

汕尾市基本医疗保险按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费实施细则

(第二次征求意见稿)

第一章 总 则

第一条【政策依据】为规范按疾病诊断相关分组(DRG)付费管理,提高医疗保障基金使用效率,推动建立管用高效的医保支付机制,更好地维护参保人权益,根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的实施意见》(中发〔2020〕5号)、参照《广东省医疗保障局关于印发<广东省基本医疗保险按病种分值付费管理办法>的通知》(粤医保规〔2024〕11号)的文件精神,结合我市实际,制定本实施细则。

第二条【适用范围】本实施细则适用于本市职工基本医疗保险(简称“职工医保”)和城乡居民医疗保险(简称“居民医保”)的住院医疗费用结算。参保人基本医疗保险待遇按照本市现行医保政策规定执行,不受结算办法调整的影响。

第三条【DRG概念】按疾病诊断相关分组(DRG)付费是指利用大数据、智能化技术,按照疾病诊断、手术和操作,将临床过程相近、资源消耗相当的病例组合,通过历史数据赋予病组一定点数,在医保统筹基金支付本统筹地区住院医疗费用的总额

预算内，医疗保障部门根据点数总和、点值计算、监督考核等情况对定点医疗机构进行付费的支付方式。

第四条【支付方式】本市基本医疗保险定点医疗机构开展的住院医疗服务，实施总额预算管理下按疾病诊断相关分组点数法（简称“DRG点数法”）结算为主，病种、床日、日间治疗（手术）、项目付费等相结合的多元复合式医保支付方式。

第五条【改革目的】实施DRG付费改革是为了保障医疗保障制度稳健、可持续运行，促进医疗、医保、医药协同发展和治理，推动按照因病施治原则，实现合理收费、合理检查、合理治疗、合理用药，推动医药服务高质量发展，有效减轻参保人的负担。

第六条【联席会议】建立由市医保局牵头，市财政局、市卫生健康局等部门组成DRG付费管理联席会议，负责制定本统筹地区总额预算、分组方案、点数调整系数、费用结算清算等核心要素的管理与调整规则，完善绩效管理与运行监测，畅通多方协商沟通机制，强化对医药服务领域的激励约束作用，协同稳步推进医保支付方式改革。

市医保中心负责DRG付费经办管理，做好协议管理、结算清算和稽核考核等具体实施工作。

第二章 总额预算管理

第七条【基本原则】总额预算按照“以收定支、收支平衡、

略有结余”的原则，根据我市总额预算管理办法的有关规定合理编制。职工医保和居民医保基金统一纳入总额预算，实行分账核算，以年度医保基金收入和支出预算为基础，坚持谨慎稳健、持续可控，合理确定全市医保基金支出年度总额预算控制目标。

第八条【风险调剂金】医保基金实行市级统筹，建立风险调剂金制度。按照年度医保基金收入总额的 5%提取风险调剂金，主要用于应对人口老龄化、突发重大公共卫生事件、医保政策重大调整以及自然灾害等导致的医疗费用快速增长、医保基金当期收不抵支等情况。

第九条【住院总额预算】住院费用总额预算包括年度市内和市外住院的医保基金支出。按照统筹区上年度医保基金决算总额和住院支出增长率确定。

当年度住院费用预算总额=上年度住院费用决算总额 × （1+住院费用增长率）

（一）上年度住院费用决算总额含医保基金结余留用部分，不含合理超支分担及重大疫情或突发公共卫生事件等临时追加预算部分。

（二）住院费用增长率由市医保局会同市财政局、市卫生健康局等部门，组织市医保经办机构、紧密型医共体及定点医疗机构代表等，根据下一年度收入预算、社会经济发展水平、重大政策调整等情况，综合考虑参保人员结构变化和就医情况、医疗服务水平、医疗费用增长等因素确定。

第十条【风险防控】加强医保基金风险防控。原则上不应编制当年赤字预算，不得编制基金历年累计结余赤字预算，确保基本医疗保险制度和医保基金可持续运行。

年度总额预算 $\leq$ 医保基金收入预算 $\times$ （1-5%风险调剂金）

第十一条【年度可分配总额】本地定点医疗机构住院费用年度可分配总额按以下方法计算：

年度可分配总额=当年度住院费用预算总额-异地联网结算住院费用-零星报销住院费用（不含已纳入医院按DRG点数结算部分）-大病保险保费支出-其他医保基金支付范围的支出费用+当年度按DRG点数结算参保人大病保险报销支付额

