

福州市按病组（DRG）付费 医保支付管理办法

根据《福建省医疗保障局办公室关于进一步做好按病种付费医疗保障经办管理有关工作的通知》（闽医保办〔2025〕3号）有关要求，经研究，特制定福州市按病组（DRG）付费医保支付管理办法。

一、基金支付原则

遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，医疗机构实行医保基金区域总额预算下的按病组（DRG）付费年度总额预算管理。

二、DRG 支付标准

（一）确定等级系数。将定点的医疗机构分为三甲、三级（专科）、三级（综合性）、二级（专科）、二级（综合性）五个等级。同一病组支付标准在不同等级定点医疗机构通过机构等级系数进行调节，机构等级系数根据各等级定点医疗机构级别、各等级定点医疗机构病组平均费用和全市该病组平均费用之比测算，并综合考虑各等级医疗机构结余情况，以实现各等级机构结余区间合理为导向确定。

（二）确定基础费率。以上年度定点医疗机构纳入 DRG 支付病例住院实际医疗总费用，除以医疗机构上年度总权重数，按一定比例调整后，测算基础费率，即：

当年 DRG 费率=当年预测住院总费用/预测 DRG 总权重

当年预测住院总费用=住院基金总预算/上一年医保住院实际报销比例

2025 年度依据第一季度按 DRG 结算病例预算住院总费用和 DRG 总权重测算，并进行适当调整后确定。

（三）确定 DRG 付费标准

以各 DRG 病组的权重和各类医院的费率计算出各类医院某 DRG 病组的付费标准。

各 DRG 病组的付费标准=基础费率*各 DRG 病组的权重*医疗机构等级系数

（四）动态调整。医保部门根据按病组（DRG）付费改革执行情况、医疗机构医保基金年度预算和医保基金承受能力对按病组（DRG）付费核心要素进行动态调整。

1. 权重动态调整。按照“月度季度监测，适时动态调整”的规则，对 DRG 各病组权重核心实行动态调整。监测 DRG 运行情况，结合入组率、病种覆盖率、基金覆盖率、高低倍率病例数等指标，按月度、季度统计分析各病组实际发生医疗费用和 DRG 支付标准的偏离情况；针对各病组实际发生医疗费用和 DRG 支付标准偏离值大（超过正负 5% 以上的）的病组，结合实际情况，按半年度和年度进行权重调整。

2. 其他核心要素动态调整。对费率、机构等级系数，根据实际情况，对符合调整需求的，按年度进行调整。

三、DRG 结算规则

“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；“DRG 个人负担”是指按项目付费时，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。医保基金支付金额按下列公式计算：

$$\text{DRG 结算基金} = \text{该 DRG 支付标准} - \text{DRG 个人负担}$$

当 DRG 个人负担 $\geq$ 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，支付额度按照现行付费办法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：

$$\text{DRG 医保统筹基金} = \text{DRG 结算基金} \times \frac{\text{按现行付费办法医保统筹基金}}{\text{按现行付费办法医保统筹基金} + \text{按现行付费办法大额医疗费用补充保险金额}};$$

$$\text{DRG 大额医疗费用补充保险基金} = \text{DRG 结算基金} \times \frac{\text{按现行付费办法大额医疗费用补充保险金额}}{\text{按现行付费办法医保统筹基金} + \text{按现行付费办法大额医疗费用补充保险金额}};$$

按照现行付费办法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：

$$\text{DRG 医保统筹基金} = \text{DRG 结算基金} \times \frac{\text{按现行付费办法医保统筹基金}}{\text{按现行付费办法医保统筹基金} + \text{按现行付费办法大病保险基金}};$$

DRG 大病保险基金 = DRG 结算基金 * 按现行付费办法大病
保险基金 / (按现行付费办法医保统筹基金 + 按现行付费办法
大病保险基金);

按照现行付费办法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、相关问题的处理

(一) 参保人员住院医疗费用报销。参保人员个人在实
行 DRG 付费医疗机构住院医疗费用报销仍按原项目付费或中
医优势病种收付费医保结算政策规定执行。

(二) 特殊病例结算。特例单议可由医疗机构自主申报,
对评审通过的病例,实行项目付费。对评审不通过的病例,
按病种付费规定执行。

(三) 重点专科申报。定点医疗机构国家区域医疗中心项
目(含国家级医疗卫生服务体系建设项目,如国家重大传染
病防治基地等)和国家、福建省临床重点专科、福州市临床
重点专科和相关 DRG 病组情况由医疗机构申报,经医保部门
会同卫健部门组织专家论证后认定。对符合扶持条件(具体
条件在医保协议中约定)的国家级、省级、市级特色优势专
科相关病组,在支付标准的基础上,分别给予不超过 0.2 倍、
0.15 倍、0.1 倍的重点专科支付系数加成(据实支付的病例
除外)。

三甲医疗机构:每家医疗机构申请重点专科 ≤ 5 个,各
重点专科 DRG 病组 ≤ 5 个;

三级医疗机构:每家医疗机构申请重点专科 ≤ 4 个,各
重点专科 DRG 病组 ≤ 4 个;

二级医疗机构：每家医疗机构申请重点专科 ≤ 3 个，各重点专科 DRG 病组 ≤ 3 个；

重点专科病组可在本医疗机构申请认定的同层级重点专科间调剂使用。重点专科申请时间由医保经办机构另行发文通知。

五、具体工作要求

（一）高度重视付费方式改革工作，加强协调配合。各部门要充分认识付费方式改革的重要性和复杂性，各司其职，密切协作，及时研究、协调处理付费工作中出现的各种问题。

（二）认真落实总额预算和按病组（DRG）付费办法。要建立和完善 DRG 病组数、时间消耗指数、费用消耗指数等 DRG 分组考核指标体系，定点医疗机构要认真落实总额预算和按病组（DRG）医保支付管理办法，完善内部管理，加强成本核算，建立收入分配激励机制，在保证医疗质量的前提下控制不合理费用。