ZJCC73-2019-0009

温州市医疗保障局
温州市财政局文件
温州市卫生健康委员会

温医保发〔2019〕18 号

关于印发《温州市基本医疗保险住院费用总额预算和DRGs 点数付费实施细则》的通知

各县(市)医保局、区分局，各县(市、区)财政局、卫健局，龙港市社会事务局，省、市各医保定点医疗机构：

现将《温州市基本医疗保险住院费用总额预算和 DRGs 点数付费实施细则》印发给你们，请认真组织实施。

温州市医疗保障局　　温州市财政局

温州市卫生健康委员会

2019年12月27日

温州市基本医疗保险住院费用总额预算和DRGs 点数付费实施细则

第一章 总则

第一条 为更好地保障参保人员权益、规范医疗服务行为、控制医疗费用不合理增长，充分发挥医保在医改中的基础性作用，根据浙江省医疗保障局、浙江省财政厅、浙江省卫生健康委《浙江省基本医疗保险住院费用DRGs 点数付费暂行办法》(浙医保联发〔2019〕21号)的有关规定，结合温州实际，制订本实施细则。

第二条 温州市基本医疗保险定点医疗机构开展住院医疗服务，实施在总额预算管理下的按疾病诊断相关分组(DRGs) 结合点数付费(以下简称“DRGs 点数法”)。

第三条 温州市城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险参保人员在全市定点医疗机构的住院病例、外地参保人员来温州市定点医疗机构的住院病例，以及自费结算(包括非参保人员)的住院病例，纳入病组点数法管理。实行全市统一分组管理、统一病组基准点数。

第四条 参保人员基本医疗保险待遇不受此实施细则调整。本实施细则所称医保基金是指统筹区用于支付住院医疗费用的基本医疗保险基金(住院统筹基金),不包括医疗救助、公务员

补助、个人账户、大病保险等其他医保基金。

第五条 温州市各医保统筹区的医保基金实行独立预决算。城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险住院统筹基金分别纳入DRGs点数法管理，单独核算。

第六条 各医保统筹区由医疗保障行政部门会同财政、卫生健康等部门，建立基本医疗保险总额预算和病组点数法部门联席会议机制。

第二章 总额预算管理

第七条 总额预算根据“以收定支、收支平衡、略有结余”原则合理编制，包括统筹区参保人员在本地和异地就医的医保住院统筹基金支出金额，实行年初预算，年终决算。

第八条 总额预算按照各统筹区上年度医保基金决算总额(含结余留用部分，不含超支分担及临时追加的预算部分)和医保基金支出增长率确定。实施首年按统筹区上年度医保基金实际支付总额替代上年度医保基金决算总额。

医保基金年初预算=上年度医保基金决算总额×(1+医保基金支出增长率)。

第九条 各统筹区基本医疗保险总额预算和病组点数法部门联席会议综合考虑下一年度收入预算、重大政策调整和医疗服务数量、质量、能力等因素，确定医保基金支出增长率，原则上

不超过10%。

第十条 医保基金年初预算确定后，对于确因政策变动、疾病暴发等客观因素，导致医保基金支出发生重大变动的，预算应给予合理调整。调整额度由各统筹区基本医疗保险总额预算和病组点数法部门联席会议确定。

第十一条 建立医保基金“结余留用、超支分担”的责任共担机制。统筹区医保基金年度决算出现结余或超支的，应在分析原因、厘清责任的基础上，由医疗机构和医保基金按一定比例留用或分担。暂定全市医保定点医疗机构分担(留用)比例为85%、医保基金分担(留用)比例为15%,可根据医保基金管理绩效动态调整。

第三章 DRGs 病组点数法

第十二条 温州市 DRGs 点数法采用国家和省级医疗保障部门、卫生健康部门联合颁布的标准，并结合温州市本地的实际情况制定。原则上疾病分组的组内变异系数CV<1。 为准确真实反映病组实际费用，采用中间区段法结合倍率法进行数据裁剪。