年度可分配总额的增长要与当地经济社会的发展水平相适应，增长率原则上不得高于10%。

第十二条【激励约束机制】健全“结余留用、合理超支分担”的激励约束机制，激励医疗机构提高服务质量和效益。

（一）年度清算时，年度可分配总额大于统筹基金报销总额的，按照年度清算规则清算。

1.医疗机构实际发生统筹基金报销总额低于年度应偿付总额的，结余部分由医疗机构留用。

2.医疗机构实际发生统筹基金报销总额超过年度应偿付总额的，超支部分由医疗机构承担。

在年度总额预算内，打包给本市定点医疗机构年度可分配总额年度清算后还有结余的，用于年度清算的二次分配，开展医保

基金绩效评价，支持医疗机构开展新技术项目、诊治危急重症病患和使用高精尖手术治疗等，提升医疗技术水平。DRG付费绩效评价办法具体由市医保局组织制定。

(二)年度清算时，年度可分配总额小于统筹基金报销总额的，当总体偿付率低于90%时，原则上先用当年提取风险调剂金弥补，追加年度可分配总额后按照年度清算规则清算。

当年度可分配总额小于统筹基金报销总额，用当年提取风险调剂金弥补后，总体偿付率仍低于80%时，在分析原因、厘清责任的基础上，经综合评估，确实需动用历年累计结余补偿的，对定点医疗年度清算后亏损超过20%的部分，由医保基金和医疗机构各负担50%。年度清算需动用历年累计结余的，应符合社会保险基金财务制度有关规定，作出详细说明，并报市政府批准后执行。

第三章 DRG支付管理

第一节 病组分组

第十三条【分组依据】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。

全市统一使用国家医保局制订的按病组(DRG)付费分组方

案，保持核心分组（ADRG）与国家分组方案一致，结合本地疾病谱，调整确定本地DRG细分组方案，并由市医保局适时调整，原则上每年更新并公布一次，期间不作变动。

第十四条【分组框架】DRG分组包括主要诊断大类（MDC）、核心分组（ADRG）和细分组（DRGs）。主要诊断大类根据解剖部位和疾病性质确定，核心分组主要通过临床论证进行调整，组织相关学（协）会开展行业论证或开展多学科联合论证。细分组是对同一个ADRG组内的病例按照病情严重程度、患者个体因素等进一步细分。

第十五条【病组分类】病组分为稳定和 unstable 病组。病例数 > 5 且组内变异系数（CV） < 1 的病组为稳定病组，反之为 unstable 病组；组内病例数 > 5 且 $CV \geq 1$ 的病组，经中间区段法再次裁剪后， $CV < 1$ 的纳入稳定病组，其他纳入 unstable 病组。

稳定病组分为高倍率、低倍率与正常病例。

（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 $200 < \text{基准点数} \leq 300$ 的病组且费用高于本病组平均住院费用 2 倍的病例；

4.属于基准点数 > 300 的病组且费用高于本病组平均住院费

用 1.5 倍的病例。

（二）低倍率病例是指：稳定病组中，住院费用低于本病组平均住院费用 0.4 倍的病例。

（三）其他病例为正常病例。

第十六条【点数计算】分组数据依托全国统一的医保信息平台采集医保结算清单、医疗费用明细等相关数据，按照一定质控规则对数据进行清洗、处理，形成基础数据库，作为分组基础。基准点数计算（保留 2 位小数）：

稳定病组基准点数=（本病组平均住院医疗费用÷全市平均住院医疗费用）×100；

不稳定病组基准点数=（本病组的中位住院医疗费用÷全市平均住院医疗费用）×100。

第十七条【动态调整】建立分组动态调整机制。基准点数、次均医疗费用和各病组次均医疗费用测算按照近三年（含当年）从远到近 1:2:7 的比例加权计算费用均值和点数，用于当年度清算和下年度月度预付结算。即 2023 年：2024 年：2025 年按 1:2:7 的比例测算，用于 2025 年度清算和 2026 年月度预付结算，以此类推，通过分组动态调整，实现分组结果在年度清算时更加贴近当年实际。

第二节 点数调整系数

第十八条【目的依据】点数调整系数旨在体现不同定点医疗机构间的医疗服务成本、医疗服务质量和医疗服务能力等差异，根据医疗资源分布和医疗机构功能定位、医院等级、历史医疗费用、诊疗服务能力、重点学科发展、弱势学科扶持等因素设置。

