

浙江省医疗保障局 浙江省财政厅文件 浙江省卫生健康委员会

浙医保联发〔2020〕11号

浙江省医疗保障局 浙江省财政厅 浙江省卫生健康委员会关于印发《浙江省 省级及杭州市基本医疗保险住院费用 DRGs 点数付费实施细则（试行）》的通知

杭州市医疗保障局、财政局、卫生健康委员会，各定点医疗机构：

为进一步做好省级及杭州市基本医疗保险支付方式改革工作，根据《浙江省基本医疗保险住院费用 DRGs 点数付费暂行办法》（浙医保联发〔2019〕21号）精神，结合省级和杭州市基本医疗保险工作实际，制定了《浙江省省级及杭州市基本医疗保险

住院费用 DRGs 点数付费实施细则（试行）》，现予印发，请遵照执行。



2020年4月30日

浙江省省级及杭州市基本医疗保险住院费用 DRGs 点数付费实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 根据《浙江省基本医疗保险住院费用 DRGs 点数付费暂行办法》，结合浙江省省级和杭州市基本医疗保险工作实际，制定本实施细则。

第二条 浙江省省级及杭州市开展基本医疗保险住院医疗服务的定点医疗机构适用本实施细则。浙江省省级、杭州市及异地参保人员在上述定点医疗机构发生的住院医疗费用纳入本实施细则管理。

第三条 参保人员基本医疗保险待遇不受此实施细则调整。本实施细则所称医保基金是指统筹区用于支付住院医疗费用的除个人账户外的基本医疗保险基金。

第二章 总额预算

第四条 浙江省省级、杭州市及所辖的区、县（市）统筹区医保行政部门应综合考虑当年收入预算、重大政策调整和医疗服务数量、质量、能力等因素，会同财政、卫生健康等部门，通过

谈判方式确定当年的住院医保基金支出增长率。医保经办机构根据确定的增长率、上年度住院医保基金决算总额（含结余留用部分，不含超支分担及因疾病爆发等临时追加的预算部分），核定本统筹区当年住院医保基金预算总额。

住院医保基金年度预算总额=统筹区上年度住院医保基金决算总额×(1+住院医保基金支出增长率)。本预算包括统筹区参保人员在本地和异地住院的医保基金支出金额，职工和城乡居民医保的住院医保基金纳入总额预算，合并核算。

2020年度浙江省省级和杭州市区（含萧山、余杭、富阳区，不含临安区）医保基金总支出增长率为7%，杭州市所辖的其他区、县（市）统筹区自行制定医保基金支出增长率，并报杭州市医保行政部门备案。2019年度住院医保基金决算总额以当年住院医保基金支出为基数。

第五条 年度住院医保基金预算确定后，原则上不做调整。对于确因政策变动、疾病爆发等客观因素，导致住院医保基金支出与预算总额出现重大差额的，预算总额应合理调整。调整额度由各统筹区医保经办机构测算后报请医保行政部门会同财政、卫生健康等部门协商确定。

第六条 建立“结余留用、超支分担”的责任共担机制。统筹区住院医保基金年度决算出现结余或超支的（统筹区住院医保基金年度预算总额与参保人员住院医保基金按项目结算所需医保基金支出相比），应在分析原因、厘清责任的基础上，由定点医

疗机构和医保基金按一定比例留用或分担。

住院医保基金适当分担（留用）比例根据医保基金管理绩效等情况进行动态调整。2020 年度医保基金年度决算结余部分的 85%由定点医疗机构留用；超支部分的 85%由定点医疗机构分担。

第三章 DRG 管理运用

第七条 浙江省省级和杭州市将根据我省 DRG 分组标准，结合本地实际统一分组。原则上疾病分组组内变异系数 $CV < 1$ ，总体方差减小系数 $RIV \geq 70\%$ 。

CV 值为 DRG 组内医保结算费用的变异系数，反映组内不同样本的差异度（离散度）。 $CV = \text{DRG 的标准差} / \text{DRG 内样本的平均数}$ 。

