

成都市医疗保障局
成都市卫生健康委员会文件
成都市财政局

成医保发〔2023〕42号

成都市医疗保障局
成都市卫生健康委员会
成都市财政局

关于印发《成都市基本医疗保险按疾病诊断
相关分组（DRG）结合点数法付费的
指导意见》的通知

四川天府新区社区治理和社事局、财政金融局，成都东部新区文旅体局、财政金融局，各区（市）县医保、卫健、财政部门：

现将《成都市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）结合点数法付费的指导意见》印发你们，请认真遵照执行，切实

做好相关工作。



成都市医疗保障局



成都市卫生健康委员会



成都市财政局

2023年12月25日

成都市基本医疗保险按疾病诊断相关 分组（DRG）结合点数法付费的指导意见

为深入贯彻落实国家医疗保障局支付方式改革三年行动计划的要求，全面建立符合我市市情和医疗服务特点的住院医疗费用按疾病诊断相关分组（DRG）结合点数法（以下简称 DRG 点数法）付费体系，现就我市 DRG 点数法提出如下指导意见。

一、总体目标

深入贯彻落实国家医疗保障局支付方式改革三年行动计划的要求，建立符合我市市情和医疗服务特点的住院医疗费用 DRG 点数法付费体系，形成管用高效的医保支付机制，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，引导医疗资源合理配置和患者有序就医，促进医疗保障和医药服务高质量协同发展，实现医保支付方式复合多元，“三医”联动改革紧密有效，广大参保人员基本医疗权益有力保障，医保制度可持续发展能力显著增强。

二、基本原则

（一）以收定支，收支平衡。坚持基本医疗保险基金计划管理，实施统筹区域内一体化医保付费总额控制，合理编制 DRG 点数法付费年度预算，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）激励约束，质效优先。建立健全激励约束机制，探索发现同一疾病治疗的市域平均效率，促进医疗机构控制成本，提高医疗质量。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。

（三）三医联动，协同高效。坚持医保、医疗、医药“三医”协同发展和治理。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，助推分级诊疗。支持中医药传承创新发展，提升中医药服务水平。促进医疗服务新技术有序发展，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

三、实施时间和范围

自 2024 年 1 月 1 日起实施。结算时间在 2024 年 1 月 1 日及以后的我市城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险参保人员在我市基本医疗保险定点医疗机构发生的联网结算的住院医疗费用，医保经办机构与定点医疗机构结算时，基本医疗保险基金实施 DRG 点数法付费。大病医疗互助补充保险、城乡居民大病保险以及参保人员个人与医疗机构实行按项目付费。具体医疗机构范围和医疗费用范围由市医疗保障局另行制定。

四、重点工作任务

（一）确定总控额度

市医保经办机构根据年度基本医疗保险基金计划，确定当年

基本医疗保险统筹基金住院费用可支出计划额度，预留一定比例的调剂金及不纳入 DRG 点数法付费范畴的基金支出额度后，剩余部分作为统筹区内 DRG 点数法付费的基金支付总控额度。根据医疗机构级别、基本医疗保险险种类别、特定人群等因素，将 DRG 点数法付费总控额度划入不同的基金池。

（二）明确 DRG 分组

严格按照国家医疗保障局疾病诊断相关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。按照全省统一的 DRG 细分组方案进行分组。

（三）确定 DRG 细分组点数

点数反映每一个 DRG 病组的资源消耗相对于所有病例的资源消耗程度。某 DRG 组点数根据该基金池该 DRG 组中病例统计学修正后的例均费用（即剔除明显离群的极值数据后计算例均费用）与该基金池所有病例的例均费用的比值关系确定。对于费用与该基金池该 DRG 组例均费用偏差较大的病例，根据实际费用情况建立特殊病例点数调整机制，或者采取按项目付费的方式。可根据资源消耗结构、疾病诊治难易程度、医保政策目标、医院类别等，设置相应的系数，调整各医疗机构 DRG 点数。

（四）计算 DRG 点值和医保支付标准

各基金池 DRG 点值根据基金池总控额度、调剂金情况、医疗费用结算情况及该基金池 DRG 总点数等要素确定。基本医疗

保险基金支付金额根据各医疗机构 DRG 费用总额，患者个人支付金额，大病医疗互助补充保险、城乡居民大病保险等非基本医疗保险支付金额，结合医保日常审核、考核、监管情况等要素确定。各医疗机构 DRG 费用总额由各基金池 DRG 点值和各医疗机构 DRG 总点数确定。

（五）建立基金预拨付与考核清算机制

按照月度预拨付、月度预结、年度考核、年终清算的方式，建立医疗机构拨付与考核清算机制。年终考核内容为医疗机构医保服务协议履行、医疗服务质量管理等，考核结果与年终清算关联。市县两级医保经办机构按医保协议管理实施考核。

（六）完善配套机制

健全协商治理机制，医疗机构对支付方式有异议的病例，由专家评审并出具意见。医疗保险经办机构结合专家评审意见，确定医保结算方式。支持中医药传承创新发展，探索中医优势病种按疗效价值付费，倡导中西医同病同效同价。使用新技术的病例，可实行特病单议，由医保经办机构组织专家评审后按项目支付，或者确定相应点数或者采用新技术除外支付。建立 DRG 点数法付费与按床日、按人头、按项目付费等支付方式的协同机制，完善多元复合支付体系。强化协议管理，将医疗机构 DRG 点数法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。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。建立费用分析预警机制，加强对定点医疗机构临床诊疗行为的引导。以 DRG 点数法付费为主线，以省平台智能监管等相关子系统为基础，推动 DRG 点数法付费智能审核、监管应用；以省级知识库、规则库为基础，研究完善适应成都 DRG 点数法付费的智能审核、监控规则，提升监管能力和监管质效。

五、工作要求

（一）加强组织领导

区（市）县医保、卫健、财政部门要充分认识 DRG 点数法付费对“三医”协同发展和治理、转变医疗行为的重要意义。医保部门要切实发挥牵头作用，加强统筹协调。卫健部门要强化对医疗服务行为的监管，督促、指导医疗机构全力配合 DRG 点数法付费改革。其他相关部门要按照工作职责，协同推进工作。

（二）强化培训督导

区（市）县医保部门要会同卫健部门强化 DRG 点数法付费培训、宣传工作，切实加强医保结算清单质量管理，最大程度争取医疗机构的理解、配合和支持，促进医疗机构推进相关配套改革。要引导和协调医疗机构重点推进编码管理、信息传输、病案质控、内部运营机制建设等四个方面的协同改革。

（三）做好交流评估

区（市）县医保、卫健、财政部门要加强工作交流，及时总结推广好的经验做法，要开展工作推进效果评估，纵向评估前后

医疗费用、医疗服务数量和质量、医保待遇水平等情况，及时收集政策运行中的问题，为完善优化政策提供支持。

信息公开属性：主动公开

成都市医疗保障局办公室

2023年12月25日印发