市医保局综合考虑有利于推动分级诊疗、支持医疗机构学科建设、倾斜区域医疗中心建设等因素，按照公开透明的原则，合理设定医疗机构系数，用于计算定点医疗机构的服务点数。

第十九条【系数计算】点数调整系数由成本差异系数、服务能力系数、行为引导系数、基层病组系数和分级管理系数等组成。其中基层病组系数为优先级系数，分级管理系数为年终清算加权系数，成本差异系数为日常分组点数调整系数的基础系数，服务能力系数、行为引导系数为加成系数。

点数调整系数=基础系数×（1+加成系数）

（一）成本差异系数=该等级医疗机构本DRG组的平均住院费用÷全市所有医疗机构本DRG组的平均住院费用，其中新纳入的定点医疗机构成本差异系数按同级别系数确定。

（二）服务能力系数=病例组合指数+高水平医疗机构系数

1.病例组合系数

（1）病例组合指数（CMI）=定点医疗机构总点数÷定点医疗机构总例数÷100，其中特殊病例以调整前点数计算。

（2）根据全市纳入DRG结算的病例计算全市CMI平均数（ $\overline{CMI}$ ）。根据CMI和（ $\overline{CMI}$ ）差额的10%确定病例组合系数，计算

公式如下：

当 $CMI > (\overline{CMI})$ ，病例组合系数 $= (CMI - (\overline{CMI})) \times 10\% \times$ 调节系数。其中：AAA级、AA级及其他定点医疗机构的调节系数分别为：1、0.75、0.5。

当 $CMI \leq (\overline{CMI})$ ，病例组合系数=0。

(3) 三级定点医疗机构病例组合系数最高加成 6 个百分点；二级定点医疗机构病例组合系数最高加成 4 个百分点；一级及未定级定点医疗机构病例组合系数最高加成 2 个百分点。

2. 高水平医疗机构系数

(1) 纳入国家医学中心、国家区域医疗中心的定点医疗机构，加成 2 个百分点；纳入省支持建设国际医学中心的定点医疗机构，加成 1 个百分点；纳入省高水平医院的定点医疗机构，加成 0.5 个百分点。同时纳入国家级/省级的医疗机构，则按最高级别的得分进行加成。

(2) 评为国家级、省级、市级重点专科的定点医疗机构，分别加成 0.5、0.3、0.1 个百分点；国家级重点专科数量达到 5 个及以上的，再加成 0.1 个百分点。

(3) 不同证照但属于同一法人、同一级别且有相关职能部门文件明确为统一管理的，各院区均加成；其余不同证照的情形，只加成获得认证的院区。

(4) 本系数最高加成 3 个百分点。

(三) 行为引导系数由人次人头比、病组次均费用比、参保

人费用负担比、住院率增长比、病案首页填写质量等考核指标系数构成，每个指标各加成 0.5 个百分点。

1.人次人头比考核系数=该医疗机构实际人次人头比÷同级别医疗机构平均人次人头比

2.病组次均费用考核系数= Σ (该医疗机构该病组住院均次费用×该医疗机构该病组成本差异系数÷全市该病组住院均次费用×该医疗机构该病组病例数)÷该医疗机构总病组病例数

3.参保人负担比例考核系数=该医疗机构参保人负担比例÷同级别医疗机构参保人负担比例

4.住院率考核系数=该医疗机构住院同期增长比÷同级别医疗机构住院同期增长比

5.病案首页填写质量考核系数=该医疗机构病案首页填写准确率÷所有定点医疗机构平均的病案首页填写准确率

当考核指标系数<1 时，该指标加成 0.5 个百分点，当考核指标系数≥1 时，加成系数为“0”。

(四) 基层病组系数：为促进分级诊疗，选取部分病组临床路径变异度低费用稳定的病组作为基层病组，推行基层病组同病同治同价。该系数作为优先级系数，确定为基层病组的，全市所有医疗机构点数调整系数统一按该病组基础系数计算，不再计算加成系数。

(五) 分级管理系数：结合协议医疗机构分级管理规定，在年终清算时，按照医疗机构当年医疗服务总点数加成奖励点数，

AAA级加成 1.5 个百分点，AA级加成 0.5 个百分点。

第三节 特殊病例单议

第二十条【概念范围】特殊病例是指住院时间长、医疗费用高、新药耗新技术使用、复杂危重症或多学科联合诊疗等不适合按DRG付费的住院病例。医疗机构上传结算病例中经我市细化分组方案分组后，列入不稳定病组的病例、稳定病组中的高倍率病例、无法入病组的病例，列入特例单议范围。

