

六安市医疗保障局 六安市财政局 六安市卫生健康委员会

文件

六医保秘〔2021〕100号

关于印发《2021年六安市医疗保障按疾病诊断 相关分组（DRG）付费试点实施方案》的通知

各县区医保局、卫健委、财政局：

现将《2021年六安市医疗保障按疾病诊断相关分组（DRG）
付费试点实施方案》印发给你们，请遵照执行。



2021 年六安市医疗保障按疾病诊断 相关分组（DRG）付费试点实施方案

为深入推进医保支付方式改革，切实抓好省级 DRG 付费试点工作，按照《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）、《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障基金结算清单填写规范的通知》（医保办发〔2020〕20 号）、《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）细分组方案（1.0 版）的通知》（医保办发〔2020〕29 号）等文件要求，特制定 2021 年六安市医疗保障 DRG 付费试点实施方案。

一、适用范围

2021 年 DRG 付费适用于首批试点付费定点医疗机构的职工、城乡居民基本医疗保险的住院支付，非首批试点定点医疗机构仍按原付费方式进行结算。

二、目标任务

（一）在医保基金总额预算的基础上，积极推行按疾病诊断相关分组（DRG）付费，实现多元复合式医保支付方式。以疾病诊断相关分组技术为支撑，进行医疗机构诊疗成本与疗效测量评价，加强不同医疗机构同一病种组间的横向比较，利用评价结果完善医保付费机制，促进医疗机构提升绩效、控制费用。

（二）科学评价医院、科室及医生的工作质量和工作效率，

激发医院加强精细化管理，促进医疗机构之间有序竞争和资源合理配置。

（三）提高参保人员受益度，使医疗总费用和自费比例得到合理控制，减轻参保人员的就医负担。

三、工作原则

（一）以收定支，收支平衡。全市统一政策，各县区分级负责，结合医保基金收支预算管理，以基金支出预算总额为基础，合理确定支付标准，兼顾医、保、患三方利益，确保基金安全运行。

（二）科学测算，稳步过渡。以 17 家首批 DRG 试点定点医疗机构 2018 年 1 月至 2021 年 4 月电子病历医疗保障基金结算清单数据为基础，按国家 CHS-DRG 1.1 版分组器进行分组，基于历史费用合理测算病组权重，按年度住院医保基金支出预算总额并参考 17 家 DRG 试点定点医疗机构上年住院平均医疗费用合理确定费率。

（三）试点先行，循序推进。以信息化程度相对较高，基础工作相对规范的 17 家定点医疗机构作为试点先期运行，2021 年 11 月 1 日启动职工医保结算，2022 年 1 月 1 日启动居民医保结算。当付费方案趋于稳定，取得较好应用效果时，逐步向其他 DRG 非试点医院推广使用。

（四）总结经验，不断完善。密切跟踪 DRG 首批付费工作推进情况，及时总结经验，分析存在的问题，结合工作实际适时调

整付费标准、完善考核办法，确保六安市医疗保障 DRG 付费方式改革顺利推进。

四、DRG 分组原则

（一）编码标准使用版本

全市各定点医疗机构和医疗保障信息系统疾病分类代码和手术操作分类代码已统一使用国家医保版编码 2.0《医疗保障疾病分类与代码》（ICD-10）和《医疗保障手术及操作分类与代码》（ICD-9-CM-3）。

（二）数据来源

六安市 DRG 系统采集了 2018 年 1 月至 2021 年 4 月，17 家试点定点医疗机构的医疗保障基金结算清单数据约 120 万条。

（三）DRG 分组情况

CHS-DRG1.1 版（医保编码 2.0）分组方案共 649 组，六安市 17 家 DRG 试点定点医疗机构，总共分 626 组。按入组病例数量划分为稳定组和不稳定组（病例数 ≤ 5 为不稳定组）。

