

附件

# 四川省医疗保障局 四川省财政厅 四川省卫生健康委员会关于推广按疾病诊断相关分组（DRG）结合点数法付费的实施意见（征求意见稿）

各市（州）医疗保障局、财政局、卫生健康委员会：

为贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《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）精神，推广实施全省按疾病诊断相关分组（DRG）结合点数法付费（以下称DRG点数付费），结合我省实际，现就全省DRG点数付费改革提出如下实施意见。

## 一、统一思想，明确目标

### （一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面深入贯彻落实党的十九大和十九届二中、三中、四中全会精神和习近平总书记对四川工作系列重要指示精神，健全医保支付机制和利益调控机制，持续推进医保支付方式改革，发挥医保在资源配置中的杠杆作用，激发医疗机构规范行为、控制成本、合理收治和转诊患者的内生动力，提高医保基金使用效率，不断提升医保科学化、精细化、信息化、规范化管理服务水平，逐步建立健全符合我省实际的以DRG点数付费为重要支撑的医保支付体系，推进医疗保障和医药服务高质量协同发展，使人民群众有更多获得感、幸福感、安全感。

### （二）基本原则

**保障基本，医有所保。**坚持医保基金以收定支、收支平衡、略有结

余的原则。加强基金收支预算管理，完善医保付费总额控制，逐步推进统筹区域内一体化医保付费总额控制。着力保障参保人员基本医疗需求，做到“病有所医，医有所保”，降低个人负担，提升参保人员获得感。

**激励约束，提升绩效。**建立健全激励约束机制，引导定点医疗机构主动规范医疗服务行为，控制不合理费用。引导医疗机构转变理念，实施成本管理，通过降低服务成本获取经济利益。强化对违约违规违法行为的约束监督机制，维护参保患者合法权益，提高医保基金支出绩效，确保基金安全。

**三医联动，协同高效。**坚持医疗、医药、医保“三医”的协调改革、共同发展。发挥医保支付的杠杆作用，促进医疗、医药资源合理配置，推动公立医疗机构、医药服务价格的深化改革，引导医药行业良性发展。支持基层医疗服务能力提升，助推分级医疗。支持中医药事业发展，提升中医药服务水平。支持医疗机构合理有序开展高新医疗技术，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

**规范管理，稳妥推进。**遵循《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，统一DRG点数付费的基本政策制度、经办流程和监督管理，规范数据、技术和服务标准，重点关键技术的规范释义详见附件。借鉴攀枝花市国家试点城市做法，因地制宜，分类推进，逐步在全省范围内实施。加强协调，做好衔接，确保工作平稳。

### （三）实施目标

在2021年全省各统筹区（实施按病种或病组分值付费的统筹区除外，以下同）启动实施。

至2023年，DRG点数付费要覆盖城镇职工、城乡居民基本医疗保险参保人员在不同等级、类型的医疗机构住院医疗费用的结算；推进基

基础数据标准、DRG 分组、点数和费率计算方法等技术标准，以及相适应的经办规程和协议管理的基本统一，在我省初步建立起以保证质量、控制成本、诊疗规范、激励约束为核心的具有四川特色的 DRG 支付体系；建立全省统一的 DRG 点数付费管理平台，为全省统一管理、经办、监管提供支撑；培养一支业务能力强、管理水平高的专业队伍。

最终实现医疗费用增长与社会经济发展相协调，医保基金使用高效、收支平衡，医疗机构诊疗规范、良性发展，群众负担减轻、获得感增强。

## 二、统一标准，对标分组

### （一）统一基础代码

DRG 点数付费的基础数据统一使用国家医疗保障局医保信息业务编码，严格执行国家《医保疾病诊断、手术操作分类与代码》、《医疗服务项目分类与代码》、《医保药品分类与代码》等编码标准；规范定点医疗机构病案信息、收费信息，落实国家《医疗保障基金结算清单填写规范（试行）》，做好医疗数据信息与医保编码的映射转换工作，确保基础数据准确、及时、完整。

### （二）规范 DRG 分组

严格按照《国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）分组方案》开展分组工作，主要诊断大类（MDC）和核心疾病诊断相关组（ADRG）与国家技术规范一致。总结我省的试点经验，结合实际，建立全省统一的 DRG 细分组方案。

