阿坝州基本医疗保险区域点数法总额预算和按疾病诊断相关分组（DRG）付费

实施细则（征求意见稿）

**第一章 总则**

**第一条** 为进一步强化基本医疗保险基金管理，合理控制医疗费用增长，确保医疗保险基金收支平衡和可持续发展，根据《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）、《四川省医疗保障局四川省财政厅四川省卫生健康委员会关于推广按疾病诊断相关分组（DRG）结合点数法付费的实施意见》（川医保规［2021］12号）等政策规定，结合我州实际，制定本实施细则。

**第二条** 我州开展基本医疗保险住院医疗服务的定点医疗机构适用本细则。对于我州参保人员在上述医疗机构实际发生的住院医疗费用应由统筹基金支付部分（以下简称“实际发生统筹基金"），实施以DRG为主的点数付费，个人账户、门诊统筹、门诊特殊疾病、生育医疗费用、大病医疗保险、医疗救助、阿坝州机关事业单位工作人员补充医疗保险等不纳入DRG点数付费。

**第三条** 按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的基本原则，遵循“总额预算、按月预拨、点数计算、年终清算”的基本要求，实行统一预决算、统一分组、统一病组基准点数、统一结算办法。

**第四条** 我州参保人员基本医疗保险待遇按照我州基本医疗保险政策规定执行，不受点数付费的影响。

**第二章 分组管理**

**第五条** 按照《国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）细分组方案》要求，遵循“临床特征相似，资源消耗相近＂的原则，在确保ADRG分组不变的前提下，参考CHS-DRG细分组的分组结果、合并症并发症／严重合并症并发症表（CC&MCC表）、分组规则、命名格式等，对我州近三年历史费用数据进行统计学分析，形成我州DRG细分组方案。原则上病组内变异系数 （CV）小于或等于1，总体变异减低系数（RIV）大于或等于70%。

**第六条** 本细则笫二条所指病例原则上按国家DRG细分组方案确定所属病组，基于基准点数和调整系数等参数进行点数付费。

精神类专科医院的精神类病例（MDCT/U组）纳入精神类床日点数法付费，具体支付办法另行制定。

**第七条** 根据数据情况，将DRG分为稳定病组和非稳定病组。组内例数剪裁后符合大数定理要求界值或例数大于5例且CV小于或等于1的病组为稳定病组。组内例数剪裁后小于或等于 5例的病组为非稳定病组。组内例数剪裁后大于5例且CV大于1的病组经中间区段法再次裁剪后，组内例数大于5例且CV小于或等于1的纳入稳定病组，否则纳入非稳定病组。

