

济南市医疗保障局 济南市财政局 济南市卫生健康委员会

文件

济医保发〔2021〕15号

关于印发《济南市按疾病诊断相关分组（DRG）付费暂行办法》的通知

各区县（功能区）医疗保障部门、财政部门、卫生健康部门，市医疗保险事业中心，市医疗保险基金稽核中心，各有关定点医疗机构：

为做好我市按疾病诊断相关分组（DRG）付费工作，现将《济南市按疾病诊断相关分组（DRG）付费暂行办法》印发给你们，请认真贯彻落实。

附件：济南市按疾病诊断相关分组（DRG）付费暂行办法



济南市医疗保障局



济南市财政局



济南市卫生健康委员会

2021年12月24日

（此件主动公开）

济南市按疾病诊断相关分组(DRG)付费 暂行办法

第一章 总 则

第一条 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),国家医疗保障局《关于印发疾病诊断相关分组(DRG)付费国家试点技术规范 and 分组方案的通知》(医保办发〔2019〕36号),省医保局、省财政厅、省卫健委《关于印发按疾病诊断相关分组付费省级试点城市名单的通知》(鲁医保发〔2019〕77号)等文件要求,为深化医保支付方式改革,建立适合我市医疗服务体系和医保管理能力的按疾病诊断相关分组(简称DRG)付费体系,结合我市实际,制订本办法。

第二条 本办法所指DRG付费是指医保经办机构与医疗机构进行医疗费用结算的支付方式,参保人员医疗保险待遇按照原规定执行。

第三条 城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险(以下简称“基本医疗保险”)本地参保人员在DRG付费试点医疗机构发生的中短期住院服务费用纳入DRG付费管理,其中生育费用、中医优势病种、中医日间病房、床日付费等病例不纳入DRG

付费。

第四条 市医疗保障部门综合考虑医保基金结算清单填报质量、临床路径管理、医疗成本和医疗质量控制、信息系统建设、内部协作机制、医疗机构管理制度等因素，遴选符合条件的定点医疗机构开展 DRG 付费，并逐步扩大实施范围。

第五条 DRG 付费管理遵循“区域总额预算管理、按月结算、年终清算”的原则，实行统一预决算、统一分组、统一病组权重、年度浮动费率。

第六条 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以 DRG 付费为主，按床日付费、按项目付费等相结合多元复合式医保支付方式。

第二章 基金总额预算

第七条 在总额预算前提下，DRG 付费整体进行单独预算单独管理。预算不再分配至各定点医疗机构。医保部门根据各类医疗机构上年医疗费用金额、医保基金支出、收治病人数、参保人数及增长预期、参保人员年龄结构等指标，结合上年度试点医疗机构住院医保基金实际支出总额和基金支出增长率，合理确定纳入 DRG 付费管理的年度基金支出预算总额（简称“DRG 基金支出预算总额”）。职工医保基金、居民医保基金分别纳入 DRG 付费预算，单独核算。

第八条 强化医保基金对定点医疗机构的激励约束作用，建

立“合理结余留用、合理超支分担”的医保基金清算机制。

医保部门根据历年住院及费用发生等情况进行评估，预留一定数额 DRG 基金支出预算，作为年度调节金，用于超支分担、支付 DRG 特殊情形费用、支持医疗机构新技术应用等。年度调节金暂按不超过 DRG 基金支出预算总额的 5% 预留，视实际运行情况进行调整。

第三章 DRG 分组和权重

第九条 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、药品、医用耗材分类与代码和医保基金结算清单等医保信息业务编码标准。

第十条 根据国家疾病诊断相关分组规范，结合我市实际，对定点医疗机构纳入 DRG 付费的住院病例进行本地化细分组。DRG 付费细分组，根据运行情况，并征求专家组意见，适时调整。

第十一条 首次权重根据历年医保住院病例费用数据进行计算，并组织专家论证确定。

病组权重 = 该 DRG 组中病例的例均费用 ÷ 所有病例例均费用
(权重保留四位小数)

第十二条 建立与定点医疗机构的沟通协商机制和动态调整机制，结合资源消耗结构、疾病诊疗难易程度、医保政策等对病组权重实行动态调整，不断完善。

第十三条 支持医疗机构开展新技术和提升重点专科服务能

力，对于新开展符合卫生行政部门相关规定且为我市首次实行的医疗新技术时，开展前须向医保部门报备，月度按照病例实际入组情况进行拨付，年终清算组织专家根据实际病例费用确定病组及权重。