在全省统一的细分组方案颁布前，各市（州）要尽可能应用 CHS-DRG 细分组体系。因疾病谱、医疗资源、信息系统等原因确实不能应用的市（州）应当参考 CHS-DRG 细分组结果、合并症并发症 / 严重合并症并发症表（CC&MCC 表）、分组规则、命名格式等，利用历史病例数据制定 DRG 细分组。鼓励市（州）跨区域联合确定 DRG 细分

组，探索异地就医较多的地区使用就医集中地的 DRG 细分组结果。探索中医 DRG 分组，并纳入 DRG 点数付费，实现中西医同病同效同价。

为优化分组效能，DRG 病组次均住院费用应按照统计学原理，考虑数据分布等相关因素，对疑点费用、极端费用等按照规范要求裁剪，总体裁剪比例原则上控制在 10% 以内。对于 DRG 组内例数过少的，可以统筹区近三年费用为依据，参考全省同病组次均费用进行裁剪。

### 三、科学预算，区域总控

统筹基金支付定点医疗机构住院医疗费用，实行总额预算管理下的以 DRG 为核心的点数法付费。

#### （一）加强支出总额预算

坚持以医保基金预算管理为基础，按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，综合考虑收入预算、重大政策调整和医疗服务数量、质量、能力、风险金等因素，通过协商谈判，科学制定年度医保基金支出总额，支出增长应当与经济增长相协调。支出总额预算包括统筹区参保人员在本地和统筹区域外住院、门诊特殊疾病等医保基金支出，职工和城乡居民基本医疗保险应当分别进行支出总额预算。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，支出总额预算应给予合理调整。

#### （二）核定 DRG 点数付费总额

在医保基金支出总额预算中，预留一定比例的风险金后，再扣除包括门诊特殊疾病、药品单行支付、门诊统筹、统筹区域外就医、家庭医生签约费等特定项目支出后，剩余作为统筹区内医保基金支付住院费用的预算总额，即可用于 DRG 点数付费的医保资金预算总额。医保基金支出预算应当向定点医疗机构公开，并与定点医疗机构协商谈判一致。

#### （三）实施区域总控

改革现行的针对单家医疗机构进行医保总额控制的方式，实行医保基金总额区域性总额控制（以下称区域性总控）。医保基金总额预算不再细化到具体的定点医疗机构，而是将 DRG 病组，以及项目、病种、床日等其他付费单元按比价关系换算成点数，再根据点数的价值支付医疗机构费用。

结合实际可开展分医院级别的区域性总控，或分医院类别的区域性总控，支持紧密型县域内医疗卫生共同体（以下称医共体）单独实行总控。探索在统筹地区就医治疗的异地住院费用纳入区域性总控范围。遵循公开透明的原则，制定的区域性总额控制方案应及时向社会公开。

#### **四、点数管理，重点调整**

##### **（一）DRG 基准点数和调整系数**

基准点数，即基础权重，综合反映各 DRG 病组的病情严重程度和诊治消耗医疗资源的情况。基准点数越大，病情越严重，消耗的资源越多，医疗费用越高。一个 DRG 病组的基准点数为该病组次均住院费用与所有 DRG 病组次均住院费用的比值，一般利用过去三年的住院费用数据进行计算。

调整系数，即权重调整，用于反映不同医疗机构之间 DRG 病组费用的差异性，一般为医疗机构 DRG 病组次均住院费用与统筹区内该 DRG 病组次均住院费用的比值。

在改革初期，按照稳步推进原则，可先行针对具体的医疗机构设置调整系数（即医疗机构调整系数），并根据工作进展情况，逐步过渡到医院等级调整系数，实现同级同病同效同价。常见病、多发病诊治的调整系数逐步趋同，适度提高危急重症、高精尖医疗技术的调整系数，支持分级诊疗。调整系数要体现对中医药医疗机构、基层医疗机构、医养结合医疗机构和医共体的倾斜支持。