**第八条** 稳定病组病例分为高倍率病例、低倍率病例和正常倍率病例。

（一）高倍率病例：正常入组，住院总费用高于本DRG组次均费用一定倍数（该倍数即为判定倍率）以上的病例。

1.稳定病组中基准点数小于或等于 100点的病组且费用高于本病组次均住院费用3倍的病例。

2.稳定病组中基准点数大于100点且小于或等于200点的病组且费用高于本病组次均住院费用 2.5倍的病例。

3.稳定病组中基准点数大于200点且小于或等于300点的病组且费用高于本病组次均住院费用 2倍的病例。

4.稳定病组中基准点数大于300点的病组且费用高于本病组次均住院费用1.5倍的病例。

（二）低倍率病例：正常入组，住院费用低于本病组次均住院费用0.4倍以下的病例。

（三）正常倍率病例：不属于高倍率和低倍率的其它入组病例。

**第九条** 稳定病组的高倍率病例**，**可申请特例单议，特例单议病例不超过医院病例的10%。每半年州医疗保障事务中心对纳入特例单议的病例组织专家评审，对符合追加条件的病例，年底进行点数追加。

**第十条** 定点医疗机构开展医疗新技术前，须向本级医保经办机构报备，本级医保经办机构及时将报备信息向州医疗保障事务中心报送，州医疗保障事务中心每半年至一年，组织专家评审，对合理的新技术病例折合实际点数进行拨付。

**第三章 点数管理**

**第十一条** 在国家DRG细分组方案基础上，按照统计学方法，使用中间区段法对特殊数据点进行裁剪后，确定各病组次均住院费用、基准点数和调整系数等，州医疗保障事务中心负责对相关计算参数进行年度公示。

计算每个DRG组裁剪的低费用异常界值和高费用异常界值，计算公式为：

低位点＝Q1－0.5×（Q3－Q1）

高位点＝Q3＋1.5×（Q3－Q1）

其中Q1为下四分位数，等于某DRG中所有病例总费用由小到大排列后第25%的数字；Q3为上四分位数，等于该DRG组中所有病例总费用由小到大排列后第75%的数字。

**第十二条** 病组基准点数按分类计算公式如下：

（一）稳定病组基准点数＝该病组次均住院费用÷所有病组次均住院费用×100。

（二）非稳定病组基准点数＝该病组住院费用中位费用÷所有病组次均住院费用×100。

**第十三条** 点数调整系数主要用于衡量同一病组不同医疗机构之间的病组平均费用相对高低程度。

（一）调整系数计算公式如下：

某病组某医疗机构点数调整系数＝某医疗机构本病组次均住院费用÷本病组次均住院费用。

（二）调整系数确定原则如下：

1.调整系数最低0.6，最高1.5。

2.某病组某医疗机构病例数大于5时，则按医疗机构该病组采用医院调整系数。

3.某病组某医疗机构病例数小于或等于5时，则按医疗机构该病组的调整系数就其他级别医院调整系数确定，最大不超过1。

4.新纳入协议管理的医疗机构采用等级调整系数，若某病组无等级调整系数，则同样适用于就高相近原则 ，最大不超过1。

5.医疗机构等级以卫健行政部门的评审结果为准。

**第十四条** 某医疗机构某病组病例点数计算公式如下：

（一）正常倍率病例预核点数＝正常倍率病例预拨点数。

正常倍率病例预拨点数＝对应病组基准点数×医疗机构对应病组点数调整系数。

（二）高倍率病例预核点数＝高倍率病例预拨点数＋高倍率最高核准追加点数。

高倍率病例预拨点数＝对应病组基准点数×医疗机构病组点数调整系数。

高倍率病例最高核准点数＝最高核准追加倍数×对应病组基准点数。

最高核准追加倍数＝该病例实际发生医疗费用÷该病组次均住院费用－病组高倍率判定倍率。

（三）低倍率病例预核点数＝低倍率病例预拨点数。

低倍率病例预拨点数＝对应病组基准点数×（该病例实际发生医疗费用÷该病组次均住院费用），最高不超过对应病组基准点数。

（四）非稳定病组、无法分入巳有病组的病例称为整组单议病例，其预拨点数计算方法：

整组单议的病例预拨点数＝该病例实际发生医疗费用÷医疗机构所有病组次均住院费用×100×90%。

整组单议的病例最高核准追加点数＝该病例实际发生医疗费用÷医疗机构所有病组次均住院费用×100×10%。

**第十五条** 特例单议：对因病施治但费用异常的特殊病例，实行特例单议，由州医疗保障事务中心组织专家通过集体讨论评审后核准特例单议点数。

（一）适用范围

1.稳定病组的高倍率病例，组内资源消耗差异过大、开展新技术且无相应历史数据等情况的特殊病例，病组内的每个病例的点数由分组标准委员会专家通过集体讨论的方式确定。

2.符合纳入特例单议范围的病例，定点医疗机构应在终审确认后5个工作日内向同级医保经办机构提出申请，同级医保经办机构收取汇总后报州医疗保障事务中心组织专家评审。

（二）核准点数

1.高倍率病例特例单议最高核准点数＝核准追加倍数×该病组基准点数。

核准追加倍数＝（该病例实际发生医疗费用－该病例不合理医疗费用）÷该病组次均住院费用－病组高倍率判定倍率。

2.整组单议核准点数＝该病例实际发生医疗费用÷医疗机构所有病组次均住院费用×100×10%－该病例不合理医疗费用÷医疗机构所有病组次均住院费用×100。

**第十六条** 我州DRG细分组原则上每一至两年调整一次，由州医疗保障事务中心根据实际情况提出意见，与定点医疗机构谈判协商一致，报州医保局批准后执行。

**第四章 其他点数管理**

**第十七条** 基层病组

为促进区域内分级诊疗，在稳定病组中选取符合条件的病组作为备选基层病组，对确定的基层病组在二级及以下公立医疗机构实行点数倾斜。

（一）筛选标准：

1.基准点数小于100点

2.病组CV值小于0.6

3.一级及以下医疗机构能够开展

4.历史上二级及以下医疗机构开展例数大于三级医疗机构开展病例数

5.不包括伴有严重的合并症与并发症病组及未区分病组

根据全州医疗卫生资源配置情况合理设置基层病组。

（二）基层病组确定：

1.ES33 呼吸系统感染/炎症，伴一般并发症或合并症。

2.ES35 呼吸系统感染/炎症，不伴并发症或合并症

3.ET25 慢性气道阳塞病，不伴并发症或合并症

4.EX25 百日咳及急性支气管炎，不伴并发症或合并症

5.IU15 骨病及其他关节病，不伴并发症或合并症

（三）基层病组支付标准

 二级公立医疗机构倾斜3%，一级及以下公立医疗机构倾斜5%，三级公立医疗机构无倾斜。

**第十八条** 歧义病组

‌DRG歧义组（QY组）‌是指在DRG分组中，医保结算清单中手术或非手术操作编码为有效的外科病例（在CHS-DRG中手术或非手术操作有对应的ADGR），但主诊断编码与手术或非手术操作编码存在逻辑不相符的情况。

