

西安市医疗保障局文件

市医保发〔2024〕25号

西安市医疗保障局 关于进一步完善DRG付费工作有关问题的通知

各区（县）医疗保障局，各开发区医保部门，市医疗保障经办服务中心、市医疗保险基金管理中心，各DRG付费医疗机构：

根据《国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）分组与付费技术规范》要求，以及《西安市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费实施细则（试行）》（市医保发〔2020〕105号）、《关于印发〈西安市按疾病诊断相关分组（DRG）支付方式改革三年行动计划实施方案〉的通知》（市医保发〔2022〕38号）等文件规定，为加强推进我市医保支付方式改革，形成区域统一、

标准规范、机制完善、保障有力的 DRG 付费工作新常态，结合全市医疗保障工作实际，对 DRG 付费相关工作进一步完善，现就有关问题通知如下：

一、建立区域总额预算及风险金机制

（一）区域总额预算的编制

每年末，综合考虑当年全市医保基金收支情况、医疗费用总额、医疗机构住院总病例数、参保人数及增长预期、参保人员年龄结构及缴费水平、药品和医用耗材集采降价、医疗成本上涨、重大政策调整和医疗服务数量、质量、能力等指标，评估基金支出情况，测算下年度全市 DRG 付费区域总额，编制下一年度 DRG 付费区域总额预算方案。

（二）区域总额预算的使用

1. 测算 DRG 付费费率

以区域总额预算为基础，按照国家和省、市有关要求和 CHS-DRG 分组标准，测算我市下一年度 DRG 付费费率。

2. 建立风险金机制

从 DRG 付费区域总额预算中划分 10% 设立风险金。医疗机构在年度内由于违约不予支付或已追回的违法违规费用，计入当年的风险金。风险金与 DRG 年终清算金额匹配使用，具体如下：

（1）DRG 年终清算金额 \leq DRG 区域预算总额 90% 的，10% 风险金作为历史结余结转到下一年，剩余资金结转为下一年医保基金。

(2) DRG 区域预算总额 $90\% < \text{DRG 年终清算金额} \leq \text{DRG 区域预算总额}$ 的，使用当年风险金分担费用，剩余风险金作为历史结余结转到下一年。

(3) DRG 年终清算金额 $> \text{DRG 区域预算总额}$ 的，表示该年度区域总额预算超支，超支的费用优先使用风险金历史结余分担，风险金历史结余仍不足的，医保基金不再另行补充资金，在保证重点病组及刚性医疗需求的前提下，对当年医疗费用弹性较大的病组费率进行调整，调整后再次年终清算，直至 DRG 年终清算金额 $\leq \text{DRG 区域预算总额} + \text{风险金历史结余}$ 。

二、建立核心要素动态调整机制

(一) DRG 细分组

ADRG 病组严格按照国家医疗保障局 CHS-DRG (1.1 版) 划分的 376 个执行。2024 年，我市根据本地临床诊疗实际情况，在 CHS-DRG (1.1 版) 的基础上增加细分组 AH10，细分组达到 629 个。

DRG 细分组方案根据国家医疗保障局统一标准实行动态调整，如遇国家医疗保障局调整 CHS-DRG 分组方案，我市同步动态调整。

(二) 权重

权重是某 DRG 细分组病例平均医疗费用与本地所有病例平均医疗费用的比值，表示该细分组对医疗资源的消耗程度。根据我市医疗机构开展医疗服务的临床实践和三年历史数据，对组内

费用差异过大或与临床实际不符的细分组权重进行合理性调整。

（三）费率

费率代表每权重消耗的住院费用，根据预测病例数、预测总权重、预测住院总费用等数值，结合 DRG 付费区域总额预算，综合考虑全市定点医疗机构服务能力、功能定位等因素，按照三级、二级、一级医疗机构，设置 3 个档次费率。

