

福建省省属医疗机构按疾病诊断相关分组 (CHS-DRG) 医保支付管理办法 (试行)

为贯彻落实《关于印发福建省 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》(闽医保〔2022〕2号)的文件精神,稳妥推进我省疾病诊断相关分组(DRG)付费改革工作,根据《福建省省属医疗机构按疾病诊断相关分组付费(DRG)经办管理规程(试行)》,经研究决定,制定我省省属医疗机构 CHS-DRG 支付管理办法。

一、付费实施范围

我省列入疾病诊断相关分组(DRG)付费定点的省属医疗机构(以下简称“定点医疗机构”)。

省本级与福州市的基本医疗保险参保人员(以下简称“参保人员”)在省属定点医疗机构发生的中短期住院病例(小于等于60天),均纳入按疾病诊断相关分组(DRG)付费管理(以下简称“DRG 付费”)。

二、基金支付原则

遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则。各医疗机构参照我省基本医疗保险基金总额预算管理办法有关规定,充分

考虑当年度 DRG 付费病组成本、数量以及医保基金承受能力等情况，合理确定年度医保基金预算总额。

三、基金支付方式

(一) 确定基础费率。以上年度定点医疗机构纳入 DRG 支付病例住院实际医疗总费用，除以医疗机构上年度总权重数，按一定比例调整后，得出基础费率，即：

当年 DRG 费率=当年预测住院总费用/预测 DRG 总权重

当年预测住院总费用=住院基金总预算/上一年医保住院实际报销比例

(二) 确定 DRG 付费标准。以各 DRG 组的权重和各类医院的费率计算出各类医院某 DRG 组的付费标准。

各 DRG 组的付费标准=基础费率*各 DRG 组的权重

(三) 月度预拨。

医保经办机构根据医保协议约定，采用按月预付和年终决算的结算办法。每月月底前，医保经办机构根据医保协议约定，将每月预拨金额拨付至各定点医疗机构。

(四) 年度清算。

年度结束后，医保经办机构按照确定的权重和基础费率对定点医疗机构进行年度清算。

(五) 动态调整。

医保部门根据 DRG 付费改革执行情况、医疗机构医保基金年

度预算和医保基金承受能力对基础费率和等级系数进行动态调整。

四、医保结算规则

(一) 参保人员住院医疗费用仍按现行医保政策规定报销。参保人员个人住院医疗费用报销仍按现行医保政策规定执行。医保基金(含大病保险)支付金额按下列公式计算:

医保基金支付金额 = 该 DRG 支付标准 (基础费率*权重) - 个人负担

CHS-DRG 医保结算细则另文规定。

(二) 特殊病例可按项目付费。

1. 费用极高病例参保病例能入组,但住院总费用超过 DRG 支付标准规定倍数的 2 倍,定义为费用极高病例。为了保证急重症病人得到及时有效地治疗,鼓励医院收治危重患者,此类患者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出院人次 5%,如超过 5%,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 5%的人次所对应的费用按项目结算。

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 50%的,定义为费用极低病例。为保证医保基金的使用效率,费用极低病例同样按项目付费方式结算。

3. 其他特殊病例按项目患者,DRG 付费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，但须严格控制申请按项目的患者数量，全年申请按项目的患者数，不得超过总出院人次的 3%。各 DRG 付费医疗机构于每月 18 日前通过 DRG 付费系统完成本院需要特殊申请按项目的病例进行反馈，DRG 付费医疗机构须逐例申报，医保经办机构于 25 日前完成审核。相关病例医保经办机构审核通过后方可按项目结算。根据医保支付管理办法，可特殊申请按项目的病例，仅包含以下情况：

- (1) 费用极高但因 5%比例限制未纳入按项目的病例；
- (2) 因特殊原因，病例入组情况与临床实际不符的病例；
- (3) 因当年药品、耗材、价格政策调整，导致当前治疗费用与测算历史病例差别极大的病例；
- (4) 急诊、危急重症抢救等经医保经办机构核准可申请按项目付费的其他情况；
- (5) 经医保经办机构核准可申请按项目的其他情况。

(三) 严格控制自费费用。

定点医疗机构在使用自费药品、诊疗项目及医用耗材时，要严格按照医保政策相关规定，征得参保患者（或家属）同意并签字，不得借故或诱导参保患者使用自费项目。

(四) 发挥医保政策导向作用。

通过提高疑难重症 DRG 组的权重值，降低轻症 DRG 组的权重

值，引导三级医院提高服务能力，积极收治疑难重症，主动将常见病、多发病转诊至二级或社区医院诊治，推动分级诊疗实现。

五、具体工作要求

（一）高度重视付费方式改革工作，加强协调配合。各部门要充分认识付费方式改革的重要性和复杂性，各司其职，密切协作，及时研究、协调处理付费工作中出现的各种问题。

（二）认真落实总额控制和按疾病诊断相关分组（CHS-DRG）付费办法。要建立和完善 DRG 组数、时间消耗指数、费用消耗指数等 DRG 分组考核指标体系，定点医疗机构要认真落实总额控制和 CHS-DRG 医保支付管理办法，完善内部管理，加强成本核算，建立收入分配激励机制，在保证医疗质量的前提下控制不合理费用。

（三）规范病案首页及疾病编码的填写和申报。定点医疗机构应严格按照医保结算清单填写规范要求上传相关数据信息。要将编码准确率作为重点考核指标，体现在院内绩效考评中。对于故意错编、提高诊断的，要按骗保予以严肃处理，并追究相关人员责任。

（四）明确服务范围，制定临床路径。由卫健部门牵头，各定点医疗机构配合，按疾病诊断相关分组（CHS-DRG）付费管理办法进一步明确提供医疗服务范围，针对所开展的项目制定临床路径。

（五）建立平等协商和信息公开机制。医保经办机构依托临床（药学）、医保、病案管理等专家组成的 CHS-DRG 专家库，组织各学科专家协助开展 CHS-DRG 基础费率、权重系数制定调整、分歧意见处理以及稽查监管等工作。医保经办机构要建立健全与定点医疗机构之间的有效协商机制，对工作中出现的新情况、新问题主动沟通协调，进行集体协商。实施过程中发现的问题，要及时向医保、卫健等行政部门反馈，确保我省 DRG 付费改革工作稳妥推进。