RIV 值为 DRG 组间差异度，RIV 越大说明 DRG 分组系统的区分度越高。 $RIV = \text{特定的 DRG 离均差的平方和} / \text{总离均差的平方和}$ 。

第八条 建立 DRG 专家组，专家组以公平、公正、公开为原则，承担 DRG 工作需要的有关评估、评审、评议等工作。专家按少数服从多数原则做出评审意见。

定点医疗机构对评估结果有异议的，可向省、市医保行政部门提出申诉。

第九条 住院医疗服务主要按照 DRGs 技术确定所属 DRG

病组进行付费，对纳入床日付费管理的费用按如下规定管理。

（一）范围及平均床日限额的确定。

1. 年度累计住院时间超过 90 天（含）的参保人员，在二级及以下定点医疗机构中发生的入内科 DRG 组的病例，纳入床日付费管理。2020 年平均床日限额暂定为 450 元；

2. 除上述情况外，在同一定点医疗机构单次连续住院时间超过 60 天（不含）的长期、慢性病住院病例需要纳入床日付费的，具体平均床日限额由定点医疗机构提出申请，报医保经办机构审定，原则上同等级定点医疗机构的平均床日限额相同；

3. 上述平均床日限额适用于浙江省省级和杭州主城区（不含萧山、余杭、富阳、临安区），杭州市主城区以外的其他地区可结合本地实际参照制定，但不得高于主城区平均床日限额。医保经办机构可根据实际住院医疗费发生情况和基本医疗保险基金收支情况，与定点医疗机构谈判后适时动态调整，但原则上每年不得超过一次。

（二）床日付费标准的确定。

1. 定点医疗机构纳入床日付费管理的实际平均床日费用低于平均床日限额 85%（含）的，按实际平均床日费用作为床日付费标准；

2. 实际平均床日费用在平均床日限额 85%-100%（含）的，按实际平均床日费用加上与平均床日限额差额部分的 60%作为床日付费标准；

3. 实际平均床日费用超过平均床日限额的，按平均床日限额作为床日付费标准。

（三）退出床日付费管理的条件。符合以下条件的，年度清算前经定点医疗机构申请，医保经办机构核准，可以退出床日付费管理并纳入 DRG 管理，但同一住院过程病例不能拆分为 DRG 和床日付费结算。

1. 单次住院中，ICU 单元治疗（或 CCU 单元治疗）天数占总住院天数比例在 50%（含）以上的病例；

2. 单次住院中，诊断名称为“昏迷”，且手术及操作名称为“呼吸机治疗[大于等于 96 小时]”，且呼吸机治疗天数占总住院天数比例在 50%（含）以上的病例；

3. 除上述两种情形外，其他病例退出比例不超过 5%。

第四章 点数管理

第十条 浙江省省级和杭州市统一 DRG 点数及差异系数，对费用差异不大的 DRG，可逐步取消差异系数，实现同病同价。

第十一条 医保经办机构按医院等级、人头人次比、个人负担水平、历史发生费用、县乡两级疾病诊疗目录落实情况、CMI 值等综合设定差异系数，其中医院等级权重不小于 60%。

医院等级以省级卫生健康部门等级评审文件为依据，未参加等级评审的医院，原则上不得参照、不得高于二级医院等级系数。差异系数确定办法另行制定。

第十二条 为优化分组效能，更多地保留病例数据样本，选取裁剪率较小的方法对每组病例数据样本进行裁剪。裁剪的上限称为上限裁剪倍率，裁剪的下限称为下限裁剪倍率。

第十三条 DRG 分为稳定 DRG 和非稳定 DRG。DRG 内例数符合大数定理要求界值或者例数达到 5 例以上且 $CV < 1$ 的 DRG 为稳定 DRG。组内例数 ≤ 5 例的 DRG 为非稳定 DRG。组内例数 > 5 且 $CV \geq 1$ 的 DRG 再次裁剪后，组内例数 > 5 且 $CV < 1$ 的纳入稳定 DRG，反之纳入非稳定 DRG。稳定 DRG 及非稳定 DRG 病例中入组病例根据病例总费用和本 DRG 均次费用的倍率关系分为高倍率病例、低倍率病例、正常病例。

