

# 铜陵市医疗保障局

---

## 关于征求《铜陵市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费实施细则及操作规程（征求意见稿）》意见的通知

各县（区）医保局、市县（区）经办机构，各试点医疗机构：

为保障我市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费改革试点工作顺利推进，现将《铜陵市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费实施细则（征求意见稿）》及《铜陵市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费操作规程（征求意见稿）》印发给你们，请于7月6日前反馈修改意见至市医保局待遇保障科。

联系人：吕亚文

电话：13856215595

邮箱：[lvyawen@crhms.cn](mailto:lvyawen@crhms.cn)



# 铜陵市基本医疗保险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** 为推动医保支付方式由“总额控制”为主的粗放式管理向“总额兼顾医疗质量”的精细化管理转变,根据《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)和《安徽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》(皖政〔2017〕78号)精神,结合我市实际,制定本实施细则

**第二条** 本细则是指参保人在本市 DRG 付费试点医疗机构发生的应由基本医疗保险基金支付的住院费用,由市医保经办机构按照国家疾病诊断相关分组(简称 DRG)结合点数法和当前支付政策,对铜陵市试点医疗机构进行结算。参保人的住院待遇按照既定政策结算和享受,不受 DRG 结算影响。

**第三条** 本细则所称 DRG 付费结算适用于本市纳入 DRG 结算的,除“按病种付费、定额补助的住院分娩对象、门诊病例以及由市医疗保障管理部门确定的”暂不纳入 DRG 付费的其他住院患者以外,应由职工基本养老保险统筹基金和居民基本养老保险统

筹基金支付的住院费用。

**第四条** 医保经办机构负责 DRG 付费工作的具体实施。本市未开展 DRG 的医疗机构继续延用原有的结算方式和政策。

**第五条** 建立由医保行政部门牵头，医保经办机构等部门组成的 DRG 付费管理联席会议，负责研究决定 DRG 付费方式改革具体实施范围及步骤；协调处理改革过程中的重大问题。医保经办机构负责 DRG 付费方式改革工作的具体实施。

## 第二章 总额预算管理

**第六条** 总额预算根据“以收定支、收支平衡、略有结余”原则合理编制。市医保经办部门应按照预算原则合理科学制定预算总额，市医保行政部门根据预算总额做好审核监督工作，保障医保基金合理、安全运行。城镇职工和城乡居民的基本医疗保险基金分别纳入总额预算，单独核算。

**第七条** 模拟运行第一年，试点医疗机构基本医疗保险住院费用统筹基金年度支出总额预算从铜陵市基本医疗保险基金年度预算中列支，按照铜陵市 12 家试点医疗机构上年度基本医疗保险住院费用统筹基金决算总额和医保基金支出增长率确定。试点医疗机构基本医疗保险住院费用统筹基金年度支出总额预算 = 试点医疗机构上年度医保金住院费用统筹基金决算总额 × (1+医保基金支出增长率)，具体以统筹基金支出总额计算，个人账户、大病保险、公务员补助等各项基金按实际发生金额

单独列支。支出增长率可参考同期 CPI 增长或同期全省同类医院平均增长水平。

**第八条** 对于确因政策变动、公共卫生事件等客观因素，导致当年医保基金支出发生重大变动的，总额预算给予合理调整。

### 第三章 DRG 管理运用

**第九条** 试点医疗机构住院服务量按疾病诊断相关分组（DRG）结合点数法计量。诊断分类编码和手术操作编码使用 CHS-DRG 使用国家医保版《医疗保障疾病诊断及代码（ICD-10）》和《医疗保障手术操作分类与编码（ICD-9-CM-3）》等技术标准，诊疗项目、药品分类、医用耗材编码、病案首页等执行国家颁布的标准。

**第十条** 纳入 DRG 支付的病例按照（CHS-DRG）细分组方案（1.0）入组，统称为 DRG 病组（国家版 618）。

原则上疾病分组组内变异系数  $CV < 1$ ，总体方差减小系数  $RIV \geq 70\%$ ，数据处理采用中段区间法（IQR）结合倍率法进行裁剪，裁剪高于高限和低于低限的病例。

