

福建省医疗保障局文件

闽医保〔2024〕80号

福建省医疗保障局关于调整部分疾病诊断相关 分组收付费标准等有关事项的通知

各设区市医疗保障局、平潭综合实验区社会事业局，相关医疗机构：

根据《国家医疗保障局办公室关于印发按病组和病种分值付费2.0版分组方案并深入推进相关工作的通知》（医保办发〔2024〕9号）文件要求，进一步推进我省支付方式改革，完善按疾病诊断相关分组（C-DRG）收付费标准价格，现就调整部分C-DRG收付费标准等有关事项通知如下：

一、制定与调整收费标准

（一）新定收费标准。将I307A（炎症性肠病，有合并症并

发症)与 I307D (炎症性肠病,无或有轻微合并症并发症)合并为 I307Z (炎症性肠病)、P103A (皮肤良性肿物与皮肤疾患的一般手术治疗,有合并症并发症)与 P103D (皮肤良性肿物与皮肤疾患的一般手术治疗,无或有轻微合并症并发症)合并为 P103Z (皮肤良性肿物与皮肤疾患的一般手术治疗)、P104A (乳腺的复杂手术,有合并症并发症)与 P104D (乳腺的复杂手术,无或有轻微合并症并发症)合并为 P104Z (乳腺的复杂手术)、P109A (乳腺的其他手术,有合并症并发症)与 P109D (乳腺的其他手术,无或有轻微合并症并发症)合并为 P109Z (乳腺的其他手术),并制定收费标准;取消 U301D (恶性肿瘤的化学治疗,住院天数小于等于 7 天)和 U301C (恶性肿瘤的化学治疗,住院天数小于等于 15 天,大于 7 天),新增 U301Z (恶性肿瘤的化学治疗),并制定收费标准,其中包含日间化疗收费标准。

(二) 调整收费标准。调整 A104A (钻孔及非开颅手术,有严重合并症并发症)、G103A (心脏中等联合手术,有合并症并发症)、H102Z (造血干细胞移植)等 79 个 DRG 组的收费标准。

二、调整相关政策

(一) 新增日间化疗政策

日间化疗是指住院时长小于 48 小时,临床诊断与临床路径明确,治疗后不良反应少、不需要特殊护理及其他临床处置,通过静脉、体腔、口服等途径给予化学药物完成一个治疗周期的治

疗模式。单纯进行检查、检验等项目的患者不纳入日间化疗病例。

符合住院时长小于 48 小时且经主管医师判断属于日间化疗方案的住院化疗病人，入院后按诊疗管理流程接受规范治疗最终达到临床疗效标准出院时，由医疗机构按照常规出院流程操作，并在病人病案首页中勾选“日间化疗病例”选项，按规定将纳入 DRG 日间化疗病组，执行日间化疗收费标准。不符合上述条件的化疗病人，仍执行原有的收费政策。

（二）新增其他相关政策

1. 高倍率病案。单次住院总费用超过 DRG 支付标准规定倍数的 2 倍，定义为费用极高病例。此类患者仍退出 DRG 按项目结算，按项目结算人数比例不得超出医疗机构当期（周期为一年）出院人次的 1.5%，若超过 1.5%，则按照住院总费用超过支付标准的差额从高至低进行排序，取排序在前 1.5% 的人次所对应的费用按项目结算。

2. 特例单议病案。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结算，但须严格控制按项目结算的患者数量，全年申请按项目的患者数，不得超过医疗机构总出院人次的 3%。拟按项目付费的患者，医疗机构须逐例申报，医保经办机构审核通过后方可按项目付费结算。可特殊申请按项目结算的情形如下：

（1）费用极高但因 1.5% 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;

(5) 经医保经办机构核准可申请按项目的其他情况。

3. QY (歧义) 组病案。指与主要诊断无关的手术病例, 可在多个 MDC 中出现, 分别以 BQY、CQY、DQY 等编码表示, 即主诊断和主手术不在同一个 MDC 导致无法入组。此类患者仍退出 DRG 按项目结算, 医疗机构方将按诊断对应 MDC 章节系统的最低病组支付标准进行医保基金结算。

4. 0000 组病案。指由于疾病诊断/手术或操作编码不规范等原因导致的不能正常入组的病例, 包括不能进入任意 MDC 和进入了某 MDC 但是不能进入该 MDC 内任意内科核心 DRG 组等情况, 即医保灰码 (00 码) 和在某 MDC 的主诊表里但不在该 MDC 下的任何一个内科组 (但有匹配的手术/操作可进入外科组或非手术室操作组) 的病例。此类患者仍退出 DRG 按项目结算, 医疗机构方将按所有 MDC 章节系统的最低病组支付标准进行医保基金结算。

5. 动态调整机制。引入动态调整机制, 对于病案诊断填写无问题, 确是分组原因造成 QY (歧义) 组与 0000 组的情形, 医疗机构以每月为周期向医保经办机构提出申请, 医保经办机构经收

集后与国家技术指导组沟通，确认 CHS-DRG 有相关分组后，进行动态调整分组，可覆盖进入 QY（歧义）组与 0000 组的病案，参照新的分组进行医保基金支付。

三、工作要求

相关医疗机构要不断提升质控水平，优化 DRG 病案质量。医务人员要严格遵守临床诊疗规范，不得自行限定药品耗材使用范围，加强择日住院管理，不得出现分解住院、体检住院、低标准入院，杜绝诊断升级、院外购药、减少服务等不规范诊疗行为，合理、合规使用医保基金。

本通知规定的政策调整自 2024 年 11 月 1 日起执行，此前规定与本通知不一致的以本通知为准。

- 附件：1. 福建收付费（C-DRG）部分病组收费标准表
2. 福建收付费（C-DRG）合并删除组
3. 福建收付费（C-DRG）化疗病组收费标准表

福建省医疗保障局

2024 年 10 月 24 日

信息公开类型：主动公开

抄送：省医保中心。

福建省医疗保障局办公室

2024 年 10 月 25 日印发