各地在基准点数和调整系数制定过程中可以利用四川省健康医疗大数据。

## （二）非 DRG 点数管理

结合实际，各市（州）可将精神类、安宁疗护、医养结合、家庭病床、康复类等住院时间较长的病例纳入床日点数法付费。对施治费用较高、未达到分组结果效能评估标准病组及已备案的新技术无法入 DRG 组的病例 2 年内可实行特病单议，由医保经办机构组织专家评审后确定相应点数。特病单议具体适用范围、点数核定流程及计算办法由各统筹区按照国家、省有关规定制定。探索将门诊按人头、按项目，紧密型医共体总额付费转化为点数，形成与住院服务点数形成可比关系，纳入 DRG 点数付费范围。

## （三）病例点数及其调整

病例点数由病组基准点数和调整系数确定，为保证 DRG 点数付费的精准性、科学性，各市（州）应结合本地分组效能评价和病例费用情况，分类计算病例点数，制定适应本地的支付点数计算方式和管理规定。DRG 分组、基准点数、调整系数原则上每两年调整一次，由医保经办部门与定点医疗机构谈判协商一致后报医保行政部门批准执行。

## 五、点数付费，月结年清

建立适应 DRG 点数付费的结算管理办法，按照“区域总控、点数付费、按月预结、年终清算”的原则与定点医疗机构结算住院费用。

### （一）完善结算管理办法

各地要结合 DRG 点数付费规则，制定本统筹区 DRG 实施细则、结算办法、考核办法、监督管理、激励约束等相关结算管理政策。要发挥专家的作用，建立第三方评审、激励约束机制。

参保人员的基本医疗保险待遇原则上按照各地现行医保政策执行，

不受 DRG 点数付费方式影响。要充分发挥 DRG 付费等非项目付费方式在降低个人负担中的作用，积极探索收付费制度改革，将付费方式改革从医院端延伸到病人端，以疾病诊断相关分组（DRG）付费、病种付费、床日付费标准等作为定点医疗机构收费基准，实行医保基金和参保人员直接按比例分担。

## （二）实行点数价值付费

医保支付定点医疗机构住院费用，实行统筹区域内医保基金总额控制下的点数付费。要公平、科学，严格按照规定计算每个点数的价值，即费率。根据统筹区内各级各类医疗机构提供服务的总点数，以及预算的 DRG 点数付费总额，计算每个点的费率（实际价值），费率乘以医院提供住院服务的总点数，即为医保实际支付医院费用。

## （三）按月预结年终清算

医保经办机构结算定点医疗机构住院医疗费用时实行按月度预结、年度清算。医保基金月度预结医疗机构的费用，应按照 DRG 点数付费计算的月度支付额度的一定比例支付，支付比例不得低于 90%。

年终清算与定点医疗机构年度考核结果挂钩。建立健全定点医疗机构考核制度，将医疗服务质量、医疗服务监管、病案数据质量、协议履行等情况纳入考核范围，要强化人次人头比增长率、人次均病组医疗总费用增长率、疾病与手术操作编码准确率等重点指标的考核。

## （四）建立风险共担机制

建立健全激励和风险分担机制，定点医疗机构按项目支出总额与 DRG 点数付费年度总额预算相比出现结余或超支的，由定点医疗机构和医保基金按一定比例留用或分担，具体留用和分担比例由各地制定。

## 六、强化监管，提高绩效

医保部门要建立适应 DRG 点数付费的监管体系。加强数据分析，

强化过程管控，建立完善智能监管系统，引入社会监督力量，多方协同共治。

### （一）完善协议管理

要完善定点医疗机构协议管理，将医疗机构 DRG 点数付费管理和执行情况纳入协议管理范围，明确对推诿病人、服务不足、转嫁费用、分解费用、分解住院、升级诊断、高套点数等行为的处理办法。对于违规行为，视情节严重程度，进行通报、警告、约谈、暂停结算等处理，涉嫌欺诈行为的，按《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》、《四川省医疗机构不良执业行为记分管理办法》、《四川省医务人员不良执业行为记分管理办法》等相关规定给予处罚。