第二十一条【建立机制】建立特殊病例单议制度。特例单议原则上采用按月申报、季度评审、年终核算方式，由医疗机构按月自主申报，市医保中心按季度组织临床专家等对特例单议病例进行评审，年度清算时，根据评审结果可实行按项目付费或重新计算病例点数。

第二十二条【组织评审】市医保中心负责特病单议经办工作，畅通特例单议受理渠道，同步开展线上、线下受理及评审，可采取智能审核和专家评审相结合的方式开展评审。

特例单议数量控制在DRG出院总病例的 5%以内，原则上国家区域医疗中心控制在 8%以内，其他医疗机构控制在 3%以内。当全市特例单议数量超过 5%时，可以核减国家区域医疗中心特例单议数量。

第二十三条【评审结果】根据专家评审意见，结合医保基金

运行情况、医疗机构收治病例情况等，作出特例单议评审通过或不予通过的结果判定，并及时告知提出申报的医疗机构。对评审通过的病例，属于应用创新医疗技术的特殊病例可按项目付费，其他的追加病例点数。对评审不通过的病例，仍按病组规定付费。

第二十四条【评审公告】特例单议申报及评审情况由市医保中心定期向医疗机构或社会公开，接受监督。公开的内容包括各医疗机构申报特例单议的数量、审核通过数量、医保基金支付、占按病组出院病例比例、占医保基金支出比例等情况。

第二十五条【支持新技术】支持医疗机构应用创新医疗技术，医疗新技术的开展符合卫生健康部门相关规定，由定点医疗机构提出申请报备，经组织专家评议，建立创新单议组，可以采用按项目付费。创新单议组符合分组条件的，纳入DRG点数法支付。

第四章 其他结算方式

第一节 中医优势病种与中医日间病房

第二十六条【病种概念】中医优势病种是指按照“中医优势突出，临床路径明确，诊疗方案成熟，临床疗效确切，治疗费用稳定，治疗风险可控，中医药治疗费用低廉，疗效与西医疗效相近或优于西医疗效”的原则，以住院方式治疗的病例。

中医日间病房是指符合住院条件，以中医适宜技术治疗为主，

且在非治疗期间不需要住院持续观察的患者，经患者和医疗机构双方同意，在当日治疗结束后可回家治疗的病例。

第二十七条【病种范围】中医优势病种与中医日间病房病种范围在省医保局确定的病种范围内遴选，定点医疗机构结合实际选择部分适宜的病种开展，实施范围根据省医保局统一确定病种适时调整。

第二十八条【资格条件】申请中医优势病种、中医日间病房的医疗机构须经卫生健康部门批准的具有中医诊疗服务资质，且有开展相关病种中医药治疗服务经验，具备独立中医优势病种住院与中医日间病房治疗所需病区、实施中医适宜技术治疗相关诊疗场所、设备和足够数量执业资格的专业医师、护理人员，能够承担中医优势病种住院与中医日间病房诊疗服务。

符合条件的定点医疗机构可向属地医保经办机构提出申请，经市医保中心审核后，由属地医保经办机构组织签订补充协议，并报市、县医疗保障部门备案。

第二十九条【支付结算】中医优势病种按照“选定病种、点数结算、线下审核、同价支付”的原则，对医疗机构收治符合相应诊断标准、住院治疗遵循中医药服务特点，达到西医治疗同等疗效的实行中西医同病同效同价，以该病种对应的西医“不伴合并症或并发症” DRG病组等量计算点数；对临床上评估西医需采用手术治疗的病种，中医采用保守治疗达到西医同等疗效的，以该病种对应的西医“不伴合并症或并发症” DRG非手术病组 1.5

倍计算点数。

鼓励有条件的医疗机构建设中医日间病房，对诊断明确、中医优势明显、治疗路径清晰的中医日间治疗病例，参保人参照住院待遇标准报销，医疗机构支付按照项目结算支付。

第三十条【政策支持】支持中医药传承创新发展，中医优势病种住院费用、中医日间病房费用在全市年度可分配总额中提前单独列支，年度清算时，不计入本医疗机构年度应偿付总额。

