年下降 20 个百分点，等级系数占比每年增加 20 个百分点，逐步取消医疗机构系数，实现“同级医院同病同价”。

4. 新增定点医疗机构当年差异系数按等级系数确定，次年差

异系数随全市 DRG 政策结算参数调整周期统一测算制定。

5. 等级系数确定方法：

等级系数=该等级医疗机构该病组次均住院费用÷全市该病组次均住院费用。该级别所有医疗机构的某病组总病例数少于（含）5 例时，则该级别该病组等级系数优先按相邻上一级别等级系数确定，上一级别等级系数不存在的按相邻下一级别等级系数确定。某病组各级别等级系数均无法确定的，设置为 1。全市医疗机构按三级、二级、一级及其他划分为三个等级，医疗机构等级以卫生健康部门等级为依据。

6. 医疗机构系数确定方法：

医疗机构系数=该医疗机构该病组次均住院费用÷全市该病组次均住院费用。该医疗机构某病组总病例数少于（含）5 例时，则该医疗机构该病组医疗机构系数按同级别该病组等级系数确定。

第十四条 DRG 基础组

为促进分级诊疗，对全市定点医疗机构发生的常见、多发病例，市医疗保障局组织 DRG 付费改革专家组，根据医疗服务技术难度合理设定 DRG 基础组，按照统一病组差异系数，实现“同城同病同价”。DRG 基础组结合实际情况适时调整并发布。

第五章 点数管理

第十五条 基准点数以前三年的实际数据为主要依据，综合考虑前三、二、一年数据按照 1：2：7 的比例进行确定。

第十六条 DRG 病组基准点数按以下办法确定：

病组基准点数=本病组次均住院费用÷全市所有病组次均住

院费用 $\times 100$ ，保留 4 位小数。其中，次均住院费用的统计口径为按照中间区段法和倍率法，对病组内裁剪上限以上和裁剪下限以下费用异常病例裁剪后的数据。

第十七条 具体病例点数按如下方式计算：

（一）高倍率病例拨付点数=对应病组基准点数 $\times$ 病组差异系数+追加点数。

追加点数=核准追加倍数 $\times$ 该病组基准点数 $\times$ 病组差异系数；核准追加倍数=实际发生医疗费用 $\div$ 全市该病组次均住院费用-该病组高倍率界值。

（二）低倍率病例拨付点数=对应病组基准点数 $\times$ （实际发生医疗费用 $\div$ 全市该病组次均住院费用） $\times$ 病组差异系数，最高不得超过该病组基准点数。

（三）正常病例拨付点数=对应病组基准点数 $\times$ 病组差异系数。

（四）非稳定病组病例拨付点数=对应病组基准点数 $\times$ 病组差异系数。

（五）无法入组病例点数=实际发生医疗费用 $\div$ 全市所有病组次均住院费用 $\times 100 \times$ 病组差异系数。

以上第（一）（二）（五）项中“实际发生医疗费用”为该病例总费用扣除不合理医疗费用以外的费用。

病人出院后 15 日内再次以同一病组住院且无合理理由的，原则上将前一次住院医疗机构获得的点数进行减半计算（恶性肿瘤放、化疗等符合疗程规定的情况除外）。

第十八条 支持医疗机构开展新技术和提升重点扶持专科

服务能力。根据中医药服务特点，逐步建立符合中医药特色的 DRG 付费体系。

第十九条 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，开展前 2 个月向市医疗保障行政部门报备，市医疗保障行政部门接到报备，根据新技术开展情况组织专家论证评议后，按合理医疗服务费用确定相应病组及点数。

第六章 医保基金结算

第二十条 定点医疗机构按以下要求上传病案：

医疗机构在患者出院结算后 5 日内完成病案首页上传工作，在每月 5 号前（5 号为法定节假日的，顺延至下一个工作日）完成上月出院病例的病案上传工作。

第二十一条 统筹区月度发生医疗费用按以下流程预拨：

（一）按年度统筹区住院医保基金预算，结合上年度每月统筹区住院医保基金支出占上年度统筹区住院医保基金总支出比例，确定月度住院医保基金预算总额。

（二）按全市疾病分组规则对月度发生住院病例进行分组。

（三）计算统筹区月度发生住院病例总点数。

（四）计算统筹区月度每点数费用。

（五）根据统筹区各医疗机构住院病例点数计算月度预付额度。

第二十二条 计算各医疗机构月度预拨额度

（一）计算月度每点数费用

月度每点数费用 = （月度统筹区所有病组住院病例总费用 - 月度统筹区所有病组住院病例按项目付费报销的医保基金总额

+ 月度住院医保基金预算总额 - 月度按病种定额支付统筹基金费用总额) ÷ 月度总点数。

若月度住院医保基金预算总额大于月度统筹区所有病组住院病例按项目付费报销的医保基金总额,则月度住院医保基金预算总额调整为月度统筹区所有病组住院病例按项目付费报销的医保基金总额(注:差额部分滚存到年终一并清算)。