‌DRG歧义组病例的实际费用折合成当月点数后按点数的90%拨付，‌DRG歧义组病例不超过医院病例的2%，并纳入年终绩效考核指标。

计算公式为：歧义组病例点数=实际发生医疗费用÷全州所有DRG病组例均费用×100×90%。

**第十九条** 空白病组

DRG空白病组分为0000组和9999组。0000组为无法入组病例，9999组为未上传医保结算清单病例。

‌DRG空白病组（0000组）病例的实际费用折合成当月点数后按点数的80%拨付，‌DRG空白病组（9999组）病例的实际费用折合成当月点数后按点数的60%拨付，‌DRG空白病组病例不超过医院病例的1%，并纳入年终绩效考核指标。

计算公式为：空白病组（0000组）病例点数=实际发生医疗费用÷全州所有DRG病组例均费用×100×80%。

空白病组（9999组）病例点数=实际发生医疗费用÷全州所有DRG病组例均费用×100×60%。

**第五章 总额预算**

**第二十条** 坚持以收入定预算原则，实行疾病诊断相关分组（DRG）付费年度统筹基金支出总额控制 ，纳入年度基金支出预算。点数付费年度预算总额＝医保统筹基金年度支出预算总额－其他支出预算（门诊特殊疾病、门诊统筹、异地就医、特殊药品、生育医疗费用等）。

**第二十一条** 建立“结余留用、合理超支分担＂的责任共担机制，设置点数付费年度预算总额预留风险金，点数付费年度预算总额预留风险金＝点数付费年度预算总额×10%。点数付费年初核定预算总额＝点数付费年度预算总额－点数付费年度预算总额预留风险金。医保基金年度决算时出现结余或超支的，应在分析原因、理清责任的基础上，由定点医疗机构和医保基金按一定比例留用或分担。出现结余的，结余基金的80%用于定点医疗机构统一分配，20%由医保基金留用。出现超支的，超支金额的80%由定点医疗机构承担，20%由医保基金补助，医保基金补助不超过点数付费年度预算总额预留风险金。

**第二十二条** 年初确定点数付费年度预算总额后，原则上不作调整。因重大公共卫生事件、医保待遇政策调整等因素导致当年参保人员在我州定点医疗机构实际发生统筹基金与点数付费年度预算总额差额巨大的，点数付费年度预算总额由州医疗保障局会同州财政局等相关部门协商确定。

**第六章 月度预拨**

**第二十三条** 为确保医保基金支付时效，减轻医疗机构垫资压力，按照“按月预拨、年度考核、年终清算”的原则，进行按月预拨和年终清算。

**第二十四条** 医保结算清单月度反馈流程如下：

（一）医保结算清单上传。各定点医疗机构在次月15日前完成当月医保住院结算病例的结算清单上传工作。

（二）医保结算清单质控。四川省医疗保障信息平台支付管理子系统在医疗机构完成结算清单上传后3个工作日内，完成医保结算清单质控并下发质控结果。

（三）结果反馈。各定点医疗机构通过“两定平台”查询医保结算清单质控结果后，根据质控结果提示在次月15日前完成整改后重新上传。

**第二十五条** 医疗机构按原基金申报流程向所在地医保经办机构申报月度预拨金额。月度拨付金额为医保统筹基金实际申报额的90%。

**第七章 年终清算**

**第二十六条** 州医疗保障事务中心根据统筹基金实际运行情况，在当年点数付费最高支付限额范围内制定年终清算方案，对出院时间在当年1月1日至12月31日的我州参保人员在我州定点医疗机构发生的住院医疗费用进行清算，经州医保局审定后予以清算拨付。

**第二十七条** 原则上月度最终入组结果作为年终清算住院病例点数依据。若因历史病案数据、医疗机构等级调整等问题对点数付费有异议的，定点医疗机构可在次年2月底前以书面形式反馈至同级医保经办机构，由同级医保经办机构收集汇总后报州医疗保障事务中心进行综合评估，对基准点数及调整系数等指标进行合理调整。