第十三条 基于病组稳定所需病例最大化的需求，病组分为稳定病组与非稳定病组。

稳定病组：数据裁剪后， DRGs 病组内例数符合大数定理要求界值或者组内例数>5且CV<1 的病组。

非稳定病组：数据裁剪后，DRGs 病组组内例数≤5例的病组。

数据裁剪后， DRGs 病组组内例数>5且CV≥1 的病组经中间区段法再次裁剪后，组内例数>5且CV<1 的纳入稳定病组，否则纳入非稳定病组。

第十四条 稳定病组内的病例分为正常病例和高倍率病例、低倍率病例。

正常病例：剔除高倍率病例和低倍率病例后的入组病例。

高倍率病例：基准点数≤100点的病组且费用高于本病组平均费用3倍的病例；基准点数>100点且≤200点的病组且费用高于本病组平均费用2.5倍的病例；基准点数>200点的病组且费用高于本病组平均费用2倍的病例。

低倍率病例：病例费用低于本病组平均费用0.4倍的病例。

第十五条 按床日付费的住院病例，统一纳入“床日费用结算”病组，其他病例纳入按疾病诊断相关分组。

第十六条 疾病分组、基准点数由温州市医疗保障行政部门以全市为单位进行计算后确定，计算以全市医保定点医疗机构发生的历史住院病例和医疗费用数据为主要依据，确定以后根据实施实际情况每年调整一次。

第十七条 除按“床日费用结算”病组外，各病组基准点数计算公式如下(计算结果保留4位小数，下同)：

稳定病组基准点数=该病组住院均次费用÷全部病组住院均次费用×100；

非稳定病组基准点数=该病组的中位住院费用÷全部病组住院均次费用×100。

第十八条 长期住院的精神类疾病、临终关怀、长期康复住院和慢性病病例，可申请纳入“床日费用结算”病组，计算公式如下：

床日病组基准点数=该床日付费标准÷全部病组住院均次费用×100。

第十九条 医疗机构差异系数按历史发生费用为主，结合医院等级及有利于分级诊疗制度实施等参数设定，根据本地实际情况确定并每年调整一次，对费用差异不大的病组，可逐步取消差异系数，实现同病同价。

第二十条 医疗机构每一病组差异系数按以下办法确定(计算结果保留2位小数)：

医疗机构该病组例数>5且医疗机构差异系数在阈值区间内(下限为0.4,上限为1.6,含边界值)的稳定病组，医疗机构该病组差异系数=医疗机构该病组平均费用÷全市该病组住院均次费用。

医疗机构该病组例数≤5或医疗机构差异系数在阈值区间外(下限为0.4,上限为1.6,不含边界值)的稳定病组，要同时考虑等级差异系数。如果同等级医疗机构该病组总病例数>5,该医疗机构差异系数按所在等级差异系数确定，但不高于1(等级差异系数=该等级医疗机构该病组住院均次费用÷全市该病

组住院均次费用)；如果同等级病组总病例数≤5，就高按相近等级的差异系数确定，但不高于1。如果其它等级差异系数不存在，则确定为1。

对于非稳定病组，病组例数≤5，医疗机构差异系数确定为1。

医疗机构当年新发生病组的差异系数，按其所在等级差异系数确定，但不高于1。

对于同一病组，原则上低等级医疗机构的差异系数不得高于高等级医疗机构的差异系数的最大值。

第二十一条　病例的点数计算公式如下：

正常病例点数=对应的病组基准点数×该病组差异系数；

低倍率病例点数=对应的病组基准点数×(该病例实际发生医疗费用÷该病组住院均次费用)(最高不得超过该病组基准点数)；

床日病例点数=床日病组基准点数×该病例住院天数。

第二十二条　建立特病单议机制。市级医疗保障部门负责建立全市 DRGs 点数法管理专家库，专家库成员由临床、医保、医疗管理等专家组成，并按季度组织专家集体讨论，对全市因病施治但费用过高的特病单议病例进行统一的评审并核准点数。计算公式如下：

高倍率病例特病单议核准追加点数=核准追加倍数×该病组基准点数；

核准追加倍数=(病例总费用-不合理医疗费用)÷全部病组住院均次费用-病组高倍率界值；

无法分入已有病组的病例、病例数过少的疾病分组(原则上少于5例)病例的点数=病例总费用÷全部病组住院均次费用×100。

第二十三条 支持医疗机构开展新技术和提升专科服务能力。医疗机构开展符合卫生健康行政部门相关规定且为全市首次施行的医疗新技术，由市医疗保障部门征求卫生健康部门意见后，纳入新技术病组。