五、DRG 权重计算

（一）权重设定原则

1、DRG 权重是反映不同 DRG 组资源消耗程度的相对值，资源消耗越高，DRG 病组权重越高。

2、考虑采集数据的分布及其他外部因素，去除特殊数据、剔除不合理费用等，对初步权重结果进行调整。

3、DRG 权重调整完成后，由专家委员会进行综合评价。

(二) 权重计算公式

六安市采用的是历史数据法权重。

历史数据法权重=该DRG组内例均费用/全市病例例均费用。

六、支付费率计算

(一) 测算遵循原则:

- 1、DRG 付费总额预算;
- 2、同级医院同病同价并兼顾医疗机构间服务能力差异;
- 3、多角度验证。

(二) 费率等级:

费率等级按照三级、二级两个维度进行划分，主要划分的依据是通过近3年医保结算数据，分析医疗机构的服务能力、服务效率和服务质量，并参照现行定点医疗机构等级进行划分。

(三) 浮动费率:

我市采取浮动费率，年初公布基础费率，年终依据基金支付情况确定年度清算费率。

(四) 测算步骤:

1、计算总权重

某个 DRG 组权重=该 DRG 组内例均费用/全市病例例均费用。

2、计算费率

等级费率=预测该等级医疗机构年度总费用/该等级医疗机构总权重。

3、计算住院付费标准

某 DRG 付费标准=等级 DRG 费率 × 某 DRG 调整后权重。

(五) DRG 试点医疗机构费率

医疗机构按照等级（二级，三级）和参保人类别（职工，居民）测算出费率。

七、DRG 结算办法

(一) 住院医疗总额费用控制

1、遵循“合理结余留用、超支不补”的原则。职工医保参照《六安市基本医疗保险住院费用总额控制结算办法（试行）通知》（六人社秘[2018]192号）执行，居民医保参照《六安县域医共体城乡居民医保支付管理办法》（六医保秘〔2020〕101号）执行。

2、设定各结算医院职工住院医疗费用总额增幅上限，原则上总额增幅不高于该结算医院上年度住院医疗费用总额的10%。居民医保按照包干资金额度执行。

(二) 结算管理

DRG 付费与定点医疗机构按照按月结算、年终清算的办法管理。

1、结算周期：各医保经办机构与 DRG 付费试点医院按月进行结算。

2、基金支付范围：职工基本医疗保险、居民基本医疗保险。

3、结算公式：

职工医保：DRG 基本医疗保险支出=支付标准-大病保险-公务员补助-账户-现金-救助金

居民医保: DRG 基本医疗保险支出=支付标准-大病保险-医疗救助-财政兜底-账户-现金（政策调整时另行规定）

4、住院天数大于 60 天病例，暂不纳入 DRG 结算，按项目结算。

5、对于未在规定工作日内上传病案首页及结算清单或上传错误的病例，直接按最低权重（0000）组进行结算，（0000）组权重为 0.2746。

6、离休人员、二乙革命伤残人员，不纳入 DRG 结算，按原支付方式结算。

7、住院实际发生费用小于等于 DRG 付费标准的 30%的病例，按项目进行支付。

8、费用极高组病例的支付。为了保证急重症病人得到及时有效地治疗，鼓励医院收治危重患者，同时为保障医疗机构合理发展高新技术，此类患者按项目付费方式进行结算。但费用超高结算人次不得超出当期出院总人次 5‰。经办机构会将极高病例明细给到医疗机构，医疗机构向医经办机构反馈，由经办机构负责审批，审批通过后，可按项目付费。

9、不稳定病组（含缺失病组）管理。组内病例数小于等于 5 例为不稳定病组，权重暂定为 1。年度结束后，不稳定病组病例数大于 5 例，重新计算权重，进行年底清算；如果病组病例数小于等于 5 例，经病例审核扣除不合理费用后，按项目据实清算。目前的不稳定组（含缺失病组）见附件 1。

