

开封市医疗保障局文件

汴医保〔2021〕62号

开封市医疗保障局 关于修订印发《开封市基本医疗保险按疾病 诊断相关分组点数法付费实施细则（试行）》的 通 知

各县（区）医疗保障局，局属各单位，各定点医疗机构：

为保证全市按疾病诊断相关分组（DRG）付费改革的顺利推进，结合工作实际，在广泛征求意见的基础上，我局对《开封市基本医疗保险按疾病诊断相关分组点数法付费实施细则（试行）》进行了修订完善。现予以印发，望认真遵照执行。

2021年7月30日

开封市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）点数法付费实施细则（试行）

第一章 总则

第一条 为贯彻落实《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）、《河南省人民政府办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的实施意见》（豫政办〔2017〕142号）和《开封市医疗保障制度改革领导小组关于印发开封市按疾病诊断相关分组（DRG）省级试点工作方案的通知》（汴医保改〔2020〕2号）等有关文件精神，保证按疾病诊断相关分组（DRG）点数法付费（以下简称“病组点数法付费”）顺利运行，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险（以下简称“基本医疗保险”）参保人员在市内定点医疗机构发生的住院病例纳入病组点数法付费，其中精神类疾病、康复住院病例等需长期住院的病种实行按床日点数付费，并逐步将按病种付费结算住院病例纳入病组点数法付费。探索建立符合中医药特色优势的DRG医保支付标准。

第三条 病组点数法付费管理实行“总额预算、按月预付、

点数计算、年终清算”。全市统一预决算、统一病组分组、统一基准点数、统一结算办法。

第四条 病组点数法付费管理是医保经办机构与定点医疗机构的医疗费用结算办法。参保人员基本医疗保险待遇按照开封市基本医疗保险相关政策规定执行，不受本办法影响。

第二章 预算管理

第五条 医保基金总额预算遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则编制。城镇职工基本医疗保险基金和城乡居民基本医疗保险基金分别预算，单独管理。

第六条 年度 DRG 住院医保基金预算，采取按医院级别分级预算管理。设置 8 个基金池，城镇职工医保和城乡居民医保各 4 个。城镇职工包括三级医院、市二级医院、县二级医院、一级医院（含基层医疗卫生机构）；城乡居民包括三级医院、市二级医院、县二级医院、一级医院（含基层医疗卫生机构）。各个基金池内的基金独立核算，不相互挤占。

总额分配额度按前两年各基金池医疗机构实际发生统筹基金费用为基础指标，测算出各基金池的基金占比。依据当年基金收入预算总额、单列项目基金总额、各基金池的基金占比，计算出各基金池总额分配额度。

