

**国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)**  
**分组与付费技术规范**  
(China Healthcare Security Diagnosis Related  
Groups, CHS-DRG)

国家医疗保障局

2019年10月



## 编写说明

按疾病诊断相关分组（DRG）支付是世界公认的较为先进和科学的支付方式之一，是有效控制医疗费用不合理增长，建立公立医院运行补偿新机制，实现医保患三方共赢和推进分级诊疗促进服务模式转变的重要手段。近年来，国内也有部分地区开展了 DRG 支付方式改革的探索，但版本众多，技术标准差异较大，运行情况和成效也有较大差别。DRG 支付方式改革作为一项关键技术，也成为国家医保局成立以来的一项重要职责之一。为此，国家医保局组织形成专家团队形成了医保 DRG 支付方式改革分组标准与技术规范。

医保 DRG 支付方式改革包括 DRG 分组和付费两部分。其中规范和科学分组是 DRG 实施的重要前提，精确付费是 DRG 实施的重要保障。

国家和地方实施医保 DRG 支付方式改革，需要具备一定的如病案质量、统一编码和监管能力等基础条件，同时，还需要开展规范数据采集流程和审核等前期工作。分组作为一项较为复杂的技术，需以临床经验和统计校验相结合，在遵循临床诊疗分类和操作技术等的基础上，对疾病诊断、手术、操作等遵循“临床特征相似，资源消耗相近”的原则，通过统计学分析进行验算，实现从 MDC 到 ADRG，直至 DRG 组的逐类细化。

本规范在综述国外不同国家和国内不同版本的 DRG 的主要做法和经验的基础上，主要针对 DRG 分组和付费技术进行了表述。由于时间有限，可能存在较多不足，还有待在全国试点过程中不断完善。

编委会

2019 年 10 月



# 目 录

主要名词和缩略语表.....	1
1. CHS-DRG 付费概述.....	3
1.1 DRG 基本概念.....	3
1.2 医保 DRG 付费目标.....	3
1.3 DRG 付费适用范围.....	4
2. CHS-DRG 的实施条件和数据准备.....	4
2.1 CHS-DRG 实施的基本条件.....	4
2.2 CHS-DRG 实施的数据准备.....	6
2.3 数据标化和上传.....	8
2.4 数据审核.....	10
3. CHS-DRG 分组策略与方法.....	11
3.1 分组原则.....	11
3.2 分组策略.....	11
3.3 病组命名和编码规则.....	13
3.4 分组过程和方法.....	14
3.4.1 先期分组（Pre-MDC）的筛选原则与方法.....	14
3.4.2 主要诊断大类（MDC）确定原则与方法.....	15
3.4.3 核心疾病诊断相关组（ADRG）确定原则与方法.....	17
3.4.4 细分 DRG 的原则与方法.....	18
3.5 分组效能评价.....	22
4. CHS-DRG 相对权重计算与调整.....	23
4.1 概念与内涵.....	23
4.2 设定原则.....	23
4.3 基础权重计算方法.....	24
4.4 权重调整.....	25

5. CHS-DRG 费率与付费标准测算 .....	26
5.1 基本思路.....	26
5.2 测算原则.....	27
5.3 测算流程.....	27
5.4 测算方法.....	27
5.5 费率与付费标准的验证与调整.....	29
6. CHS-DRG 结算细则制定与实施.....	31
6.1 制订结算细则的目的.....	31
6.2 结算细则的主要内容.....	31
6.3 DRG 结算效果评估与细则的修订 .....	36
7. CHS-DRG 监管考核与评价 .....	36
7.1 监管考核的目的与意义.....	36
7.2 考核主体和对象.....	37
7.3 DRG 监管考核指标体系 .....	37
7.4 考核办法和考核周期.....	39
7.5 考核兑现与激励.....	39
7.6 综合监测与评价.....	39
附件 1 CHS-DRG 核心疾病诊断相关组 (ADRG) 目录.....	41

## 主要名词和缩略语表

1. 主要诊断大类 (Major Diagnostic Category, MDC)
2. 核心疾病诊断相关组 (Adjacent Diagnosis Related Groups, ADRG)
3. 疾病诊断相关分组 (Diagnosis Related Groups, DRG)
4. 疾病诊断相关分组-预付费 (Diagnosis Related Groups-Prospective Payment System, DRG-PPS)
5. 先期分组 (Pre-Major Diagnostic Category, Pre-MDC)
6. 并发症与合并症(Complication & Comorbidity, CC)
7. 严重并发症与合并症 (Major Complication & Comorbidity, MCC)
8. 《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第 10 次修订本 (International Classification of Diseases, Tenth Revision, ICD-10)
9. 国际疾病分类第 9 版临床修订本第 3 卷(International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification, ICD-9-CM-3)
10. 变异系数 (Coefficient of Variation, CV)
11. 总体变异减低系数 (Reduction in Variance, RIV)
12. DRG 相对权重 (Related Weight, RW)
13. 费率(Payment Rate)
14. 病例组合指数(Case Mix Index, CMI)