建立年度考核奖罚点数管理机制，将考核奖罚点数计入年度总点数，具体细则由各市（州）制定，并纳入协议管理。

### （二）建立费用分析预警机制

要利用大数据，设定月度分析指标及其阈值，按月分析各医疗机构 DRG 点数付费与诊治消耗成本的差异，对于“支付差”超过阈值的，要及时预警，分析原因，采取措施，确保年终清算时“支付差”可控。要充分利用病例组合指数(CMI)、30 天内返住率、住院时间（费用）消耗指数、低（中）风险 DRG 组死亡率、DRG 组平均费用和构成、次均住院费用和报销比例等指标，提高监管、考核的科学性和有效性。要加强运行分析，将运行相关指标定期向医疗机构通报展示，提高医疗机构对改革的认知度、接受度、适应度。

### （三）建立智能监控系统

完善临床路径标准化管理，加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导。以按 DRG 点数付费为主线，实施大数据实时动态智能监控。制定适应 DRG 点数付费的智能监控规则，利用大数据、互联网、人工智能

等技术手段，建立健全医保智能监控审核系统，提升监控能力和监管质效。

## 七、统筹协调，稳步推进

### （一）加强领导，明确责任

DRG 点数付费是提高基金使用效率的关键机制，是深化医改、“三医”联动的重要抓手。各市（州）要高度重视，统一思想，加强领导，建立健全工作机制，成立由医保、财政、卫生健康等部门组成领导小组，明确责任分工，加强协同配合，稳步推进。医保部门牵头组织实施 DRG 点数付费的改革工作，制定相关政策，抓好改革推进工作。卫健部门要强化医疗服务行为监管，完善考核办法，把 DRG 点数付费的执行情况纳入医疗机构绩效管理范围。财政部门要为开展 DRG 点数付费工作提供必要经费保障。

### （二）夯实基础，强化保障

要进一步规范定点医疗机构的病案管理制度，建立健全病案质量控制机制，提升病案管理质量。要按照全省统一的医保信息化建设的要求，建立全省 DRG 点数付费管理平台，为全省 DRG 点数付费的统一规范政策、畅通结算、高效监管提供技术保障。要以国家医保结算清单为核心，加强定点医疗机构信息系统的改造和对接，强化编码系统的转换映射，确保数据传输的及时性、完整性和准确性。要充分发挥省 DRG 试点工作专家作用，为各市（州）开展 DRG 点数付费工作提供专家咨询、技术培训和监测评估等工作。要结合实际开展 DRG 点数付费政策、技术标准、结算管理等方面的培训，提升管理和服务水平。

要加快完善医药服务价格形成机制，与 DRG 点数付费改革有效联动形成合力，要综合考虑医疗服务成本、医疗机构运行状况、社会承受能力、社会经济发展等因素，按照“总量控制、结构调整、有升有降、

逐步到位”的原则，探索建立规范化、常态化、灵敏有序的医疗服务价格动态调整机制。

### （三）抓好落实，注重评估

各市（州）要按照本意见精神，以2021年50%、2023年100%的DRG付费市（州）实现实际付费结算为期限，明确时间表、路线图，做好规划和组织实施工作。已实际付费的市（州），要对照本文件逐一梳理，不符合要求的要进行优化调整，2022年底前调整到位；已开展试点尚未实际付费的市（州），要结合实际，按本文件要求调整政策和相关技术标准，建立工作机制，细化工作方案，有效组织推进，确保按时完成；其他开展DRG点数付费改革的市（州）要高度重视，一把手要亲自抓，要制定工作方案，强化时限要求，明确工作内容和职责，采取有效措施，协同财政、卫健等部门，以及定点医疗机构共同推进。

各地要按照省医保局2019年11月《转发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》（川医保办发〔2019〕38号）、2020年7月《转发国家医疗保障局疾病诊断相关分组（CHS-DRG）细分组方案（1.0版）的通知》等文件要求组织开展评估工作。各地评估结果在模拟运行前上报省医疗保障局，已开展了模拟运行和正式结算付费的市（州）最迟2021年12月底之前上报评估结果。各地的工作方案，DRG细分组和点数管理，以及结算管理、监管等相关文件要及时上报省医保局。省医保局将建立工作调度机制，跟踪进展情况，及时进行指导和督导，把DRG点数付费工作情况纳入医疗保障工作年度考核范围。