10、同等费率管理病组。为引导医疗机构合理定位，促进医疗资源有效下沉和分级诊疗体系建设，根据我市 DRG 分组及权重情况，对基础病组实行同等费率管理（即二、三级医疗机构执行相同单位权重费率），暂定同等费率管理病组见附件 2。

11、生育(不含生育并发症)、精神类疾病，应按照规定和床日进行结算，如因医疗机构填写错误，导致分入相关 DRG 组，按最低权重 0.2746 进行支付，最低标准支付 DRG 组，见附件 3。

12、单个病例基本医疗保险未超出起付线，不参与 DRG 付费。

13、单病种病例，纳入 DRG 付费范围。

14、对中医优势病种权重在充分论证后予以适当倾斜。

（三）结算流程

1、住院数据与结算清单信息上传。首批 DRG 付费定点医疗机构按原有管理方式上传住院处方明细数据，并按规定时间（试点期间暂按患者与医院结算后 10 个工作日内）上传住院结算清单至医保 DRG 付费管理系统。

2、0000 组数据处理流程。定点医疗机构可通过 DRG 付费管理系统查询 0000 组病例，可在该病例结算日期次月 20 日前，重新上传结算清单信息，向医疗保障经办机构提出申请，经办机构审批通过后，可重新分组。

（四）年终清算管理

1、年终清算根据基金结余情况，重新测算本年度浮动费率，并根据浮动费率重新计算各医疗机构基金拨付金额，然后按照多

退少补的原则，进行年终清算。

2. 不稳定病组病例数>5 例，重新计算权重；如果病组病例数≤5 例，经病例审核扣除不合理费用后，按项目据实结算。

3. 清算年度为每年 1 月 1 日至当年 12 月 31 日，每一病例结算以结算时间为准。

4. 考核清算系数由人次人头比增长率指标、单位权重医疗总费用增长率指标、结算清单填写准确率指标确定。具体计算公式为：考核清算系数=（人次人头比增长率指标+单位权重医疗总费用增长率指标+结算清单填写准确率指标）/3

①人次人头比增长率指标=同层级类别医疗机构平均的人次人头比增长率/该院实际人次人头比增长率。

同层级类别医疗机构平均的人次人头比增长率= Σ （各医疗机构人次人头比增长率×出院人数）/同层级医疗机构出院总人数。

该院实际人次人头比增长率=（本年度出院人员人次人头比率/上年度出院人员人次人头比率）×100%

人次人头比率=出院人次/出院人数

②单位权重医疗总费用增长率指标=同层级医疗机构平均的单位权重医疗总费用增长率/该院单位权重医疗总费用增长率。

同层级医疗机构平均的单位权重医疗总费用增长率= Σ （各医疗机构单位权重医疗总费用增长率×总权重）/同层级医疗机构总权重

该院单位权重医疗总费用增长率=(本年度该院单位权重费用/上年度该院单位权重费用)×100%

单位权重费用=按 DRG 结算的住院病例总费用/住院病例总权重

③ 结算清单填写准确率指标=该院结算清单填写准确率/同层级医疗机构平均的结算清单填写准确率。

该院结算清单填写准确率=该院病案检查准确例数/该院检查总例数×100%

同层级医疗机构平均的结算清单填写准确率= Σ (各医疗机构结算清单填写准确率×病例检查总例数)/同层级医疗机构检查总例数。

八、DRG 付费标准的调整

(一) 年度内六安市医疗保障政策发生变化时,可根据实际需要调整权重及费率。

(二) 在 DRG 付费运行过程中,出现 DRG 付费标准及相关配套政策与实际情况差异过大时,在专家的指导下,经严格论证后适当调整。

九、有关要求

(一) 各级医保、卫生健康、财政等部门要按各自职责,加强对 DRG 付费工作的组织领导和监督管理。医保部门要牵头组织制定相关配套政策,监督指导支付方式改革推进工作。卫生健康部门要加强医疗卫生机构服务能力建设,优化对医疗机构的绩效