第二节 日间手术

第三十一条【病种概念】日间手术是指患者按照诊疗计划在1日（24小时）内入、出院完成的手术或操作（不包括门诊手术），因病情需要延期住院的特殊病例，住院时间不超过48小时。

第三十二条【病种范围】日间手术范围以国家、省卫生健康部门推荐的目录为准，定点医疗机构结合实际选择部分病种开展日间手术结算，日间手术病种根据卫生健康部门推荐目录适时调整。

第三十三条【资格条件】定点医疗机构开展日间手术结算的，应按相关规定向卫生健康部门申报日间手术试点医院，确认具备开展相关病种日间手术资质，并建立日间手术管理委员会，制定日间手术管理制度，明确日间手术临床路径、准入标准（包括入院前、住院和出院后各个环节管理）和日间手术病例管理要求等。

符合条件的医疗机构可向属地医保经办机构提出申请，经市医保中心审核后，由属地医保经办机构组织签订补充协议，并报市、县医疗保障部门备案。

第三十四条【支付结算】日间手术实行总额预算管理下按DRG点数法结算，按DRG分组对应的“不伴合发症/并发症”病组点数的85%结算，月度费用结算时一并预付，年终清算时按全市平均点值和日间手术总点数计算医保偿付金额，并在全市年度可分配资金总额中单独列支，不计入医疗机构年度应偿付总额。

第三节 康复治疗病种

第三十五条【病种概念】康复医疗是指应用医学方法和技术，需要长期住院进行康复诊断、评估、治疗和护理，改善伤、病、残以及其他康复需求者的功能状况，以提高其生存质量和重返社会能力的诊疗活动。

第三十六条【病种范围】康复治疗病种按照省医保局统一确定的病种执行。

第三十七条【资格条件】定点医疗机构经卫生健康部门批准的具有康复医疗服务资质，且有开展相关病种康复治疗服务经验，并设置有康复科（含中医康复科）的，根据医疗机构康复病种开展情况，向属地医保经办机构提出康复病案按床日定额结算申请，经市医保中心审核后，由属地医保经办机构组织签订补充协议，

并报市、县医疗保障部门备案。

第三十八条【支付结算】根据疾病发展，将康复病种分为急性期和康复期，相应的医疗费用总额实行分开结算。对于康复病种急性期住院治疗的费用按我市现行规定，按DRG点数支付结算；对于转入康复期住院治疗的费用，按照定点医疗卫生机构等级、收治参保患者身份类别实施阶梯式床日定额付费。具体标准由市医保局根据省医保局公布参考标准，以及我市近3年康复治疗病种医保基金支付情况等综合评估、测算公布、适时调整。年终清算时执行我市现行年终清算规则，计入医疗机构年度应偿付总额。

第四节 精神疾病与残疾儿童康复病种

第三十九条【实施范围】精神疾病、残疾儿童康复治疗临床路径明确、治疗方式和治疗费用相对稳定，为提高医保基金使用效益，提升医疗机构治疗服务能力，满足精神病类、残疾儿童康复类患者医疗服务需求，定点医疗机构收治精神病类、残疾儿童康复类患者住院治疗实行按床日定额结算。

第四十条【资格条件】定点医疗机构经卫生健康部门批准的具有精神疾病治疗、康复医疗服务资质，具备独立精神病类、残疾儿童康复类住院所需病区、实施适宜技术治疗相关诊疗场所、设备和足够数量执业资格的专业医师、护理人员，能够承担精神病类、残疾儿童康复类住院诊疗服务，可向属地医保经办机构申

请精神病类、残疾儿童康复类住院按床日定额结算，经市医保中心审核后，由属地医保经办机构组织签订补充协议，并报市、县医保部门备案。

第四十一条【支付结算】定点医疗机构精神病类、残疾儿童康复类住院实行按床日定额结算支付方式，按照医疗机构等级、收治参保患者身份类别实施阶梯式床日定额标准。具体标准由市医保局根据近3年床日定额标准实施情况，以及医保基金运行情况、医疗机构服务能力等综合评估、测算公布、适时调整。年终清算时执行我市现行年终清算规则，计入医疗机构年度应偿付总额。

第五章 基金结算和清算

第四十二条【时间节点】定点医疗机构住院基本医疗费用以每年1月1日至12月31日为一个结算年度。建立月度预付与年终清算的基金结算机制，按照“总额控制、点数计算、按月预付、年终清算”原则，定点医疗机构应在规定时间内申报月度预付和年度结算医疗费用。