支持县域紧密型医共体建设和落实分级诊疗制度，对一级

医院及基层医疗卫生机构适当给予倾斜。

第七条 年度 DRG 住院医保基金预算确定后，除发生突发公共卫生事件等特殊情况下，原则上不再调整。

第三章 病组点数规则与管理

第八条 全市统一执行国家医保部门颁布的疾病诊断、手术操作、医疗服务项目、医保药品、医保医用耗材分类与代码和医保结算清单等标准。

根据国家疾病诊断相关分组规范，结合大数据分析，通过专家论证，确定本市 DRG 细分组。建立 DRG 分组动态维护机制，根据运行情况适时调整。

第九条 为更多地保证数据样本客观真实，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。

第十条 基于病组稳定所需病例最大化的需求，病组分为稳定病组、非稳定病组、按床日付费病组。

（一）稳定病组。病例数大于 5 例且 CV 小于 1 的病组。

（二）非稳定病组。病例数小于或等于 5 例的病组。

（三）病例数大于 5 且 CV 大于或等于 1 的病组经中间区段

法再次裁剪后，病例数大于 5 且 CV 小于 1 的纳入稳定病组，否则纳入非稳定病组。

（四）按床日付费病组。住院时间不少于 60 天的长期住院精神类病例和康复类病例等纳入床日付费病组。

第十一条 病组基准点数分为稳定病组基准点数、非稳定病组基准点数、按床日付费病组日均基准点数，并按以下办法确定。

（一）稳定病组基准点数=本病组所有医疗机构次均住院费用 ÷ 全市医疗机构所有病组次均住院费用 × 100。次均住院费用按照裁剪后的病例数据测算。

（二）非稳定病组基准点数=本病组所有医疗机构住院费用中位费用 ÷ 全市医疗机构所有病组次均住院费用 × 100。

（三）按床日付费病组日均基准点数=该病组床日付费标准 ÷ 全市医疗机构所有病组次均住院费用 × 100。

基准点数以前三年的历史数据为主要依据进行确定，由市医保经办机构根据实际情况每年公布一次。

第十二条 不同级别定点医疗机构采取级别调整系数进行调整。

级别调整系数=该等级医疗机构本病组次均住院费用 ÷ 全市所有医疗机构本病组次均住院费用。

（一）全市同等级医疗机构该病组总病例数大于 5 例时，

采用级别调整系数。

（二）全市同等级医疗机构该病组总病例数小于或等于 5 例时，按就高相近等级调整系数确定，并按以下规则进行调整。

1. 若该病组的一级医疗机构总病例数小于或等于 5 例时，则按该病组二级医疗机构级别调整系数确定，最大不超过 1；若相应二级医疗机构级别调整系数不存在，则按该病组三级医疗机构级别调整系数确定，最大不超过 1；

2. 若该病组的二级医疗机构总病例数小于或等于 5 例时，则按该病组三级医疗机构级别调整系数确定，最大不超过 1；若相应三级医疗机构调整系数不存在，则按该病组一级医疗机构级别调整系数确定，最大不超过 1；

3. 若该病组的三级医疗机构总病例数小于或等于 5 例时，则按该病组二级医疗机构级别调整系数确定，最大不超过 1；若相应二级医疗机构级别调整系数不存在，则按一级医疗机构级别调整系数确定，最大不超过 1；

4. 若该病组等级医疗机构级别调整系数均不存在，则确定为 1。

（三）医疗机构床日病组级别调整系数=该级别医疗机构该病组床日付费标准÷全市该病组床日付费标准。

（四）定点医疗机构当年新发生病组的级别调整系数，按同等级医疗机构级别调整系数确定。

第十三条 病组分组、基准点数、级别调整系数原则上每年调整一次。由市医保经办机构根据实际情况提出意见，与定点医疗机构谈判协商一致，报医疗保障行政主管部门批准后执行。

第十四条 定点医疗机构开展首次施行的医疗新技术前须向市医保经办机构报备，市医保经办机构接到报备后相关病例月度仍按原分组拨付，年终清算前统一测算进行调整。

第十五条 适当提高具有中医药特色病例的点数。医疗费用不高于所在病组同级别医院次均费用且中医药医疗费用占总医疗费用 70%及以上的病例，在原有点数的基础上增加二十个百分点。