DRG 病组内例数达到 5 例以上且  $CV < 1$  的病组为稳定病组。组内例数  $\leq 5$  例和  $CV \geq 1$  的病组为非稳定病组。

**第十一条** 依据 DRG 组平均费用的比例关系确定其基准点数。基准点数 = （某病组均费/所有病组均费） $\times 100$

## 第四章 点数管理

**第十二条** 以试点医疗机构历史前 4 年发生的合理费用为主要依据依据计算基准点数。

**第十三条** 每一病组基准点数按以下办法确定：稳定病组基准点数=本病组平均住院费用÷所有病组均费×100 确定，保留 2 位小数；非稳定病组基准点数=本病组的中位住院费用÷所有病组均费×100 确定，保留 2 位小数。

**第十四条** 试点医疗机构每一病组调整系数按以下办法确定。

调整系数=该等级医疗机构该病组平均费用÷该病组平均费用，保留 4 位小数。本等级病组总病例数≤5 例时，按就高相近等级点数调整系数确定，最大不超过 1。若其它等级调整系数不存在，则确定为 1。

**第十五条** 稳定病组内病例分为高倍率病例、低倍率病例、正常病例。

（一）高倍率病例是指：

1. 属于基准点数≤100 的病组且费用高于本病组平均住院费用 3 倍的病例；
2. 属于  $100 < \text{基准点数} \leq 200$  的病组且费用高于本病组平均住院费用 2.5 倍的病例；
3. 属于基准点数>200 的病组且费用高于本病组平均住院费

用 2 倍的病例。

(二) 低倍率病例是指：病例费用低于本病组平均住院费用 0.3 倍的病例。

(三) 正常病例是指：不属于高倍率和低倍率的其它入组病例。

**第十六条** 非稳定病组病例、稳定病组中的高倍率病例、无法分入已有病例组病例，属于特病单议适用范围。其中，稳定病组中的高倍率病例可视情况纳入特病单议病例评审会议。各级医保部门应及时组织专家对特定单议病例进行评审并核准特病单议点数。

**第十七条** 每年可重新确立一次疾病分组及其基准点数。原则上一个医保年度内疾病分组及基准点数不做调整。

**第十八条** 具体病例的点数按如下方式进行计算：

(一) 正常病例预核点数 = 正常病例预拨点数；

正常病例预拨点数 = 对应病组基准点数 × 调整系数；

(二) 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；

(三) 高倍率病例预核点数 = 高倍率病例预拨点数 + 高倍率病例核准追加点数；

高倍率病例预拨点数 = 对应病组基准点数 × 调整系数;

高倍率病例核准点数 = 核准追加倍数 × 对应病组基准  
点数;

高倍率病例核准追加倍数 = 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;

(四) 无法分入已有病组病例、因病施治但费用超常的  
病例, 按“特病单议”原则, 其点数由医保经办机构组织有  
关医疗机构、专家讨论确定。

非稳定病组病例、无法分入已有病组病例, 其特病单议核准  
追加点数 = (病例总费用 - 不合理医疗费用) ÷ 全市平均住院费  
用 × 100 - 预拨点数。

(五) 病人出院后 15 日内再次以同一病组住院的病例, 无  
合理原因的, 扣减前次住院医疗机构该病例获得点数的一半。(恶  
性肿瘤放、化疗等符合疗程规定的情况除外)。

## 第十九条 特病单议

对因病施治但费用异常等特殊病例, 实行特病单议, 并由医  
保经办机构负责组织定点医疗机构及分组标准委员会专家通过  
集体讨论评审后核准特病单议点数。

### (一) 适用范围

1. 稳定病组的高倍率病例、整组单议病例定期纳入特病单  
议。

整组单议病例范围: 非稳定病组、已有病组但病例数较少(具

体例数界值以实际数据测算为准)、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组,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. 符合纳入特病单议范围的病例,试点医疗机构应在终审确认后 5 个工作日内向医保经办机构提出申请,并如实提供相关材料(所需材料内容另行确定)。

## (二) 核准点数

1. 高倍率病例特病单议核准点数 = 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 - 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 × (1 - 预拨比例) - 该病例不合理医疗费用 ÷ 全部 DRG 住院均次费用 × 100。