（一）定点医疗机构应在次月15日前（如遇国家法定节假日顺延，下同）完成月度预付申报，医保经办机构原则上在申报截止次日起不超过30个工作日完成月度预付拨款。

（二）定点医疗机构应在次年3月底前完成年度清算申报，

医保经办机构原则上每年 6 月底完成上年度清算工作，并按照服务协议等有关规定结算服务质量保证金。

第四十三条【年度预付金】建立年度预付金制度。定点医疗机构可向医保经办机构申请拨付年度预付金，用于为参保人提供医疗服务的资金周转。年度预付金核拨额度原则上不得超过上年度该医疗机构统筹基金记账住院医疗费用 1 个月平均值。

第四十四条【月度预付】医保经办机构应根据年度总额预算，按照医保基金收支进度细化月度支出计划，测算年度可分配资金总额月度预付额度，按各定点医疗机构月度服务点数分配月度预付款。

（一）定点医疗机构应于每月 15 日前，完成上月住院病历的病案上传工作。对因结算数据漏传、超过时限上传的病例，医保经办机构次月不予分组反馈、特例单议申请，统一于年终清算时一并结算。

（二）医保经办机构应于每月 18 日前完成第一次病例分组及初次分组结果下发，定点医疗机构在收到分组结果后，于每月 30 日内完成病例初审结果的核对、校正和申诉工作；医保经办机构原则上应在次月 15 日前完成病例调整、终审以及月度拨付工作，终审结果下发后作为年度结算的依据。

（三）医保经办机构拨付定点医疗机构月结算款按月度预付款的 90% 计算（预留 10% 作为服务质量保证金），并与当月定点医疗机构按点数结算病组的参保人住院、大病保险“二次补偿”

支付总额合并支付。

第四十五条【月结计算】 月度预付计算方法如下：

（一）当月预付点值=（预测年度可分配资金总额÷12个月+本市参保人当月在本地住院的实际总医疗费用-本市参保人当月在本地住院的实际统筹基金总额-本市参保人当月在本地住院的实际大额医疗费用补充保险基金总额）÷月度预核总点数。月度预核总点数为全市定点医疗机构月度收治住院病例预核总点数之和。具体按以下方法计算：

1.稳定病组中正常病例预核点数=对应病组基准点数×点数调整系数；

2.低倍率病例预核点数=对应病组基准点数×（该病例实际发生总医疗费用÷全市该病组次均住院医疗费用）；

3.高倍率病例预核点数=对应的病组基准点数×点数调整系数+最高核准追加点数。其中最高核准追加点数=最高核准追加倍数×对应的病组基准点数，最高核准追加倍数=该病例总费用÷全市该病组次均住院医疗费用-上限裁剪倍率；

其中上限裁剪倍率按第十五条第（一）款高倍率病例点数对应倍率确定。

4.非稳定病组、无法入组的病例最高预核点数=病例总医疗费用÷全部病组住院次均费用×100。

（二）定点医疗机构月度预付费用=[当月该医疗机构预付总点数×月度预付点值-（本市参保人当月在本地住院的实际总医

疗费用-本市参保人当月在本地住院的实际统筹基金总额-本市参保人当月在本地住院的实际大额医疗费用补充保险基金总额) $\times 90\%$ 预付比例-该月审核扣款。月度审核扣款总额为针对出院病例进行审核的违规金额合计。月度预付总点数为定点医疗机构月度收治住院病例预付总点数之和。具体计算方法:

1.稳定病组中正常病例、低倍率病例的预付点数=第四十五条第(一)款对应病例预核点数;

2.高倍率病例预付点数=该病组正常病例预付点数,即对应病组基准点数 $\times$ 点数调整系数;

3.非稳定病组、无法入组病例预付点数=病例总医疗费用 $\div$ 全部病组住院次均费用 $\times 100$ 。

稳定病组中的高倍率病例、非稳定病组的病例、无法分入已有病组的病例,按特病单议规则,对当月已申请特例单议高倍率病例,于当月追加点数;经季度特例单议评审后,对评审结论不符合特病的病例,属高倍率特病病例的,于年终清算时扣回已追加点数。

(三)在新年度公布DRG细化分组方案、基准点数和点数调整系数之前,用上年度的细化分组方案以及点数调整系数计算月度预付款,年度清算时再将公布细化分组方案之前的月度结算病案按新的细化分组方案和系数重新进行分组,计算医疗机构服务点数。