第十四条 为促进分级诊疗，适时选择部分无并发症或合并症、医疗费用相对稳定、不同类别定点医疗机构均可开展的 DRG 病组作为基础病组，实行同病同价结算。

第四章 支付管理

第十五条 病例按照分组规则分入稳定病组、非稳定病组和无法分入已有病组、特病单议的病例。

（一）稳定病组内病例分为正常病例、费用极高病例、费用极低病例。费用极高和费用极低病例判定参考国家 CHS - DRG 技术规范进行优化调整。

（二）对非稳定病组（如病例数过少）、无法分入 DRG 病例的特殊病组月度可进行整组单议，年度重新测算病组的权重进行拨付。

（三）特病单议，定点医疗机构可根据临床需要，对于危急症抢救患者、住院费用过高或者住院时间过长等原因的特殊患者，向医保经办机构申请特病单议按项目付费，但须严格控制按特病单议的患者数量，按月考核特病单议按项目付费的患者数，总体不得超过总出院人次的 5%。

第十六条 定点医疗机构各类型住院病例权重按以下办法确定。

(一) 正常病例

正常病例权重 = 对应病组权重

(二) 费用极高病例

为了保证急重症病人得到及时有效地治疗，鼓励医疗机构收治危重患者，此类患者经特病单议、扣除不合理费用后按项目付费。费用极高结算人次不得超出当期本院出院人次的上限比例。A类医疗机构上限 6%、B类医疗机构上限 5%、C类医疗机构上限 4%。

费用极高病例权重 = 对应病组权重 + 追加权重

(三) 费用极低病例

费用极低病例按项目付费，无需计算权重。

(四) 整组单议病例

整组单议的病例扣除不合理费用后按项目付费，无需计算权重。

(五) 特病单议按项目付费结算的病例

特病单议病例定点医疗机构须按月逐例申报，同时传输相关病案材料，医保经办机构组织专家审核通过并扣除不合理费用后，按项目付费结算。

第十七条 费率确定。按照平稳过渡的原则，根据医疗机构级别，结合历史数据进行测算，分为 A 类医疗机构费率、B 类医疗机构费率、C 类医疗机构费率（医疗机构类别见附表），实行动

态调整。

各类别医疗机构费率 = 同类别定点医疗机构住院费用总额 ÷ 同类别定点医疗机构总权重。

各类别医疗机构费率可根据年度实际结算基金在年终清算时作适度调整。

第五章 医疗费用结算

第十八条 医保经办机构依据 DRG 权重、费率、月度病例数，对定点医疗机构住院费用按月度结算，并建立分组反馈机制。月度拨付时预留 5% 为质量保证金，根据试点医疗机构年终考核结果进行返还。

第十九条 由于 DRG 基金结算周期较长，经办机构按照上年度医疗机构月度平均拨付金额，提前拨付 1 个月额度的医保基金作为医疗机构周转金，以减轻定点医疗机构的资金垫付压力。

第二十条 年度结束后进行清算，清算年度为一个医疗年度，纳入清算范围的病例以出院结算时间为准，医保经办机构在当年住院医疗费用按 DRG 付费的 DRG 基金支出预算总额范围内，制定年终清算方案。

年终清算各类别医疗机构费率 = 年度同类别定点医疗机构 DRG 住院清算总费用 ÷ 年度同类别定点医疗机构总权重

第二十一条 DRG 付费实行激励约束机制，按“合理结余留用、合理超支分担”的原则，对各定点医疗机构的住院病例费用

进行年终清算。

（一）结余留用。为规范医疗行为、促进合理诊疗，让 DRG 付费改革起到更好的正向激励作用，鼓励医疗机构精细化管理，保证医疗服务质量不降低，对定点医疗机构医保基金结余率进行控制，按结算年度设置基金结余率上限，结余 10%（含）以内的部分医保基金支付 70%，结余 10%~20%（含）以内的部分医保基金支付 50%，结余超出 20%部分不予拨付。

（二）超支分担。出现超支的，由定点医疗机构和医保基金按一定比例分担。超支 10%（含）以内的，超支部分医保基金分担 60%；超支 10%~20%，医保基金分担 40%；超支 20%（不含）以上的，没有特殊原因，无超支分担机制。医保基金分担比例根据医保基金管理绩效等情况进行动态调整。

（三）控制自费率。医疗机构按 DRG 付费病例年度医疗总费用中医保目录范围外的费用比例，原则上 A 类医疗机构不得超过 12%、B 类医疗机构不超过 10%、C 类医疗机构不超过 8%。自费率纳入年终考核。考核不符合标准的，根据分值（或一定比例）扣除应拨付的质量保证金。

（四）补偿机制。年终清算时对各医疗机构收治新生儿、中医治疗率占比较高的病例适当倾斜。

第六章 监督考核

第二十二条 定点医疗机构应加强病案质量管理，严格按照

医疗保障结算清单填写规范、疾病诊断及手术操作编码标准等国家颁布的各项医保标准，规范、及时、准确将住院病例的就诊信息上传至医保业务系统。

第二十三条 DRG 付费医疗机构应当遵循合理检查、合理用药、合理治疗的原则，严格执行出入院指征，加强病案质量管理，病人住院期间实施的各项检查和治疗，应当与病人的病情及病程记载相符合；合理控制病人自费药品、医用耗材和医疗服务项目的费用，努力减轻病人负担；严格按照疾病诊断标准规范填写疾病名称、手术操作名称，出院时正确选择主要诊断及相关的主要手术操作，并依次填写，严禁疾病诊断升级；严禁将住院费用分解到门诊或院外；不得将医保经办机构与医疗机构结算医疗费用的标准作为对参保人提供医疗服务的依据；严禁以医疗费用超支为由将未达到出院标准的参保人办理出院手续。