## 第五章 费用结算

**第二十条** 市医保经办机构与试点医疗机构按照“月度预付, 年终清算”的方式进行医疗费用的结算。

### **第二十一条** 月度预付办法

(一) 按试点医疗机构上年度每月发生住院统筹基金支出波动规律, 同比确定当年月度试点医疗机构住院统筹基金支出预算费用。



（二）病案数据上传：试点医疗机构按照要求上传病案数据，在医保病人出院后（7个工作日内）完成病案审核，并及时向医保经办机构上传参保住院对象住院疾病首页等相关数据信息。

（三）按疾病分组办法对月度发生的住院病例进行分组。市医保经办机构每日反馈医疗机构 DRG 入组和未入组情况。如有异常病案、数据修改及再次传输工作必须在参保住院对象出院结算医疗费用后 10 个工作日内完成。市医保经办机构在医疗机构完成整月病案上传后 5 个工作日内，完成整月病例数据分组、初审及分组结果下发工作。

（四）反馈调整与终审确认。市医保经办机构负责试点医疗机构的反馈调整工作。试点医疗机构在收到住院病例整月入组结果后 5 个工作日内，完成对入组结果的核对、反馈申诉工作。市医保经办机构在试点医疗机构完成反馈调整工作基础上完成病例数据分组终审确认。

（五）计算各试点医疗机构月度发生住院病例总点数，计算试点医疗机构每点数费用（月度点值）。具体为：每点数费用=（月住院总费用-月实际住院统筹基金支出+月度住院预算总费用）/参保对象住院病例预核总点数。若月度实际医疗总费用 $\geq$ 月度住院预算总费用，则月度预算不变；若月度实际医疗总费用 $<$ 月度住院预算总费用，则月度预算总费用采用实际医疗总费用，余额滚存至下月度。

（六）计算试点医疗机构费用并按比例拨付。每月实际拨付住院医疗费用=医疗机构月度预拨费用金额+（特病单议校准追加点数×对应月每点数费用）×预拨比例-违规扣除点数×对应月每点数费用。其中，医疗机构月度预拨费用金额=（该医疗机构月度预拨总点数×月每点数费用-该月患者支付现金总额）×预拨比例-该月审核扣款。预拨比例暂定为 90%。

（七）市医保经办机构在试点医疗机构完成反馈调整工作后 5 个工作日内，完成终审确认工作，并将最终分组结果、病例点数、每点费用进行公示和月度拨付报表下发。

## **第二十二条 年终清算办法**

试点医疗机构年度发生医疗费用按以下办法进行清算：

（一）决算当年住院统筹基金支出总额。试点医疗机构当年住院统筹基金支出决算总额=当年度住院统筹基金年初预算总额±超支医保补助基金金额。

（二）计算试点医疗机构年度病例总点数。试点医疗机构年度病例总点数=每个试点医疗机构年度病例总点数的总和。每个试点医疗机构年度病例总点数=该医疗机构月度（预核）总点数全年总和±特病单议核准追加点数全年总和±病组点数调整（补足或扣回）全年总和-违规扣除点数全年总和±考核奖罚点数。

（三）计算年度每点数费用。年度每点数费用=（试点医疗机构参保人年度住院总费用-试点医疗机构参保人住院实际发生统筹基金报销额+试点医疗机构参保人年度住院统筹基金支出决

算总额) ÷ 试点医疗机构参保人年度病例总点数。

(四) 计算试点医疗机构年度基金支付总额。试点医疗机构年度基金支付总额=试点医疗机构年度病例总点数×年度每点数费用-患者已支付现金总额-本医疗机构年度审核扣款总额。

(五) 清算应拨试点医疗机构基金金额。具体为：医疗机构年度清算拨付基金金额=试点医疗机构年度基金支付总额-月度已预拨基金总额。

(六) 超支不补和结余留用分担金额。住院医保基金年度预算总额与参保人住院医保基金报销总额相比，出现超支的不予分担。住院医保基金分担（留用）比例根据医保基金管理绩效等情况进行动态调整。医保基金年度决算为预算总额 85%以上（结余 15%以内），则由试点医疗机构全部留用。