新技术病例点数=该病例住院费用÷全部病组住院均次费用×100。

第二十四条 支持中医药发展，鼓励医疗机构开展适宜的有特色的中医药服务。市级医保经办机构可选择适宜病种开展中医病种按疗效价值付费试点。治疗同种疾病，中医药治疗成本低于西医治疗成本并达到相同治疗效果的，可按西医治疗相应病组的80%计算点数。

第二十五条 对于参保人员在出院后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获得的点数进行减半计算(恶性肿瘤放、化疗等情况除外)。

第四章 病案和病组管理

第二十六条 由市医疗保障部门统一建立市级DRGs 管理系统平台，各统筹区医保定点医疗机构按规定上传所有的住院病案和费用等病例信息(包括自费结算病例)至该系统平台。

第二十七条 病案上传。各医保定点医疗机构在每月前15日内，将上月住院病例的病案和费用等信息上传至系统平台。

第二十八条 病例入组。医保经办机构在医保定点医疗机构完成病案和费用等信息上传后5日内，完成病例入组并下发入组结果。

第二十九条 调整反馈。医保定点医疗机构收到入组结果后10日内，要完成对入组结果的核对及病案数据的调整反馈工作。

第三十条 终审确认。医保经办机构在医保定点医疗机构调整反馈后15 日内，作出终审确认。

终审结果不再变动。

第五章 月度基金预付

第三十一条 各统筹区参保人员在全市医保定点医疗机构住院后发生的住院医疗费用(包括自费结算)纳入DRGs 点数法管理，包含市内异地就医发生的住院医疗费用、外地参保人员在本地定点医疗机构发生的住院医疗费用，不包含本地参保人员在省外和省内(市外)异地就医发生的住院医疗费用。

按医保住院统筹待遇结算的急诊留观和特殊病门诊所发生

的住院医疗费用暂不纳入DRGs 点数法管理。

第三十二条 各统筹区医保经办机构实行医保基金月度预付、年终结算。医保经办机构在将医保定点医疗机构每月的所有病例(除特病单议外)入组后10日内，按实际发生的医保基金金额的90%预付给医疗机构。

第三十三条 各统筹区参保人员在市内异地就医发生的住院医疗费用，其医保基金由参保地医保经办机构委托就医地医保经办机构支付，预付流程和比例与本地参保人员就医发生的住院医疗费用相同。

第三十四条 各统筹区参保人员在省外和省内(市外)异地就医产生的住院医疗费用，经省级医保经办机构核定后，由各统筹区医保经办机构按月将应付医保基金全额拨付给外地相关的医保定点医疗机构。

第六章 年度结算

第三十五条 各统筹区各自对上年度本地发生的医疗费用、DRGs 点数、 DRGs 点值等进行年度结算。

第三十六条 计算年度DRGs 基金结算总额。

年度 DRGs 费用结算总额=(本地住院总费用-本地住院按项目付费医保基金总额)+(医保基金年度决算总额-急诊留观基金支出总额-特殊病门诊基金支出总额-异地住院基金支出

总额)+市内异地参保人员在本地住院总费用+外地参保人员在本地住院总费用+自费结算住院总费用。

上式中的本地住院总费用和本地住院按项目付费医保基金总额不包含急诊留观和特殊病门诊费用部分。上式中的异地住院基金支出总额包含省外、省内(市外)和市内异地住院的医保基金支出，并包含异地安置产生的医保基金支出。

医保基金年度决算总额=医保基金年初预算+年度基金分担(留用)金额+预算调整额。

年度基金分担(留用)金额=〔按项目支付基金总额-(医保基金年初预算+预算调整额)〕×分担(留用)比例。

按项目支付基金总额包含本地和异地及自费结算的所有医保基金支出，计算结果正数表示超支分担，负数表示结余留用。

第三十七条 计算各医疗机构年度 DRGs 总点数，即该医疗机构本年度 DRGs 病组的病例总点数，包括本地住院病例点数、市内异地、外地参保人员和自费结算的住院病例点数，其中包括床日病例点数、特病单议追加扣除点数、新技术病例点数和扣减点数。