第四章 基金结算管理

第十六条 月度预付流程。

(一) 病案数据上传。定点医疗机构每月 10 日前完成上月住院病例的病案数据上传。

(二) 病例分组。市医保经办机构在医疗机构完成病案上传后 5 日内，完成病例数据分组及分组结果公示。

(三) 分组结果反馈。定点医疗机构收到分组结果后 10 日内，完成对分组结果的核对及病案数据的反馈。

(四) 分组结果反馈审核。医保经办机构在定点医疗机构对分组结果反馈后 10 日内完成审核，并于 3 日内公示最终分组

结果。

第十七条 病例按照分组规则分入稳定病组、非稳定病组、按床日付费病组和空白病组。

稳定病组内病例分为高倍率病例、低倍率病例、正常倍率病例。

(一) 高倍率病例

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 点的病组且费用高于本病组次均住院费用 2 倍的病例。

(二) 低倍率病例

稳定病组中费用低于该病组次均住院费用 0.4 倍的病例。

(三) 正常倍率病例

不属于高倍率和低倍率的其它入组病例。

第十八条 住院病例的点数按以下办法确定。

(一) 正常倍率病例点数

正常倍率病例点数=基准点数×级别调整系数。

(二) 高倍率病例点数

高倍率病例点数=基准点数×级别调整系数+（该病例实际

发生医疗费用 ÷ 该病组次均住院费用 - 上限裁剪倍率) × 基准点数。

(三) 低倍率病例点数

低倍率病例点数 = 基准点数 × (该病例实际发生医疗费用 ÷ 该病组次均住院费用)。

(四) 床日病例点数 = 按床日付费病组日均基准点数 × 医疗机构床日病组级别调整系数 × 该病例住院天数。

(五) 整组单议病例 (或空白病组病例) 点数

整组单议病例 (或空白病组病例) 点数 = 该病例实际发生医疗费用 ÷ 所有病组次均住院费用 × 100

第十九条 对费用异常或特殊病例，实行特病单议。市医保经办机构负责组织 DRG 和病案质控专家评审并确定点数，于年终清算时追加或扣减。特病单议办法另行制定。

对病人出院后 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)。

第二十条 月度预结算。

(一) 月每点数费用计算

月每点数费用 = (全市所有医疗机构月度住院总费用 - 月度住院参保人员实际发生支出统筹基金 + 月度住院预算支出统筹基金) ÷ 全市所有医疗机构月度住院总点数。

月度住院预算支出统筹基金按上年度每月发生医疗费用的占比确定；若该月度住院预算支出统筹基金大于月度住院参保人员实际发生支出统筹基金，该月度住院预算支出统筹基金额度调整为月度住院参保人员实际发生支出统筹基金，当月预算基金结余额滚存累积至次月预算基金额度内。

（二）月总点数计算

医疗机构月度总点数为所有病例点数之和。

（三）月预拨费用

月预拨费用=[月每点数费用×月总点数-（全市所有医疗机构月度住院总费用-月度住院参保人员实际发生支出统筹基金）]×预拨比例（90%）-审核扣款。

第二十一条 年终清算

年度清算范围为1月1日至12月31日的出院结算病例。市医保经办机构负责制定年终清算方案。

（一）年度每点数费用

1. 年度每点数费用=[年度基金预算总额+（全市定点医疗机构年度住院总费用-全市住院实际发生统筹基金支出）]÷全市定点医疗机构年度病例总点数。

其中，全市定点医疗机构年度病例总点数为全市所有医疗机构年度病例总点数的总和。

2. 定点医疗机构年度病例总点数=该医疗机构月度总点数之

和±特病单议核准（追加或扣减）点数之和±全年病组点数调整（追加或扣减）之和-全年违规扣除点数之和。

（二）年终清算拨付费用

定点医疗机构年度清算拨付费用=年度应得总费用-(年度住院总费用-实际发生统筹基金支出)-月累计预拨费用；

其中，年度应得总费用=年度病例总点数×年度每点数费用；

（三）由于历史病案数据不准确、医保政策调整等因素影响分组及病组费用合理性，原则上年终时可采用当年数据重新计算相关病组的付费标准。

（四）DRG 年终清算付费考核办法另行制定。

第五章 监督管理

第二十二条 实行事前、事中、事后全流程监管，重点监管降低住院标准、推诿患者、高靠诊断、分解住院、服务不足等违约行为。出现违约行为的，根据《定点医疗机构服务协议》进行处理。

第二十三条 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，规范填写病案首页和医保结算清单，按规定及时、准确上报数据。

第二十四条 医疗保障部门应当畅通投诉举报途径，发挥舆论监督作用，鼓励和支持社会各界参与监督，实现多方监督良性互动。日常稽核和专项稽核相结合，依法查办违规违法案件。

第二十五条 完善医疗机构服务协议管理，明确 DRG 付费数据质量管理要求、DRG 结算方式及流程、DRG 付费协商谈判程序、争议处理等内容。

第六章 附 则

第二十六条 本实施细则中涉及定点医疗机构病组基准点数、级别调整系数等计算结果，均保留四位小数。

第二十七条 本实施细则由开封市医疗保障局负责解释。

第二十八条 本实施细则自印发之日起施行。原《开封市基本医疗保险按疾病诊断相关分组点数法付费实施细则（试行）》（汴医保〔2020〕32号）同时废止。