### （四）加强宣传，正确引导

DRG点数付费改革是一项长期而又复杂的系统工程，各市（州）要高度重视改革的影响，妥善做好支付改革的全面衔接，实现平稳过渡。要充

充分调动医疗机构的积极性，督促指导医疗机构健全工作机制，保障工作有序开展。要加强政策解读和宣传，正确引导舆论，妥善回应社会关切，争取各方理解和支持，确保改革工作顺利推进。要借力社会力量，建立医疗机构之间的互相监督机制，充分发挥患者的监督作用，建立举报投诉机制，形成多方参与、共同治理的新型医疗保障现代化治理体系。

联系人：省医保局医药服务管理处 刘锐，电话： 028-86522990 ，  
电子邮箱：scyyglfwc@163.com。

附件：按疾病诊断相关分组（DRG）结合点数法付费关键技术指标  
释义

四川省医疗保障局 四川省财政厅

四川省卫生健康委员会

2021年4月 日

## 按疾病诊断相关分组（DRG） 结合点数法付费关键技术指标释义

### 一、按疾病诊断相关分组（DRG），简称病组

DRG（Diagnosis Related Groups），疾病诊断相关分组。根据病人的年龄、性别、住院天数、临床诊断、病症、手术、疾病严重程度、合并症与并发症及转归等因素，把临床过程相似和资源消耗相近的病例分入若干个诊断相关组。DRG的主要目的在于把复杂的病例标准化，便于不同病例和不同医疗机构疾病诊治服务的比较和管理，可应用于医疗服务绩效管理，可以作为一个计价单元应用于医保支付管理。

### 二、按疾病诊断相关分组点数法付费，简称DRG点数付费

将一次住院治疗医疗服务按比价系转换为“点数”，年底根据各医疗机构所提供医疗服务的总点数，以及统筹地区医保基金支出预算指标，得出每个点的实际价值，再按照各医疗机构实际总点数支付医疗机构费用。

也可以把按项目、床日、人头等付费单位按比价关系转换成点数实行点数付费。

### 三、基准点数

基准点数是由病组权重（RW，Relative Weight）而来。病组权重表示病组之间的费用比例关系，反映不同病组间临床诊治过程和消耗资

源的差异性。

病组权重=本病组次均住院费用÷统筹区所有病例的次均住院费用。

基准点数，实质上是病组权重，一个病组一个基准点数。

某病组基准点数=该病组次均住院费用÷统筹区所有病例的次均住院费用×100。

#### 四、调整系数

调整系数反映医疗机构诊治同一病组的成本差异性，针对不同的医疗机构，需要对病组基准点数进行适当调整。

调整系数=某（或某级别）医疗机构某DRG病组次均住院费用÷全部医疗机构同一DRG病组次均住院费用。

#### 五、病例点数

病例点数为住院每一病例可获得的点数。

病例点数=基准点数×调整系数。

#### 六、特病单议

无法分入已有病组的病例、因病施治但费用异常等特殊的病例，其点数可组织专家评审确定。一般下列情况纳入特病单议：（1）急诊入院的危急症抢救患者；（2）已在医保经办机构备案的新技术项目，在修订该病种分组的点数前。（3）住院天数过长或住院费用过高等特殊情况；（4）经医保经办机构核准可申请按项目付费的其他情况。

#### 七、费率和支付费用

月（年）费率=月（年）DRG点数付费的预算总额÷月（年）统筹区住院服务总点数

月（年）支付某医院费用=月（年）费率×月（年）该院住院服务总点数

## 八、月度预结

医疗机构月度预结费用=(该医疗机构月度总点数×该月费率-该月患者支付总额)×预拨比例-该月审核扣款

## 九、年度清算

年度病例总点数=累计月度病例点数+全年特病单议追加点数-全年扣除点数

年度费率=年度 DRG 点数付费的预算总额÷年度统筹区住院服务总点数

年度应支付医疗机构费用=年度病例总点数×年度费率

年终清算拨付医疗机构费用=年度应支付医疗机构费用-年度个人支付费用-累计年度已拨付费用