

舟山市医疗保障局文件

舟医保发〔2024〕35号

舟山市医疗保障局关于明确 2024 年全市住院费用 DRG 点数付费有关事项的通知

各县（区）医疗保障局，各有关定点医疗机构：

根据《浙江省医疗保障局办公室关于做好 2024 年度按病组（DRG）付费清算工作的通知》（浙医保办发〔2024〕47号）和《舟山市医疗保险住院费用 DRG 点数付费暂行办法实施细则》（舟医保发〔2019〕33号）等有关文件精神，为进一步完善住院费用 DRG 点数付费工作，结合本市实际运行情况，现就 2024 年度全市住院费用 DRG 点数付费有关事项通知如下。

一、病组付费标准

医疗机构 DRG 各病组付费标准，根据历史前三年病例数

据，按 1: 2: 7 权重计算“本院均费”及“同级别医院均费”，分别确定“医疗机构成本系数”及“等级系数”；结合人头人次比、CMI 值等综合设定差异系数。

差异系数=医疗机构成本系数×60%+等级系数×30%+医院 CMI 值×8%+人头人次比标化×2%。

（一）同病同价。落实基础病组不设差异系数要求，根据浙江省医疗保障局公布的第一、二批不设差异系数 DRG 病组目录，对 80 个相关病组按规定进行清算。

（二）正常病例。住院过程完整，住院天数不高于 60 天且不低于全市该病组平均住院天数 0.3 倍，住院费用在“同级别医院均费”0.4-2 倍（病组基准点数>200 点为 0.4-1.5 倍）内病例为正常病例，其中对住院费用处于 0.4 倍-0.8 倍的病例，以本机构标准点数为基准，按实际倍率加上 0.2 倍计算病例点数，即“病例点数=本机构标准点数×（实际倍率+0.2）”，其余正常病例付费按该院付费标准结算。

（三）低倍率病例。住院费用低于“同级别医院均费”0.4 倍，或住院天数低于全市该病组平均住院天数 0.3 倍的病例为低倍率病例，按原项目折算点数结算，最高不超过该院付费标准。

（四）高倍率病例。病组基准点数≤200 点，住院费用在“同级别医院均费”2 倍以上；病组基准点数>200 点，住院费用在“同级别医院均费”1.5 倍以上的，为高倍率病例。高

倍率病例根据以下公式结算和追加点数。

高倍率病例结算点数=本院标准点数+全市基准点数×级别系数×核准追加倍数；

核准追加倍数=(该病例总费用-不合理费用)/同级别医院该病组均费-病组上限裁减倍率(2或1.5)。

(五)非稳定病例。前三年入组病例数 ≤ 5 的非稳定病组，按原项目折算点数结算；入组病例数 >5 ，组内差异系数 $cv>1$ 的非稳定病组，按付费标准结算，费用偏差较大的病例可申请特例单议。

(六)异地就医付费规则。医疗机构应按要求做好异地病人直接结算工作及病案上传工作。省内联网结算异地就医费用纳入就医地DRG付费清算管理。

(七)特殊系数调整。权重倒挂调整：根据疾病严重程度对倒挂病组权重进行调整，确保一个ADRG内，不伴并发症与合并症的病组权重最高不超过伴一般并发症与合并症，伴一般并发症与合并症的病组权重最高不超过伴严重并发症与合并症。

病组系数调整：级别系数、本院系数最低不小于0.4，最高不超过1.5。付费标准测算方式调整后，级别系数允许倒挂，部分病组系数的特殊调整政策不再执行。

(八)有关病例结算规则。医保结算清单填报主诊断为Z51.1、Z51.8，或主次手术包含99.25、99.28，入组RE1、

RU1、RU2 等，需使用化疗、免疫、靶向等抗肿瘤药物，但在上传病例结算明细中（含住院期间外购药）未检出抗肿瘤药的，参照住院过程不完整的病例结算。

（九）床日支付标准按原规定执行。

二、完善安宁疗护医保支付政策

为进一步完善安宁疗护医保支付政策，在试点医疗机构试行安宁疗护费用按床日付费管理。参保患者医保待遇不受此政策调整。

（一）试行范围。经卫生健康部门同意纳入安宁疗护试点，符合安宁疗护床日管理条件的定点医疗机构，将预期生存期在 6 个月以内患有危及生命的严重疾病的符合纳入安宁疗护床日管理条件的病例，经医保办审核，报医保经办机构备案的，医保统筹基金按安宁疗护床日付费标准清算，具体疾病范围按卫生健康部门规定。申请安宁疗护按床日付费病例住院时间应不少于 6 天，少于 6 天的按 DRG 付费。