（一）高倍率病例是指能入组，但住院总费用高于本 DRG 均次费用一定倍数及以上的费用过高病例。高倍率病例按以下规则分档设置：

1. 基准点数小于等于 100 点的 DRG 中，住院总费用大于等于该 DRG 均次费用 3 倍的病例；

2. 基准点数大于 100 点且小于等于 300 点的 DRG 中，住院总费用大于等于该 DRG 均次费用 2 倍的病例；

3. 基准点数大于 300 点的 DRG 中，住院总费用大于等于该 DRG 均次费用 1.5 倍的病例。

（二）低倍率病例是指能入组，但是住院总费用低于本 DRG 均次费用 0.4 倍及以下的费用过低病例。

（三）正常病例为除高倍率、低倍率病例以外的病例。

第十四条 DRG 基准点数按以下办法确定。

(一) 稳定 DRG 基准点数=该 DRG 住院均次费用÷全部 DRG 住院均次费用×100 (计算结果保留 4 位小数)。

(二) 非稳定 DRG 基准点数 = 该 DRG 中位费用÷全部 DRG 住院均次费用×100 (计算结果保留 4 位小数)。

(三) 床日基准点数=该床日付费标准÷全部 DRG 住院均次费用×100 (计算结果保留 4 位小数)。

第十五条 DRG 点数按如下方式计算：

(一) 住院过程完整病例的 DRG 点数=DRG 基准点数×DRG 差异系数；

住院过程不完整病例的 DRG 点数=DRG 基准点数×DRG 差异系数×(病例实际发生医疗费用÷该 DRG 住院均次费用)，最高不得超过该 DRG 基准点数。

低倍率病例按住院过程不完整病例规定执行。

(二) 床日病例总点数=床日基准点数×病例住院天数。

(三) 特病单议病例点数的确定。对于虽因病施治但费用过高或无法分入已有 DRG 的病例，定点医疗机构可向医保经办机构提出特病单议，医保经办机构应组织专家进行评定，调整相应点数。

1. 高倍率病例特病单议核准追加点数=该 DRG 基准点数×追加倍数。追加倍数=(该病例总费用 - 不合理医疗费用)÷该 DRG 住院均次费用 - 该 DRG 上限裁剪倍率。裁剪倍率按照第十

三条规则确定。

2. 无法分入已有 DRG 的病例，其特病单议核准追加点数= $(\text{病例总费用} - \text{不合理医疗费用}) \div \text{全部 DRG 住院均次费用} \times 100$ 。

3. 退出床日付费管理的病例不再进行特病单议，年度清算前已纳入床日付费管理和退出床日付费管理的病例，若进行过特病单议的，追加的点数不予认可。

(四) 对于参保人员在出院后 15 日内，再次以同一 DRG 住院的且无合理理由的，前一次住院获得的点数减半计算(恶性肿瘤放、化疗、纳入床日付费管理等情况除外)。

第十六条 鼓励打造医学高峰，支持定点医疗机构开展新技术，提升专科服务能力。定点医疗机构开展符合卫生行政部门规定的医疗新技术，经 DRG 专家组评议，可按其医疗服务项目价格合理确定点数。具体流程由省医保经办机构制定。

第十七条 根据中医药服务特点，以同病同效同价为原则，选择适宜病种开展 DRGs 点数付费试点，具体办法另行制定。

第五章 费用结算

第十八条 统筹区定点医疗机构的住院医疗费用纳入 DRGs 付费管理。本统筹区参保人员在统筹区外发生住院医保基金支出从年度预算中扣减。各统筹区医保经办机构实行医保基金月度预付、年度清算，结算周期按自然年度执行。各统筹区根据区域实