## 第六章 监督管理

**第二十三条** 各级医保、经办业务部门要按各自职责，加强对 DRG 试点付费工作的组织领导和监督管理。医保部门要牵头组织制定相关配套政策，监督指导支付方式改革推进工作。医保经办机构要加强对试点医疗机构监督检查。对诊断与治疗不符、编码与诊断不符以及违反服务协议等规定所产生的违规医疗费用，在年度结算时予以扣除。

**第二十四条** 市医保行政部门指导医保经办机构完善医保服

务协议管理，建立与试点医疗机构的谈判协商机制，及与时解决 DRG 点数法实施过程中遇到的困难和问题。

**第二十五条** 各试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。

**第二十六条** 市医保局定期组织市医保服务中心、定点医疗机构有关人员对照病例疾病诊断和病案进行交叉抽样（5-20%）审核，必要时可组织专家评审。对查实“高套点数”、“分解住院”、“挂名住院”、“体检住院”、不满一个疗程并且无合理原因、不符合入出院指征、无特殊原因把本院有条件有能力诊治的病人推转到其他定点医疗机构、将住院自费费用分解至门诊结算的病例，将不予结算病例点数，并扣减相应病例点数的 2-5 倍。

## **第七章 附 则**

**第二十七条** 本细则由铜陵市医疗保障局负责解释。

**第二十八条** 本细则自 DRG 付费模拟运行之日起试行。

附件 2:

## 铜陵市基本医疗保险按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费操作规程

(征求意见稿)

### 一、月度预拨工作规程

月度预拨工作流程的各项时间安排,自结算月份的次月1日起计算,原则上对未上传病案信息的病例不予以拨付。

#### (一) 数据上传(1日至15日)

1. 医保经办机构:医保经办机构分别确认本统筹区本月月度预算额,上传上月度结算数据。

2. 医疗机构:在规定时间内上传上月度病案数据。

3. 第三方服务机构:对全市医疗机构病案上传进度进行查看,数据上传完成后,将全市医保系统结算数据与医疗机构病案数据进行比对。提供上传进度报表,在5日、10日、15日提醒医疗机构,并于15日确认完成。

#### (二) 月度病例入组(16日至20日)

第三方服务机构:进行月度分组,生成月结分组分析报告。完成新增月度管理、预算录入、送分组管理、新增分组反馈操作。

#### (三) 医保月度预拨和分组反馈(20日至月底)

1. 第三方服务机构：完成送基金预拨、送封账等操作，将固化后的月度拨付数据送年度预分组，提醒医疗机构在年度预分组开展反馈工作，确认反馈信息。协助医保经办机构确认报表台账，完成医保基金分配分析月报。

2. 医保经办机构：医保经办机构完成本统筹区月度财务报表审核操作，做好基金预拨准备工作并对医院上传病案进行反馈及确认。

3. 医疗机构：完成对月度分组的反馈。

#### **（四）反馈信息审核（16日-25日）**

医保经办机构、第三方服务机构：完成对医院月度分组反馈的审核。

#### **（五）反馈信息公示（次月15日前）**

医疗机构：查看月度分组反馈的审核结果。

### **二、特病单议工作规程**

广义的特病单议病例指：月度分组反馈中有争议的病例、医疗机构申请特病单议的病例、不稳定病组中所有病例、高倍率病例和病例筛查发现的存疑病例。

高倍率病例不需要医疗机构进行申诉，系统会自动纳入特病单议环节。

#### **（一）特病单议初审工作（月度）**

1. 医疗机构：每月度医疗机构应及时通过《病种基金结算公示反馈系统》对符合纳入特病单议范围的病例进行反馈。

2. 第三方服务机构：每月度对特病单议病例进行初审。初审认为合理的病例，按医疗机构管辖提交各级医保经办机构进行复审，对医保经办机构复审通过的病例，予以完成分组调整和追加点数等操作；初审认为存疑的病例，以及医保经办机构在复审时不通过的病例，纳入特病单议季度初筛范围。

3. 医保经办机构：对第三方服务机构特病单议病例初审结果进行复审。

## （二）特病单议初筛工作（季度）

1. 第三方服务机构：将纳入特病单议季度初筛范围的病例，通知医疗机构提交相关纸质病历。对医疗机构提交的纸质病历进行初审，认为合理的病例，提交医保经办机构进行复审，对医保经办机构复审通过的病例，予以完成分组调整和追加点数等操作；认为存疑的病例，以及医保经办机构复审时仍然不通过的病例，纳入特病单议上会病例范围，做好特病单议会议的准备工作的。