（四）稳定组和不稳定组

DRG 病组分为稳定病组和不稳定病组。在“区域内病组病例数小于历史各病组所有病例数十万分之三或组内变异系数 > 1 ”的基础上，进一步筛选病组权重 > 5 且病组病例数 < 30 例的，以及历史数据无权重的病组作为不稳定组；其他为稳定病组。

不稳定病组每年初发布，以实际发布的病组名单为准，年终清算时复核。

稳定病组病例分为高倍率病例、低倍率病例和正常病例，住院医疗费用 \geq DRG 病组支付标准 300% 为高倍率病例、住院医疗费用 \leq DRG 支付标准 30% 为低倍率病例、其余为正常病例。

（五）基层病组

为推行落实分级诊疗，在临床治疗路径明确、医疗费用相对稳定、不伴并发症或合并症、一二级医疗机构有能力收治且患者集中度较高的 DRG 细分组中，选取具有代表性的病组作为基层病组，引导这些病组的患者就近前往二级及以下医疗机构就诊。

基层病组结算的费率分为两个档次，一级医疗机构使用当年

发布的一级费率，二级及以上医疗机构使用当年发布的二级费率。

（六）医学（医疗）中心、重点专科（学科）

为支持国家医学中心、区域医疗中心、重点专科（学科）的发展和建设，经具备资质的医疗机构主动申请，医保部门复核同意，在 DRG 结算时予以政策倾斜。

1.对具备综合类国家医学中心资质的医疗机构，在 DRG 结算时，该医疗机构整体费率提高 2.5%。

2.对具备国家（类别）医学中心资质或国家（类别）区域医疗中心资质的医疗机构，相关专科的 MDC 所有病组权重提高 2%。

3.对具备重点专科（学科）资质的医疗机构，在该专科（学科）相关病组中筛选不超过 3 个 ADRG 病组，按照国家级、省级、市级 3 个层次，对申请的 ADRG 内所有细分组权重分别提高 3%、2%、1%。重点专科（学科）倾斜政策不叠加申请，实行就高享受的原则。

上述倾斜政策不重复享受，基层病组不享受倾斜政策

三、优化改善医药机构结算清算工作

（一）基本原则

DRG 付费的医疗机构按照“月度结算、年度清算、特殊病例单议”的原则进行结算清算。

（二）月度结算

定点医疗机构须每月按时上传医保结算清单数据，申报月度结算，医保经办机构按月审核、结算、拨付资金。

（三）年终清算

以一个自然年度为周期，根据当年 DRG 月度结算情况、特殊病例单议处理情况，对医保基金支付总量进行年终清算。具体方法如下：

1. 确定医疗机构年度 DRG 支付标准

某医疗机构年度 DRG 支付标准= $[\sum(\text{该院某 DRG 病组权重} \times \text{该院该 DRG 病组年度病例数}) - \text{该院全年违规扣除权重}] \times \text{费率}$ 。

2. 计算年终清算金额

年终清算工作按照“结余奖励、合理超支分担”的原则执行。年终清算金额根据符合弹性范围内总费用与支付标准的比例(E)确定： $E = \sum \text{符合 DRG 弹性范围内总费用} \div \sum \text{支付标准}$

符合 DRG 弹性范围内总费用= $\text{DRG 结算总费用} - \text{DRG 结算的除外内容总费用} - \text{审核扣款}$

(1) $E < 90\%$ 时，按实际发生额清算；

(2) $90\% \leq E < 100\%$ 时，奖励结余资金的 70%，年终清算金额= $\sum \text{符合弹性范围内总费用} + (\sum \text{支付标准} - \sum \text{符合弹性范围内总费用}) \times 0.7$ ；

(3) $100\% \leq E < 110\%$ 时，基金分担超出部分的 70%，年终清算金额= $\sum \text{支付标准} + (\sum \text{符合弹性范围内总费用} - \sum \text{支付标准}) \times 0.7$ ；