际结算医疗服务总点数和医保基金支出预算指标等因素，确定每点的实际价值，并以各定点医疗机构的服务总点值为支付依据。

第十九条 异地参保人员发生的住院费用纳入点值计算管理。

（一）浙江省省级管理的定点医疗机构的异地就医住院费用纳入浙江省省级医保合并计算点值。

（二）杭州市区管理的定点医疗机构的异地就医住院费用纳入杭州市医保计算点值。职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险两个险种基金合并计算点值。

（三）临安区、桐庐县、建德市和淳安县管理的定点医疗机构的异地就医住院费用纳入各就医地统筹区医保计算点值。各统筹区职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险两个险种基金合并计算点值。

第二十条 月度费用预拨管理如下：

（一）月度点值计算

月度点值=[月度本统筹区参保人员在本地住院直接结算总费用 - 月度本统筹区参保人员在本地住院按项目直接结算的医保基金总额 + (月度住院医保基金预算总额 - 月度本统筹区参保人员在异地住院直接结算医保基金支出总额 - 月度本统筹区参保人员因住院在经办机构零星报销的医保基金支出总额) + 月度异地参保人员在本统筹区住院直接结算总费用 + 自费结算病人住院的费用总额]÷月度总点数。

月度异地参保人员在本统筹区住院直接结算总费用=月度市内异地参保人员在本统筹区住院直接结算总费用 + 月度省内异地参保人员在本统筹区住院直接结算总费用 + 月度跨省异地参保人员在本统筹区住院直接结算总费用。

月度总点数=统筹区所有医疗机构月度累计总点数 + 追加总点数 - 扣减总点数。

（二）统筹区月度住院医保基金预算支出总额管理

统筹区月度住院医保基金预算支出总额按年度本统筹区住院医保基金支出预算结合上年度同月本统筹区住院医保基金支出占上年度本统筹住院医保基金总支出比例确定。若该月度住院医保基金支出预算额大于月度住院按项目直接结算的医保基金总额，该月度住院医保基金预算支出总额调整为住院按项目直接结算的医保基金总额，结余部分滚存到年度清算；若该月度住院医保基金预算支出总额小于月度住院按项目直接结算的医保基金总额，则该月住院医保基金预算支出总额不作调整。

（三）医疗机构月度住院费用预拨

每月月底前，医保经办机构完成对各定点医疗机构上月住院费用预拨工作。2020年起，按各定点医疗机构DRG支付额的95%预拨，在完成月度点数可行性测算前，暂按经审核后项目结算费用的95%预拨。定点医疗机构当月度DRGs费用结算总额（月度总点数×月度点值）累计超过年度住院费用拨付限额的，次月起原则上暂缓拨付本年度剩余月份住院申拨费用。

跨省异地住院申拨费用，经浙江省省级医保经办机构审核后，按月将应付申拨费用直接全额预拨给统筹区相关定点医疗机构。

各医疗机构月度预拨住院申拨费用=（该医疗机构月度总点数×月度点值-月度本统筹区参保人员在本院住院个人支付总额-月度市内异地参保人员在本院住院个人支付总额-月度省内异地参保人员在本院住院个人支付总额-月度跨省异地参保人员在本院住院直接结算总费用-收治自费结算病人住院的费用总额—该医疗机构月度审核扣款）×95%。

各医疗机构月度总点数=该医疗机构月度累计总点数+追加总点数-扣减总点数。

（四）预拨限额管理

年初对各定点医疗机构设定年度住院费用预拨限额。年度各医疗机构住院费用拨付限额=上年度清算后各医疗机构住院总费用×（1+增长率），增长率原则上与住院医保基金支出增长率相同。

第二十一条 统筹区医保经办机构按如下办法与本地定点医疗机构进行年度结算：

（一）年度点值计算

年度点值=[年度本统筹区参保人员在本地住院直接结算总费用-年度本统筹区参保人员在本地住院按项目直接结算的医保基金总额+（年度住院医保基金决算总额-年度本统筹区参保人员在异地住院直接结算的医保基金支出总额-年度本统筹区

