

附件 2

泉州市 CHS-DRG 医保支付与结算管理办法 (试行)

为深入推进疾病诊断相关分组（CHS-DRG）付费（以下简称 DRG 付费）工作，经研究决定，制定我市 CHS-DRG 支付与结算管理办法。

一、付费实施范围

参加我市基本医疗保险的参保患者，在我市列入 DRG 付费方式改革的医疗机构发生的中短期住院病例（≤60 天），除城乡居民生育定额补助等特殊情形外，均纳入 DRG 付费管理。

二、基金支付原则

DRG 付费实行总额预算、结余留用的原则，各医疗机构参照我市基本医疗保险基金总额预算管理办法有关规定，充分考虑当年度 DRG 付费病组成本、数量以及医保基金承受能力等情况，合理确定年度医保基金预算总额。

三、基金支付方式

（一）确定基础费率。以上年度我市所有医疗机构纳入 DRG 支付病例实际总医疗费用（即按项目付费总医疗费用），除以上年度总权重数，按一定比例调整后，得出基础费率，即：

基础费率=医疗机构上年度纳入 DRG 支付病例实际总医疗费用/[医疗机构上年度总权重×（1+近三年总权重平均增幅）]。

（二）划分付费类别。将医疗机构分为 A、B、C 三个类别，

A类为市三级医院，B类为市二级医院和县二级及以上医院，C类为乡镇二级医院。各类医疗机构的等级系数分别为：A类1.11、B类0.93、C类0.75。其中，A类医疗机构的DRG基础组执行B类医疗机构的等级系数。

（三）按月拨付。每月14日前，医保经办机构组织专人审核医疗机构上月实际发生的参保患者住院病例数据并完成分组工作，月底前完成上月度DRG费用公示。每月医保基金拨付、药械货款结算按签订的医疗服务协议和我市有关规定执行。

（四）动态调整。医保部门根据DRG付费改革执行情况、医疗机构医保基金年度预算和医保基金承受能力对基础费率和等级系数进行动态调整。

四、医保结算规则

医保基金对医疗机构实行按DRG付费后，参保人员个人住院医疗费用报销仍按现行医保政策规定执行，即按项目或按病种收付费等方式进行报销。医保基金支付金额按下列公式计算：

DRG 结算基金=该DRG 支付标准-DRG 个人负担。

“DRG 结算基金”指DRG 付费方式中医保统筹基金。

“该DRG 支付标准”指DRG 付费方式中按疾病诊断分组后该DRG 医疗费用，即：基础费率×权重×医疗机构等级系数。

“DRG 个人负担”是指按项目或按病种收付费时，非医保统筹基金承担部分，即城乡居民大病保险或职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助、医疗救助等基金支出及参保人员经各类报销后自付医疗费用的合计。

当按上述公式计算DRG 结算基金 ≤ 0 时，则按0 计算。

五、相关问题的处理

(一) 特殊病例可按项目或按病种收付费

1. 费用极高病例

参保病例能入组，但住院总费用高于DRG 支付标准2 倍的，定义为费用极高病例。为了保证急重症病人得到及时有效地治疗，鼓励医院收治危重患者，此类患者按项目或按病种收付费方式进行结算。但费用极高结算人次不得超出当期本院出院人次5%，如超过5%，则按照住院总费用高于DRG 支付标准的差额从高到低进行排序，取排序在前5%的人次所对应的费用按项目或按病种收付费方式结算。

2. 费用极低病例

参保病例能入组，但住院总费用低于DRG 支付标准50%的，定义为费用极低病例。为保证医保基金的使用效率，费用极低病例同样按项目或按病种收付费方式结算。

3. 分组进入不稳定组的病例

分组测算时，属于非稳定组的病组，按项目或按病种收付费方式结算。

4. 其他特殊申请按项目或按病种收付费患者

医疗机构可根据临床需要，向医保经办机构申请部分特殊患者按项目或按病种收付费，但须严格控制申请按项目或按病种付费的患者数量，按月考核申请按项目或按病种收付费的患者数，不得超过总出院人次的3%。拟按项目或按病种收付费的

患者，医疗机构须逐例申报，医保经办机构审核通过后方可按项目或按病种收付费结算。

可特殊申请按项目或按病种收付费结算的参保患者，仅包含以下情况：

（1）费用极高但因5%比例限制未纳入按项目或按病种支付的病例；

（2）因特殊原因，病例入组情况与临床实际不符的病例；

（3）因当年药品、耗材、医疗服务价格政策调整，导致当前治疗费用与测算历史病例差别极大的病例；

（4）急诊入院的危急重症抢救患者；

（5）经医保经办机构核准可申请按项目或按病种收付费的其他情况。

（二）发挥医保政策导向作用。通过提高疑难重症DRG组的权重值，降低轻症DRG组的权重值，引导三级医院提高服务能力，积极收治疑难重症，主动将常见病、多发病转诊至二级或社区医院诊治，推动分级诊疗实现。