（二）付费标准。安宁疗护发生的医疗费用床日付费标准，三级医疗机构和市级安宁疗护指导中心每人每日 750 元，二级医疗机构每人每日 600 元，一级及以下医疗机构每人每日 450 元。安宁疗护床日付费标准根据试点医疗机构实际运行情况和医保基金运行情况动态调整。

（三）退出情形。参保患者出现实际住院超过 180 日、因病情需要退出安宁疗护等情况，当次住院费用纳入 DRG 病

组或者按住院床日付费管理进行结算，不再按安宁疗护床日付费标准清算。

（四）控费管理。试点医疗机构应根据参保患者病情合理控制住院床日和医疗费用，试点实施后安宁疗护平均床日天数明显增加的，年度清算时将予以扣付相应费用。

三、有关清算扶持政策

（一）住院期间外购药管理。住院期间发生的外购药统一纳入 DRG 付费管理，外购药费用纳入住院医疗费用统计和清算。

（二）特需医疗服务费用除外规则。对超过医保基金支付限额标准的床位费、其他非医药费用（躺椅费等）及经医保部门核准的除外费用，不纳入住院医疗费用。

（三）特例单议办法。单次或连续住院天数在 60 天以下（新生儿除外）的特殊病例，符合下列情形之一的，可申报特例单议：病例所在病组的基准点数在 200 点（不含）-300 点（含），且住院均费在病组均费 3 倍以上（不含）的病例；病例所在病组的基准点数在 300 点（不含）-500 点（含）且住院费用在病组均费 2.5 倍以上（不含）的病例；病例所在病组的基准点数在 500 点（不含）以上且住院费用在病组均费 2 倍（不含）以上的病例；新生儿体重小于 1500 克，总费用为全市均费 2.5 倍及以上，且为病组均费 1 倍及以上的病例。其他复杂危重症或多学科联合诊疗等不适合按 DRG 标准

支付的病例，也可申请特例单议。特例单议病例原则上不超过当年总出院病例的 5%，经审核扣除不合理费用后，按项目折算点数付费。床日病例不纳入特例单议。

（四）合理使用国家谈判药品。为规范医疗机构配备使用国谈药，对药品均费增加且国谈药占药品费用比例同步增加的病组，年终清算时予以追加付费点数，具体额度根据药品均费、国谈药费用增加金额中较小值核定。

（五）中医药服务激励政策。为扶持和促进中医药事业发展，医疗机构当年“中治率”大于 6%和 12%的病组，分别追加 5%和 10%的核定点数。“中治率”为中药饮片、中医医疗服务项目、中成药三项收入之和占总费用的比例。按床日付费的病例不纳入激励范围。

（六）罕见病扶持政策。为加强罕见病保障工作，对主诊断符合国家卫生健康委等部门公布的《罕见病病种清单》，且使用治疗罕见病国谈药品的病例，年终清算时按项目折算成点数付费。

（七）“一老一小”扶持政策。为助力建设“老年友好型城市”和“儿童友好型城市”，对我市 80 周岁以上、6 周岁以下（以下简称“一老一小”）住院病例，选取本院“一老一小”住院人次占比最高、全市“一老一小”住院人次最多的医疗机构数量各 10%，实行付费点数激励，每“一老一小”住院人次定额追加 2 点点数。

（八）鼓励使用新技术。医疗机构使用明显提升治疗效果、提高患者生活质量、创造更高社会效益的新医药技术，该类病例可根据规定申请新技术认定，经专家评议通过后按项目折算成点数付费，并追加 6%的核定点数。

（九）IV 类手术病例激励。为促进医疗机构高质量发展，鼓励医疗机构提高医疗服务水平，对 IV 类手术较上年增加的医疗机构每增加一例，根据本院 IV 类手术病组平均付费标准的 6%予以点数追加激励。医疗机构当年 IV 类手术占比 15%以上的，每例 IV 类手术病例予以 1%点数追加激励。

（十）产科激励机制。为促进生育服务提升优化，对产科相关的 OC、OB、OR 三组 ADRG 病组实行激励机制，每个病例定额追加 2 点点数。

（十一）绩效考核奖励。根据医疗机构日常工作和 DRG 付费年终绩效考核情况，选取考核优秀的前 20%定点医疗机构进行点数奖励，奖励总点数为上一年度全市住院付费总点数的 0.3%。其中病案质量、资源使用效率、诊疗行为规范等为重点考核内容。

原有关文件内容与本通知不一致的，以本通知为准。



抄送：市卫生健康委员会，市、县（区）医保经办机构。

舟山市医疗保障局办公室

2024 年 12 月 3 日印发