月度总点数=统筹区所有医疗机构累计月度总点数+追加总点数(含特病单议追加)-扣减总点数±考核奖罚点数。

(二) 计算各医疗机构月度住院医保基金预算支出额

各医疗机构月度住院医保基金预算支出额=各医疗机构月度总点数×月度每点数费用-(各医疗机构月度统筹区所有病组住院病例总费用-各医疗机构月度统筹区所有病组住院病例按项目付费报销的医保基金总额)。

(三) 各医疗机构月度住院医保基金预拨

统筹区月度住院医保基金金额,由医保经办机构每月按各医疗机构预拨额度的95%预拨。

各医疗机构月度预拨住院医保基金金额=(各医疗机构预拨额度-月度审核扣款+月度按病种定额支付统筹基金费用总额)×95%。

第二十三条 计算年终清算额度

清算年度为每年1月1日至当年12月31日,每一病例结算以出院结算时间为准。当年DRG点数法付费可分配医保基金总额由医保经办机构根据年度基金收支情况确定。

（一）统筹区年度住院医保基金清算总额

年度住院医保基金清算总额=住院医保基金年度预算总额±预算调整额±统筹区上年度住院医保基金留用（分担）金额。

（二）统筹区年度总点数

年度总点数=统筹区所有医疗机构累计年度总点数+追加总点数（含特病单议追加）-扣减总点数±考核奖罚点数。

（三）统筹区年度每点数费用

年度每点数费用=（年度统筹区所有病组住院病例总费用-年度统筹区所有病组住院病例按项目付费报销的医保基金总额+年度住院医保基金清算总额-年度按病种定额支付统筹基金费用总额）÷年度总点数。

（四）统筹区各医疗机构年度住院医保基金清算

各医疗机构年度住院医保基金清算总额=医疗机构年度总点数×年度每点数费用-（医疗机构年度统筹区所有病组住院病例总费用-医疗机构年度统筹区所有病组住院病例按项目付费报销的医保基金总额）-医疗机构月度预拨住院医保基金总金额-医疗机构全年审核扣款总额+医疗机构年度按病种定额支付统筹基金费用总额-医疗机构全年应扣除的服务质量保证金。

（五）结余留用和超支分担

结余留用和合理超支分担：统筹区医疗机构年度住院医保基金清算总额大于该医疗机构住院按项目付费报销医保基金总额的，结余部分由该医疗机构留用作为奖励；统筹区医疗机构年度住院医保基金清算总额小于该医疗机构住院按项目付费报销医

保基金总额的，合理超支金额按照总额预算管理办法规定比例进行分担。

第七章 决策与评估制度

第二十四条 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，建立市医药技术专家库，承担因病组点数法付费需要开展的有关评估、评审等工作，专家库由市医疗保障行政部门统一管理。

第二十五条 市医疗保障行政部门根据需要，组织开展疾病分组、基准点数、基础病组等相关政策标准调整论证评审工作。各医保经办机构根据需要，组织开展定点医疗机构存疑数据、特殊病例、争议病例及日常病例审核等评审工作。评估专家按评审所需相应专业从专家库中抽选，按少数服从多数原则由评审专家组做出评审意见。定点医疗机构对医保经办机构评审结果有异议的可向同级医疗保障行政部门提出申诉。

第八章 监督管理

第二十六条 医疗保障行政部门与经办机构进一步完善定点医疗机构及医保医师协议管理，将医疗机构各病组平均住院费用的控制效果、医保绩效考核和分配情况纳入医疗机构协议管理范围，明确双方权利义务。加强对高编高靠诊断、分解住院、降低住院标准入院、推诿病患、提供医疗服务不足、提高自费比例、转嫁住院费用、病案首页填写不规范等行为的重点监管，发现违规要根据《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《定点医疗机构服务协议》及相关政策规

定进行严肃处理；情节严重的，根据《社会保险法》等给予相应处罚，并进行情况通报、约谈负责人、追究相关责任。

第二十七条 各定点医疗机构要规范临床诊疗行为，因病施治、合理用药，不得增加参保人员的个人负担。要加强医保、质控、信息化等专业技术人员队伍能力建设；要高度重视医疗基础信息管理、病案管理，规范填写病案首页，积极推进医保结算清单应用，实时将所有就诊病人的医疗费用明细上传到医保经办机构。

第二十八条 建立定点医疗机构监管考核制度。采取日常审核与年度考核相结合的形式，将定点医疗机构制度建设、医疗行为、医疗质量、患者满意度等多项指标，纳入定点医疗机构年度绩效考核。建立病案质量考核点数奖惩机制，将考核奖罚点数计入该医疗机构的年度总点数中，具体考核办法另行制定。

第二十九条 加强对病案质量的监管，定期组织 DRG 管理专家和定点医疗机构有关人员，对病案进行交叉抽样检查，抽样比例原则上不低于 5%，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。

第九章 附则

第三十条 本办法由漯河市医疗保障局负责解释。

第三十一条 本办法自发布之日起开始实施。2021 年实行 DRG 点数法付费的医疗机构自 2021 年 1 月 1 日起出院结算的病例，统一纳入 2021 年度 DRG 点数法年终清算。