医疗机构年度DRGs 总点数=本地住院病例总点数+市内异地住院病例总点数+外地参保人员住院病例总点数-扣减总点数。

本地住院、市内异地和外地参保人员住院病例总点数包含自费结算病例点数。

第三十八条 各统筹区计算年度 DRGs 总点数，即本统筹区所有医疗机构的年度DRGs 总点数之和，进而计算出本统筹区的年度 DRGs 点值。

年度DRGs 点值 = 年度DRGs 费用结算总额÷年度DRGs 总点数。

第七章 医疗机构年终清算

第三十九条 各统筹区在完成 DRGs 点数法年终结算之后，对本统筹区的各医保定点医疗机构开展医保基金年终清算。

第四十条 对各医疗机构计算年度 DRGs 费用结算总额。

医疗机构年度 DRGs 费用结算总额=医疗机构年度 DRGs 总点数×年度 DRGs 点值。

第四十一条 各统筹区医保经办机构对各医保定点医疗机构进行年度医保基金支付清算，把本年度未支付的医保基金(包括其他统筹区委托支付的市内异地就医的住院医疗费用部分)拨付给各医疗机构，完成年度清付。

医疗机构年度清算金额=(医疗机构年度 DRGs 费用结算总额-外地参保人员住院费用总额- 自费结算住院费用总额-本地住院个人和其他医保基金支付总额-市内异地住院个人和其他医保基金支付总额)-(本地住院病例已预付基金总额+市内异地住院病例已预付基金总额)- 医疗机构全年审核扣款总额。

第四十二条 在完成对各医保定点医疗机构年度医保基金支付清算后，各统筹区(就医地)医保经办机构完成与其他统筹区(参保地)的年度医保基金支清算和清付工作。

第八章 监督管理

第四十三条 各统筹区医疗保障部门应建立与定点医疗机构的谈判协商机制，及时解决DRGs 点数法实施过程中遇到的困难和问题。

第四十四条 各统筹区医疗保障部门进一步完善定点医疗机构及医保医师协议管理，将医疗机构各 DRGs 平均住院费用的控制效果、医保绩效考核和分配情况纳入医疗机构协议管理范围，明确双方权利义务。

第四十五条 各统筹区医疗保障部门对定点医疗机构的分解住院、篡改诊断结论、升级诊断和操作编码、提供医疗服务不足、推诿重患、将费用分解至门诊或者自费等行为，要根据医保相关规定和《定点医疗机构服务协议》进行处理。情节严重的，要根据《中华人民共和国社会保险法》等法律法规相关规定给予相应处罚，并进
行情况通报、约谈负责人、追究相关责任。

第四十六条 各统筹区医保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；不得人为减少必要的医疗服务而影响医疗质量；治疗期间应合理控

制住院病人自费的药物、材料和诊疗项目费用，个人政策范围外费用比例原则上控制在15%以内。

第四十七条　各统筹区医保定点医疗机构要加强医保、质控、信息化等专业技术人员队伍能力建设。

第四十八条　各统筹区医保定点医疗机构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。医疗保障和卫生健康部门要定期对病案质量开展审核抽查。

第四十九条　全市统一建立医保定点医疗机构考核奖罚点数管理机制，在对各医疗机构进行年度清算时，将考核点数计入该医疗机构的年度扣减总点数中，具体办法由市医疗保障部门另行制定。

第五十条　对经查实属于“套高结算”、“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，将不予认可病例点数，并扣罚相应病例点数的1-3倍。

第五十一条　全市统一建立医疗服务质量分析评价系统。医疗服务质量分析评价系统根据实际运行情况适时调整。每季向医疗机构公布服务质量评价结果。

第九章　附则

第五十二条 本细则自2020年1月1日起施行，之前与本细则规定不一致的，以本细则为准。之后上级有新的规定，从其规定。

温州市医疗保障局办公室　　2019年12月27日印发