评价，完善考核办法。财政部门要为 DRG 付费试点工作提供必要的经费保障。

（二）市医保局在试点期间与财政、卫健和相关医疗机构建立会商机制，按月组织专家对重难点病案病例进行客观公正分析评判，及时解决 DRG 实施过程中遇到的困难和问题；各级医保经办机构也应建立与定点医疗机构的谈判协商机制。进一步完善定点医疗机构及医保医师协议管理，将该医疗机构各 DRG 平均住院费用的控制效果、医保绩效考核和分配情况纳入医疗机构协议管理范围，明确双方权利义务。对分解住院、升级诊断、病案首页填写不规范、提供医疗服务不足、推诿病患、提高自费比例等行为，要根据《定点医疗机构服务协议》进行处理；情节严重的，根据《社会保险法》等法律法规给予相应处罚。

（三）各定点医疗机构要规范临床诊疗行为，因病施治、合理用药，不得增加参保人员的个人负担。要加强医保、质控、信息化等专业技术人员队伍能力建设；要高度重视医疗基础信息管理、病案管理，规范填写病案首页和医保基金结算清单，实时将所有就诊病人的医疗费用明细上传到医保经办机构。

（四）本方案自 2021 年 11 月 1 日起执行，原相关结算管理规定与之不相适应的，以此方案为准。

附件一

不 稳 定 组

序号	DRG 编码	DRG 名称	暂定权重
1	AA19	心脏移植	1
2	AB19	肝移植	1
3	AC19	胰/肾联合移植	1
4	AD19	胰腺移植	1
5	AE19	肾移植	1
6	AF19	肺移植	1
7	AG19	异体骨髓 / 造血干细胞移植	1
8	AG29	自体骨髓 / 造血干细胞移植	1
9	EC29	纵隔、气管、胸壁其他手术	1
10	FE19	大血管手术伴介入操作	1
11	FF25	外周血管手术伴介入操作，不伴并发症或合并症	1
12	FL19	经皮心脏消融术伴房颤和/或房扑	1
13	FL39	经皮瓣膜植入或修复术	1
14	ID13	小关节手术，伴并发症或合并症	1
15	JA19	乳房恶性肿瘤根治性切除伴乳房重建术	1
16	KE19	减重手术	1
17	NG19	辅助生殖技术	1
18	PB19	新生儿（出生年龄<29 天）心血管手术	1
19	PC13	新生儿（出生年龄<29 天）腹部手术，伴并发症或合并症	1
20	PC15	新生儿（出生年龄<29 天）腹部手术，不伴并发症或合并症	1
21	PJ19	新生儿（出生年龄<29 天）的其他手术	1
22	PK11	新生儿伴呼吸机支持，伴严重并发症或合并症	1
23	PK13	新生儿伴呼吸机支持，伴并发症或合并症	1
24	PK15	新生儿伴呼吸机支持，不伴并发症或合并症	1

序号	DRG 编码	DRG 名称	暂定权重
25	RA39	骨髓增生性疾患或低分化肿瘤等伴重大手术	1
26	RA49	骨髓增生性疾患或低分化肿瘤等伴其他手术	1
27	RB11	急性白血病化学治疗和/或其他治疗，伴严重并发症或合并症	1
28	RB13	急性白血病化学治疗和/或其他治疗，伴并发症或合并症	1
29	RB15	急性白血病化学治疗和/或其他治疗，不伴并发症或合并症	1
30	RB21	淋巴瘤、多发骨髓瘤化学治疗和/或其他治疗，伴严重并发症或合并症	1
31	US19	兴奋剂滥用与依赖	1
32	VB19	损伤的皮肤移植	1
33	VC13	与损伤有关的清创术，伴并发症或合并症	1
34	WB19	大于体表 30%或多处三度烧伤、腐蚀伤及冻伤等灼伤伴植皮	1
35	WC19	其他烧伤伴植皮	1
36	WJ19	烧伤伴除植皮之外的任何手术室手术	1
37	WR19	大于体表 30%或多处三度烧伤、腐蚀伤及冻伤等灼伤	1
38	XR11	精神心理康复，伴严重并发症或合并症	1
39	XR13	精神心理康复，伴并发症或合并症	1
40	XR15	精神心理康复，不伴并发症或合并症	1
41	XT29	非特指的先天畸形	1
42	YC11	HIV 相关疾患的手术室手术，伴严重并发症或合并症	1
43	YC13	HIV 相关疾患的手术室手术，伴并发症或合并症	1
44	YC15	HIV 相关疾患的手术室手术，不伴并发症或合并症	1
45	ZD19	多发性重要创伤的腹腔手术	1
46	ZQY	与主要诊断无关的手术	1