2. 各级医保经办机构：对特病单议初筛范围的病例进行复审。

## （三）特病单议评审会议（季度）

1. 组建专家评审小组。医保经办机构根据本季度市区定点医疗机构特病单议上会病例情况，评估所需专家数量、类别等，分专业从铜陵市医疗保障专家库中抽取评审专家，组建特病单议专家评审小组，第三方服务机构配合开展召集通知等具体组织工作。

2. 评审办法。特病单议评审会议由医保经办机构主持，采用集体讨论和分组评审的形式开展评审工作，第三方服务机构协助专家开展评审工作。评审意见不一致时，提交评审小组集体讨论，集体表决以多数意见为准。

对专家评审会议后仍无法确定的疑难问题和专家意见分歧很大的病例，第三方服务机构整理专家意见后形成书面分析报告，医保经办机构审定后，上报市医保局研究决定。

3. 评审结果。评审结束后，参与评审的专家书面签字确认评审意见表（附件1）。第三方服务机构整理汇总评审意见表，形成评审会议纪要和评审结果，完成分组调整和追加点数等操作，相关资料予以存档；医保经办机构将评审结果向医疗机构进行通报。

### 三、年度清算工作规程

年终清算工作流程的各项时间安排，具体时间视实际运行情况调整。

#### （一）数据准备

第三方服务机构于次年1月份启动年度清算，完成上年度分组的数据准备工作。明确总额预付的结算单据量，明确分组的结算单据量，医疗机构在次年1月15日前上传年度分组所有病案数据。第三方服务机构对医疗机构上传的年度分组病案数据和结算数据进行校验并确定年度分组病例数。

#### （二）年度分组



市级医保经办机构确定分组器版本和基金分配参数后，第三方服务机构开始年度分组阶段，次年1月20日前完成年度分组、年度分组核查工作。第三方服务机构完成年度分组报告并分别提交给医保经办机构核对、确认，医保经办机构确认后由第三方服务机构进行年度公示反馈。

### （三）年度分组公示、反馈及调整

医疗机构在次年1月30日内通过《病种基金结算公示反馈系统》完成年度分组结果反馈工作。

### （四）反馈初审

第三方服务机构在次年2月15日前完成年度分组结果反馈初审工作。

### （五）医保经办机构复审

各级医保经办机构在次年2月18日前完成年度分组反馈复审工作。

### （六）特病单议

次年2月21日前完成年度的病例特病单议将与最后一个季度的单议工作合并处理。

### （七）点数调整

第三方服务机构在次年3月3日前根据病例的审核稽查扣款情况和特病单议的结果完成点数追加和扣减工作。

### （八）确定年度决算总额

根据铜陵市全年预算，依据“以收定支、收支平衡、略有结

余”原则确定年度纳入DRGs进行拨付的年度决算总额，次年3月3日前完成此工作。

#### （九）年度基金分配

第三方服务机构将医保经办机构确定的年度决算总额录入《病种基金结算系统》中，次年3月6日前完成基金分配。

#### （十）基金分配结果公示及反馈

第三方服务机构公布年度基金分配结果，公示期截止为次年3月16日。医疗机构查询年度基金分配结果并反馈。

#### （十一）年度拨付报表

次年3月底由第三方服务机构生成年度拨付报表。

### 四、其他事项

如遇重大公共卫生事件、法定节假日、业务系统调整等客观因素，上述操作规程以及相关工作时间根据实际情况适时调整。

附件：《铜陵市基本医疗保险DRG点数付费特病单议病例评审意见表》

铜陵市医疗保障局

2021年6月30日

附：

## 铜陵市基本医疗保险DRGs点数付费 特病单议病例评审意见表

( 年 月至 月病例 )

姓名		年龄		住院号	
医院		病例类型		科室	
结算时间		医保号		身份证号	
初审意见：					
签名： 单位（盖章）：					
日期：					
专家意见：					
签名： 日期：					
医保经办机构意见：					
签名： 单位（盖章）：					
日期：					