第四十六条【计算方法】年度清算时各病例点数计算:

(一) 正常病例的病例点数=对应病组基准点数×点数调整系数。

(二) 低倍率的病例点数=对应病组基准点数×(该病例实际发生总医疗费用÷全市该病组次均住院医疗费用)，最高不超过该病组基准点数；

(三) 对疑难危重、病情复杂且无法入组的特殊病例，如病例数量过少、组内资源消耗差异过大、开展新技术(符合卫生健康行政部门相关规定且为本市首次施行的医疗新技术)且无相应历史数据等特殊病例，由市级医保经办机构定期组织专家进行特病单议确定相应点数，作为年度结算的依据。特病单议病例点数按以下方法计算：

1.非稳定病组、无法入组病例点数=(该病例总医疗费用-不合理医疗费用)÷全部病组次均住院医疗费用×100。

2.高倍率病例点数=对应的病组基准点数×点数调整系数+核准追加点数。其中核准追加点数=核准追加倍数×对应的病组基准点数，核准追加倍数=(该病例总费用-不合理医疗费用)÷全市该病组次均住院医疗费用-上限裁剪倍率。

其中上限裁剪倍率按第十五条第(一)款高倍率病例点数对应倍率确定。

第四十七条【年度清算】年度清算方法如下：

(一) 全市年度点值=[全市当年度可分配资金总额+(本市参保人当年度在本地住院的实际总医疗费用-本市参保人当年度在

本地住院的实际统筹基金总额-本市参保人当年度在本地住院的实际大额医疗费用补充保险基金总额) $\div$ 年度总点数。

(二)年度总点数=统筹区各定点医疗机构的年度总点数之和。

其中，各定点医疗机构的年度总点数=定点医疗机构年度病例总点数 $\pm$ 奖罚点数。

第四十八条【清算规则】年度清算时，各定点医疗机构应偿付总额（下称“年度应偿付总额”）=全市年度点值 $\times$ 年度总点数-（本市参保人当年度在本地住院的实际总医疗费用-本市参保人当年度在本地住院的实际统筹基金总额-本市参保人当年度在本地住院的实际大额医疗费用补充保险基金总额）

年度清算应偿付额=年度应偿付总额-月预付金额总额。

1.定点医疗机构住院医保基金报销总额 $<$ 年度应偿付总额70%的，按实际医保基金报销总额作为年度应偿付总额；

2.定点医疗机构住院医保基金报销总额 $\geq$ 年度应偿付总额70%且 $<$ 年度应偿付总额90%的，按定点医疗机构住院实际医保基金报销总额的110%作为年度应偿付总额。

3.定点医疗机构住院实际医保基金报销总额 $\geq$ 年度应偿付总额90%的，按定点医疗机构住院年度应偿付总额作为年度实际支付总额。

第四十九条【自费控制】各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，个人政策范围外自费费用（医药用耗材除外）比例原则上控制在10%

以内。对高于当年度总医疗费用 10%部分，年度清算时，在年度应偿付总额中扣除，并在签订定点服务协议中予以明确。

第五十条【点数扣减】病例点数扣减计算：

（一）病人出院后 10 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）。

（二）病人出院后 10 日内因同一疾病的延续治疗再次入院（恶性肿瘤放、化疗等符合疗程规定的情况除外），原则上同一医疗机构本次住院费用医保基金不予支付。符合双向转诊规定并通过汕尾市双向转诊系统在 24 小时内办理转入院手续的病例，本次住院医疗费用按住院过程不完整病例计算点数。

住院过程不完整病例=对应病组基准点数×（实际发生医疗费用÷该病组住院平均费用），最高不得超过该病组基准点数。

第五十一条【点数追加】参保人因急诊、抢救发生的医疗费用，符合住院诊疗常规，并在 24 小时内办理住院治疗的，其急诊、抢救期间发生的符合基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准的医疗费用可一并纳入当次住院医疗费用结算，按照DRG点数法支付。

第六章 紧密型医共体结算

第五十二条【医共体结算】紧密型县域医共体（以下简称“医

共体”)是指实现了人、财、物一体化的县域紧密型医共体和城市医疗集团。

医共体县域内所有定点医疗机构发生的基本医疗保险住院费用结算按照本办法规定,统一采用总额预算下的DRG点数付费结算。

第五十三条【县域总额预算】医共体支付方式改革的县(市、区)实行县域总额预算管理,由县(市、区)医保部门会同本级财政、卫生健康部门按照基本医疗保险基金总额预算管理的有关规定,编制县域医保基金年度总额预算,并报市医保、财政、卫生健康部门核定后实施。