附件二

同等费率管理组

序号	DRG 编码	DRG 名称
1	FV25	高血压，不伴并发症或合并症
2	NS19	女性生殖系感染
3	LU15	肾及尿路感染，不伴并发症或合并症
4	CZ19	其他眼部疾患
5	FU25	心律失常及传导障碍，不伴并发症或合并症
6	JJ15	皮肤、皮下组织的其他手术，不伴并发症或合并症
7	GK39	结肠镜治疗操作
8	GE15	腹股沟及腹疝手术，不伴并发症或合并症
9	IT25	慢性炎症性肌肉骨骼结缔组织疾患，不伴并发症或合并症
10	KS15	糖尿病，不伴并发症或合并症
11	XS25	随访（不含恶性肿瘤诊断），不伴并发症或合并症
12	KT15	内分泌疾患，不伴并发症或合并症
13	JU15	感染性皮肤病，不伴并发症或合并症
14	DT19	中耳炎及上呼吸道感染
15	GD25	阑尾切除术，不伴并发症或合并症
16	BW25	脑性瘫痪，不伴并发症或合并症
17	GK25	胃镜治疗操作，不伴并发症或合并症
18	GR15	消化系统恶性肿瘤，不伴并发症或合并症
19	FR39	心绞痛
20	RW19	恶性增生性疾患治疗后的随诊检查

附件三

最低标准支付组

序号	DRG 编码	DRG 名称	类型
1	OR19	阴道分娩	生育
2	OB19	剖宫产术	生育
3	OC19	阴道分娩伴手术操作	生育
4	TR19	精神分裂症	精神病
5	TR29	偏执及急性精神病	精神病
6	TS19	重大的情感障碍	精神病
7	TS29	神经症性障碍及其他情感性障碍	精神病
8	TT13	进食及睡眠障碍，伴并发症或合并症	精神病
9	TT15	进食及睡眠障碍，不伴并发症或合并症	精神病
10	TT23	人格障碍，伴并发症或合并症	精神病
11	TT25	人格障碍，不伴并发症或合并症	精神病
12	TU19	儿童期精神发育障碍	精神病
13	TV19	焦虑性障碍	精神病
14	TW11	器质性及症状性精神障碍，伴严重并发症或合并症	精神病
15	TW13	器质性及症状性精神障碍，伴并发症或合并症	精神病
16	TW15	器质性及症状性精神障碍，不伴并发症或合并症	精神病

附件四

六安市 DRG 试点医疗机构名单

序号	医疗机构名单
1	六安市人民医院
2	六安市中医院
3	皖西卫生职业学院附属医院
4	六安市妇幼保健院
5	六安市第四人民医院
6	六安市金安区妇幼保健院
7	六安世立医院
8	六安市第六人民医院
9	六安市霍邱县第一人民医院
10	六安市霍邱县第二人民医院
11	六安市霍邱县中医院
12	六安市舒城县人民医院
13	六安市舒城县中医院
14	六安市金寨县人民医院
15	六安市金寨县中医院
16	安徽省霍山县医院
17	六安市霍山县中医院