

福建省省属医疗机构按疾病诊断相关分组 (CHS-DRG) 医保结算细则 (试行)

为深入推进疾病诊断相关分组 (CHS - DRG) 付费工作, 根据《关于印发福建省 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》(闽医保〔2022〕2 号) 和《福建省省属医疗按疾病诊断相关分组付费 (DRG) 经办管理规程 (试行)》, 经研究决定, 制定我省省属医疗 CHS - DRG 医保结算细则。

一、实施范围

我省列入疾病诊断相关分组 (DRG) 付费定点的省属医疗机构 (以下简称“定点医疗机构”)。

省本级与福州市的基本医疗保险参保人员 (以下简称“参保人员”) 在省属定点医疗机构发生的中短期住院病例 (小于等于 60 天), 均纳入按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费管理 (以下简称“DRG 付费”)。

二、相关解释

(一) “DRG 结算基金” 是指 DRG 医保统筹基金与 DRG 大额医疗费用补充保险基金 (或 DRG 大病保险基金) 的统称;

（二）“支付标准”是指 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；

（三）“DRG 个人负担”是指按项目时，非医保统筹基金承担部分，其中医疗救助对象、公务员等特殊群体按项目付费时，在基本医保、大病保险报销后，由医疗救助基金、公务员医疗补助资金等按原办法进行补助，补助费用计入此类人员的 DRG 个人负担费用。

三、结算规则

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

当 DRG 个人负担 ≥ 支付标准时，DRG 结算基金不予支付。

（一）城镇职工医疗保险结算规则

DRG 结算基金由 DRG 医保统筹基金和 DRG 大额医疗费用补充保险基金共同列支，支付额度按照项目付费中医保统筹基金与大额医疗费用补充保险金额的占比分担，其中：

DRG 医保统筹基金 = DRG 结算基金 × 按项目医保统筹基金 / （按项目医保统筹基金 + 按项目大额医疗费用补充保险金额）；

DRG 大额医疗费用补充保险基金 = DRG 结算基金 × 按项目大额医疗费用补充保险金额 / （按项目医保统筹基金 + 按项目大额医

疗费用补充保险金额);

按照项目付费中大额医疗费用补充保险金额超过最高支付限额后, DRG 结算基金不予支付。

(二) 城乡居民医疗保险结算规则

DRG 结算基金由 DRG 医保统筹基金和 DRG 大病保险基金共同列支, 列支金额按照项目付费中医保统筹基金与大病保险基金的比例分担, 其中:

$$\text{DRG 医保统筹基金} = \text{DRG 结算基金} \times \frac{\text{按项目医保统筹基金}}{\text{按项目医保统筹基金} + \text{按项目大病保险基金}};$$

$$\text{DRG 大病保险基金} = \text{DRG 结算基金} \times \frac{\text{按项目大病保险基金}}{\text{按项目医保统筹基金} + \text{按项目大病保险基金}};$$

按照项目付费中大病保险基金超过最高支付限额后, DRG 结算基金不予支付。

四、结算周期

医保经办机构根据医保协议规定, 采用按月支付和年终决算的结算办法。每月月底前, 医保经办机构根据医保协议约定, 将结算金额预拨付至各定点医疗机构。

五、其他事项

实施过程中发现的问题, 要及时向医保、卫健部门反馈, 确保 CHS - DRG 付费改革工作稳妥推进。