第五十四条【监督管理】健全医共体建设监测指标评价体系,通过医共体就医秩序、医疗卫生服务能力、医疗卫生资源利用情况、基层健康管理水平等维度,重点考核县域内住院人次比、人均医疗费用增长率、基层就诊率、县域就诊率、基层医疗卫生机构床位使用率等指标,采用定性、定量指标监测医共体建设工作落实情况,推动医共体良性发展。

第五十五条【激励约束机制】支持医共体实施支付方式改革,建立激励约束机制和风险共担机制。年度清算时,县域总额预算包干结余,结余基金奖励县域医共体留用;县域总额预算超支,原则上以县域当年度计提的风险调剂金予以弥补。当全市年度清算触及需动用历年累计结余补偿时,对医共体年度清算后亏损超过20%的部分,由医保基金和医共体各负担50%。

县域医保基金管理使用、医共体内定点医疗机构结算、结余留用、合理超支分担等有关具体事项，由县（市、区）医疗保障部门牵头本级财政、卫生健康部门制定，并报市医保局备案。

第七章 保障机制

第五十六条【协议管理】健全完善协议管理机制。医保经办机构要切实履行DRG付费的经办管理职责，根据我市DRG管理有关规定，制定总额预算、DRG结算清算、稽核稽查等经办服务流程，将按DRG付费相关要求纳入协议管理，细化经办流程，强化管理措施，督促医疗机构履行协议责任。

规范定点医疗机构服务行为，建立考核评价机制，由医保经办机构对定点医疗机构执行医保政策和履行服务协议等情况进行考核评价，考核评价结果与年度清算、服务协议续签等挂钩。

第五十七条【意见收集反馈】健全完善意见收集反馈机制。建立面向医疗机构、医务人员的意见收集和反馈机制，收集DRG分组、技术规范、价格改革协调以及临床论证等方面的意见建议，提升医疗机构、医务人员DRG改革参与度，为规范管理、完善分组等提供依据和支撑。

第五十八条【谈判协商】健全完善谈判协商机制。建立完善总额预算、DRG分组、调节系数等支付要素的谈判协商机制，以客观费用为基础，组织医疗机构代表、行业（学）协会等共同

协商。

建立医保支付方式改革专家组，由临床医学、医保管理、统计分析、药学等方面专家组成，为医保支付方式改革提供技术支撑，指导医疗机构更好落实医保支付政策，协助开展特例单议审核评审、矛盾争议处理等工作。

第五十九条【数据工作组】建立医保数据工作组机制。遵循公开公正、共建共享、协商一致原则，定期向定点医疗机构“亮家底”，包括基金运行、总额预算、DRG付费、结算清算、结余留用等信息，提供医保工作透明度。

建立医保数据工作组，由不同级别、不同类型的医药机构代表组成，人数不少于8人，成员原则上每年更换调整。数据工作组配合医保部门及时、全面、准确通报本地区医保基金运行整体情况、分项支出、医疗机构费用分布等，促进医保数据和医疗数据共享共通，形成共同治理、良性互动的良好改革氛围。

第六十条【监督管理】加强定点医疗机构监督管理。强化医保基金使用监管，切实保障参保人基本医疗权益，促进医疗资源合理使用，控制医疗费用不合理增长。

对定点医疗机构分解住院、升级诊断、转嫁医疗费用、高套点数等违规诊疗行为，一经查实，当次住院病例的点数和医疗费用记账费用不予结算处理；对定点医疗机构推诿病人的违规行为，如经核查属实，该参保人当次住院的医疗费用按记账费用由推诿患者医疗机构承担，在年度清算时扣除。

第八章 附 则

第六十一条【调整权限】本实施细则生效后，执行期间DRG分组方案、定点医疗机构权重系数、病种支付标准、床日定额标准、日间治疗（手术）和项目付费等事项需调整的，由市医保局会同市财政局、市卫生健康局召开联席会议确定并联合公布。

第六十二条【解释主体】本实施细则由市医疗保障局负责解释。

第六十三条【施行期限】本实施细则从印发之日起施行，有效期五年。本实施细则印发后，此前有关文件规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准，以后国家、省另有规定的，从其规定。