**第二十八条** 年度实际发生统筹基金≤点数付费年初核定预算总额时，年度清算总额＝点数付费年初核定预算总额－（点数付费年初核定预算总额－年度实际发生统筹基金）×留用比例（20%）。

年度实际发生统筹基金＞点数付费年初核定预算总额时，年度清算总额＝点数付费年初核定预算总额＋（年度实际发生统筹基金－点数付费年初核定预算总额）×分担比例（20%）。

**第二十九条** 根据各定点医疗机构的服务能力、服务质量、结算清单数据质量以及综合评定等因素，建立年度考核机制（阈值为97%—103%,超过阈值时取阈值），对评价优秀的医疗机构实行点数激励。具体年度考核办法由州医疗保障事务中心另行制定。

**第三十条** 年度清算点数按以下公式计算：

年度清算每点数费用＝［年度DRG分组病例实际发生的住院医疗总费用－年度DRG分组病例实际发生统筹基金＋点数付费年度清算总额]÷所有医疗机构年度实得总点数。

某医疗机构年度实得总点数＝该医疗机构年度应得总点数×该医疗机构年度考核清算系数。

**第三十一条** 年度清算拨付费用计算公式如下：

某医疗机构年度清算拨付费用＝（年度清算每点数费用×该医疗机构DRG分组病例年度实得总点数－DRG分组病例年度除统筹基金的其他医保基金支付费用－DRG分组病例参保人员个人负担费用）－月度预拨累计拨付费用－年度审核、稽核扣款。

**第三十二条** 某医疗机构年度统筹基金应拨付费用≤0时，该医疗机构年度统筹基金不予拨付。某医疗机构年度清算应拨付费用＜月度预拨累计拨付费用时，该医疗机构应将差额部分按规定退还至医保基金。

**第八章 监督管理**

**第三十三条** 加强风险防控，提高政策风险分析能力。建立月度风险预警制度，探索监管关口前移，实现事前、事中、事后全过程监管。

**第三十四条** 强化病例审查和监督，坚决打击、查处升级病案诊断、分解服务过程等违规行为，保障点数付费可持续的运行，保证参保群众受益水平。各级医保经办机构组织对定点医疗机构病例病历资料进行抽样审核，疑点数据提交州医疗保障事务中心组织专家评审。

**第三十五条** 将点数付费管理规定、医保绩效考核和分配情况纳入医疗机构协议管理范围，明确权利义务。进一步规范医疗服务行为，对分解住院、升级诊断、结算清单填写不规范、提供医疗服务不足、推诿病患、提高自费比例等违规行为，纳入协议约定进行处理。出现人为升级出院诊断、低码高编、推诿重病人、升级诊断和服务不足等情况的，按照协议约定进行处罚。

**第三十六条** 探索建立医保大数据监管系统，引入第三方专业服务，基于对违规行为的大数据分析，提高医疗质量评价指标建模、医保大数据挖掘分析应用能力。

**第三十七条** 建立与点数付费相适应的智能审核系统，增强疑难病案审查力度，不断完善智能审核知识体系。探索引入第三方专业服务，加强病例审查，坚决打击、查处升级诊断、分解服务过程等行为，切实提升医保智能监管水平。

**第三十八条** 定点医疗机构应深化认识，转变思想，健全与点数付费相适应的内部管理制度，进一步优化住院费用结构，向合理方向转变。

**第三十九条** 定点医疗机构应认真开展入院评估，严格掌握出入院标准，坚持因病施治，严格按照卫健行政部门规定的医疗服务质量要求合理收费、合理治疗，控制不合理医疗费用。

**第四十条** 定点医疗机构应深化临床路径管理和诊疗流程规范，加强病案质量管理，健全质量控制机制，打造专业病案管理技术团队，规范上传结算清单信息，真实反映病例治疗过程，杜绝低码高编等违规情况出现。确保与四川省医疗保障信息平台互联互通。

**第九章 附则**

**第四十一条** 州医疗保障事务中心开展点数付费相关评审工作，评审专家从阿坝州DRG付费改革工作技术指导专家库中进行抽选，由专家综合提出评审意见。定点医疗机构对评审结果有异议的，可向州医疗保障事务中心提出申诉。

**第四十二条** 建立完善医保经办机构与定点医疗机构的协商谈判机制，及时研究解决在付费实施过程中遇到的问题。

**第四十三条** 本实施细则中涉及医疗机构病组基准点数、费用清算等计算结果，保留两位小数。点数调整系数保留四位小数。

**第四十四条** 点数付费实施过程中的其他重大事项，由州医疗保障事务中心报州医保局审定。

**第四十五条** 本细则从2023年1月1日起试行。以往有关规定与本细则不一致的，以本细则为准。

**第四十六条** 本细则由州医疗保障局负责解释。