第二十四条 医保部门与定点医疗机构建立多层次监控体系，实现事前、事中、事后全流程监管。重点监管高编高靠诊断、推诿重患、分解住院、转嫁住院费用、不符合标准住院和虚假住院等违规行为。

定点医疗机构不得推诿病人，不得降低收治住院病人的标准，不得诱导病人住院和手术，不得“挂名住院”“分解住院”“体检住院”等。

第二十五条 探索引入第三方监管服务，定期组织 DRG 管理专家和定点医疗机构有关人员，对病案进行交叉抽样检查。不断

加强智能审核，提高对医保大数据的挖掘分析能力，切实提升医保智慧监管水平。

第二十六条 加强定点医疗机构协议管理。完善定点医疗机构服务协议内容，增加 DRG 付费管理的相关要求，明确医保经办机构 and 医疗机构在 DRG 付费过程中的职责义务和违约责任，医保经办机构加强对定点医疗机构医疗服务行为的日常监督和过程考核。

第二十七条 对定点医疗机构存在高编高靠诊断、推诿重患、分解住院、转嫁住院费用、不符合标准住院和虚假住院等违规行为，医保经办机构要根据《服务协议》进行处理；情节严重的，医保行政部门根据《社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等给予处理。

第七章 决策与评估

第二十八条 建立 DRG 付费专家库，成立 DRG 付费专家委员会，承担 DRG 付费工作需要开展的有关评估、评审等工作。

第二十九条 为公平、公正、公开评审病组分组工作中特殊病例的医疗合理性、分组合理性等事项，医保经办机构根据需要，组织开展评估、评审工作。

第三十条 建立完善医保经办机构与定点医疗机构的交流沟通机制，及时研究解决在工作实施过程中遇到的困难和问题，并对定点医疗机构进行配套改革提供数据支持。

第三十一条 加强 DRG 支付改革执行效果评价,通过比较 DRG 付费和现有付费方式在基金支出、患者负担、医疗机构收入和效益、医疗行为等方面的变化,如 CMI 值、次均住院费用、平均住院日、时间消耗指数、费用消耗指数等方面,分析支付方式改革对医疗机构、参保人带来的影响,进一步提升 DRG 付费效能。

第八章 附 则

第三十二条 在突发公共卫生事件应急响应期间,应急医疗救治定点医疗卫生机构救治相关患者的医疗费用不纳入当年可分配总额核算。

对于确因医疗保障重大政策变动,导致当年全市医疗费用发生重大变化的,或者因 DRG 付费医院规模及范围调整导致医院医疗费用发生重大变化的,当年可分配总额可给予合理调整。

第三十三条 执行期间如国家、省出台新规定,按规定执行。

第三十四条 济南市医疗保障局可根据本办法制定实施细则。本办法由济南市医疗保障局负责解释。

附表

医院类别

序号	医院编码	医院名称	医院类别
1	011002	山东省立医院	A类
2	011040	山东大学齐鲁医院	A类
3	011041	山东第一医科大学第一附属医院	A类
4	011001	中国人民解放军联勤保障部队第九六〇医院	A类
5	011033	山东省立第三医院	A类
6	011038	山东大学第二医院	A类
7	011016	山东省公共卫生临床中心	A类
8	011007	山东第一医科大学附属肿瘤医院	A类
9	011052	山东省第二人民医院	A类
10	011004	济南市中心医院	A类
11	011008	济南市第四人民医院	B类
12	011034	济南市妇幼保健院	B类
13	011696	济南市人民医院	B类
14	011698	济南市第二妇幼保健院	B类
15	011703	济南市第八人民医院	B类
16	011010	济南市第一人民医院	C类
17	011011	济南市第二人民医院	C类
18	011012	济南市第三人民医院	C类
19	011013	济南市第五人民医院	C类
20	111100	济南重汽医院	C类
21	011017	济南市第七人民医院	C类
22	011023	济南市历下区人民医院	C类
23	011021	济南市历城区人民医院	C类
24	011020	济南市槐荫人民医院	C类
25	300230	济南市章丘区人民医院	C类
26	010111	济南市章丘区妇幼保健院	C类
27	012501	济南市济阳区人民医院	C类
28	011699	济南市莱芜人民医院	C类
29	011704	新汶矿业集团莱芜中心医院	C类
30	011701	莱钢集团莱芜矿业有限公司职工医院	C类
31	012400	平阴县人民医院	C类
32	012402	平阴县中医医院	C类
33	017001	商河县人民医院	C类