(4) $E \geq 110\%$ 时，小于 110%的部分仍按上述第(3)条执行，超出 110%部分的费用统筹基金不再承担。

3. 年终决算补差

年终决算补差金额 = 年终清算金额 - \sum 月度结算

年终决算补差金额为正数时，医保经办机构向医疗机构补充拨付差额资金；年终决算补差金额为负数时，医疗机构需向医保经办机构返还补差金额。

4. 结算清算的几类特殊情况

(1) 高倍率病例

按医疗总费用与 DRG 病组支付标准的差额由高到低排序，排序在前 5%的病例结算按其所在 DRG 病组支付标准的 2 倍和超过 3 倍部分的实际发生额付费。

排序 5%以后的病例按正常入组结算。

(2) 低倍率病例

按实际发生额结算。

(3) 不稳定组病例

无权重的病例，按实际发生额结算；有权重的病例，医疗机构于结算所属月份的次月 15 日前提出特例单议申请，经复核通过后的病例按实际发生额结算。

超时未申请或复核未通过的，按 DRG 正常入组结算。

(4) 主要诊断和主要手术操作不匹配的病例(QY组)，按所在 MDC 组内最低病组权重结算。

(5) 结算清单未及时上传, 疾病诊断、手术操作编码不规范、数据错误或不准确等原因导致未正常入组的病例(0000组), 按所有 DRG 病组中最低病组权重支付。

(6) 经核准确定的特殊单议病例, 按照实际发生额结算。

(四) 特殊病例单议及 DRG 除外内容

1. 特殊病例单议

医疗机构按月向所属的医保部门申请特殊病例单议, 每月申请病例数不得超过当月该医疗机构出院总人次的 3%。

各级医保部门汇总本级医疗机构申报的特例单议病例, 根据相关规定进行审核, 并经专家论证确定为特殊病例的, 费用按实际发生额结算。

特殊病例单议的适用范围一般包含:

(1) 住院总费用超过 DRG 病组支付标准 5 倍的病例。

(2) 开展新技术项目的病例。新技术是指符合卫生健康部门规定的、我市首次应用临床、具有明确创新价值和临床使用价值、能够引领本学科在区域内相关医疗服务能力发展的技术。不含单纯使用新设备仪器、新型耗材的技术, 不含检验检查和在原已开展技术上附加开展的项目等。

(3) 不稳定病组有权重的病例。

(4) 因现行 DRG 分组方案未包含而进入 QY 组的病例, 经医疗机构提出, 可纳入特殊病例。

(5) 其他经专家评定可纳入特殊单议的病例。

2.DRG 除外内容

除外内容不针对特定医疗机构，是指某个药品、耗材、医疗服务项目按实际发生额结算，剩余费用按 DRG 支付标准结算。

医疗机构向所属的医保经办机构提出申请，市医保部门收集全市情况后整体评估，筛选预通过项目，经专家论证确定的，予以除外。

医疗机构提出的申请应符合国家有关政策要求、符合临床实际情况、符合医疗新技术发展的项目。

四、建立 DRG 年度考核机制

（一）建立考核机制

为助推医疗机构提升编码管理和病案质控水平、信息传输水平、内部运营管理水平、医疗服务水平，以一个自然年为周期，建立对医疗机构的 DRG 考核机制。

（二）确定考核内容

DRG 考核内容包括医疗服务能力、医疗服务效率、收治病种结构、病种费用结构、个人负担率等方面。通过考核数据指标分析 DRG 付费对医保基金、医疗机构、参保人员带来的影响。

结合全市 DRG 付费的医疗机构工作开展情况，围绕 DRG 支付方式改革要求及政策导向，从“组织建设、医疗服务、费用控制、管理质量、任务完成”等 5 个方面制定考核指标，并根据定点医疗机构在支付方式改革推进中存在的问题设置负面问题清单。

（三）运用考核结果

DRG 考核结果列入对医疗机构的年终综合评定，考核具体办法由市医保部门另行制定和发布。

五、执行时间

本文件发布内容自 2024 年 7 月 1 日起执行。



西安市医疗保障局办公室

2024 年 5 月 16 日印发