参保人员因住院在经办机构零星报销的医保基金支出总额)+年度异地参保人员在本统筹区住院直接结算总费用+自费结算病人住院的费用总额]÷年度总点数。

年度住院医保基金决算总额=住院医保基金年度预算总额+预算调整额±统筹区住院医保基金分担(留用)金额。

年度异地参保人员在本统筹区住院直接结算总费用=年度市内异地参保人员在本统筹区住院直接结算总费用+年度省内异地参保人员在本统筹区住院直接结算总费用+年度跨省异地参保人员在本统筹区住院直接结算总费用。

统筹区住院医保基金分担(留用)金额=[统筹区参保人员住院按项目付费报销的医保基金总额(含本统筹区参保人员异地就医和零星报销部分)-(住院医保基金年度总额预算+预算调整额)]×分担(留用)比例。(计算结果取正数)。

(二) 年度总点数

年度总点数=统筹区所有医疗机构年度累计总点数+追加总点数-扣减总点数。

(三) 对各定点医疗机构的年度清算

每年4月底前,医保经办机构完成对各定点医疗机构上年度住院费用清算工作。各医疗机构年度住院医疗清算费用=该医疗机构年度总点数×年度点值-年度本统筹区参保人员在本院住院个人支付总额-年度市内异地参保人员在本院住院个人支付总额-年度省内异地参保人员在本院住院个人支付总额-年度跨

省异地参保人员在本院住院直接结算总费用 - 月度已预拨总额 - 收治自费结算病人住院的费用总额—该医疗机构全年审核扣款总额。

第六章 监督管理

第二十二条 定点医疗机构应严格按照卫生健康部门规定的医疗质量要求，认真开展入院评估，严格掌握出入院标准，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。严禁“挂名住院”和“分解住院”。

第二十三条 定点医疗机构对已收住院的病人，应坚持因病施治的原则，合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，不得减少必要的医疗服务而影响医疗质量。病人住院期间发生的医疗费用明细（含自费、外购的医用耗材及药品），必须按规定及时上传到医保经办机构。定点医疗机构应合理控制住院病人自费的药物、材料和诊疗项目费用，个人政策范围外费用比例原则上控制在 15% 以内。

第二十四条 定点医疗机构应加强病案质量管理，严格按照疾病诊断标准规范填写疾病名称、手术操作名称。规范名称应按国家标准填写，并及时上传。出院的主要诊断及相关的主要手术操作应按病人就诊住院时的主要疾病、合并症、次要疾病等正确选择，并依次按实填写。

第二十五条 医保经办机构应不断加强智能审核，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。定期组织专家和定点医疗机构有关人员有病案进行交叉抽样检查，年抽样比例原则上不低于 5%。医保经办机构应分析抽样检查情况并报主管部门。

第二十六条 对查实定点医疗机构存在“高套点数”“分解住院”“挂名住院”“体检住院”“推诿病人”、将住院医疗费用分解至门诊、零售药店或让病人单独自费结算等行为，医保经办机构应根据《定点医疗机构服务协议》的规定，不予结算相关病例点数，情节严重的扣除相应病例 2-5 倍的点数，并予以通报。考核办法另行制定。

第七章 附 则

第二十七条 实施过程中遇重大事项的，由省、市医保经办机构报省、市医保行政部门会同省、市财政、卫生健康行政部门研究决定。

第二十八条 根据执行情况，省医保行政部门会同省财政和省卫生健康行政部门对本细则中规定的具体标准适时作出明确和调整。

第二十九条 本细则所称的追加点数是指：特病单议核准追加点数和考核奖励点数等；扣减点数是指第十五条所列情形和考核扣罚点数等。

第三十条 超标床位费、其他非医药费用（伙食费、躺椅费

等)及经医保经办部门核准的除外费用不纳入住院总费用。

第三十一条 《浙江省省级及杭州市基本医疗保险按病种付费工作方案(试行)》(浙人社发〔2017〕138号)停止执行。

第三十二条 本实施细则自2020年1月1日起实施。