15. 费用消耗指数(charge consumption index)

16. 时间消耗指数(time consumption index)

17. 死亡风险评分(Risk of mortality)



# 国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG） 分组与付费技术规范

## 1. CHS-DRG 付费概述

### 1.1 DRG 基本概念

疾病诊断相关组（**Diagnosis Related Groups, DRG**）是用于衡量医疗服务质量效率以及进行医保支付的一个重要工具。DRG 实质上是一种病例组合分类方案，即根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素，将患者分入若干诊断组进行管理的体系。

疾病诊断相关组-预付费（**DRG-PPS**）是对各疾病诊断相关组制定支付标准，预付医疗费用的付费方式。在 DRG 付费方式下，依诊断的不同、治疗手段的不同和病人特征的不同，每个病例会对应进入不同的诊断相关组。在此基础上，保险机构不再是按照病人在院的实际费用（即按服务项目）支付给医疗机构，而是按照病例所进入的诊断相关组的付费标准进行支付。

### 1.2 医保 DRG 付费目标

医保应用 DRG 付费所期望达到的目标是实现医-保-患三方共赢。通过 DRG 付费，医保基金不超支，使用效率更加高效，对医疗机构和医保患者的管理更加精准；医院方面诊疗行为更加规范，医疗支出

得到合理补偿，医疗技术得到充分发展；患者方面享受高质量的医疗服务，减轻疾病经济负担，同时结算方式也更加便捷。

### **1.3 DRG 付费适用范围**

#### **1.3.1 适用范围**

DRG 是以划分医疗服务产出为目标（同组病例医疗服务产出的期望相同），其本质上是一套“管理工具”，只有那些诊断和治疗方式对病例的资源消耗和治疗结果影响显著的病例，才适合使用 DRG 作为风险调整工具，较适用于急性住院病例（Acute inpatients）。

#### **1.3.2 不适用范围**

不适用于以下情况，应作“除外”处理：①门诊病例；②康复病例；③需要长期住院的病例；④某些诊断相同，治疗方式相同，但资源消耗和治疗结果变异巨大病例（如精神类疾病）。

## **2.CHS-DRG 的实施条件和数据准备**

### **2.1 CHS-DRG 实施的基本条件**

CHS-DRG 实施的基本条件包括人员管理、信息系统及病案质量等多方面软硬件基础条件。

#### **2.1.1 基础代码统一**

区域内已使用或按要求更换为统一的疾病诊断编码和手术操作编码是分组和付费正确的基础保障。DRG 分类过程需要借助计算机来完成，需要对疾病的诊断和操作进行编码，通常以“国际疾病分类”

(ICD) 编码为基础。CHS-DRG 使用国家医保版《医疗保障疾病诊断分类及代码 (ICD-10)》和《医疗保障手术操作分类与编码 (ICD-9-CM-3)》等技术标准。

### **2.1.2 病案质量达标**

按照国家病案管理规范，病案首页信息填写完整，主要诊断和辅助诊断填写和选择正确，手术和操作填写规范，满足 DRG 分组和付费要求。

医疗机构病案管理人员具备专业资质，业务熟练，管理流程规范。

### **2.1.3 诊疗流程规范**

实施 DRG 付费区域内的医疗机构诊疗流程相对规范，医院质量控制机制健全，并且广泛开展临床路径管理。

### **2.1.4 信息系统互联**

医保经办机构和医疗机构具有安全稳定的硬件平台和网络服务，医疗机构内部 HIS 系统、病案系统、收费系统和医保结算系统互联互通，且可根据需要开发用于同 DRG 分组器进行数据交互的接口。

### **2.1.5 管理队伍精干**

具有精干的医保经办管理及监督考核的专业人员队伍，具备 DRG 付费和管理的基本知识和技能。

### **2.1.6 协作机制健全**

地方政府、医保经办机构和医疗机构具有较强的实施 DRG 付费意愿，医保部门与区域内医院保持密切的合作关系，双方建立常态性的协商沟通机制。

## 2.2 CHS-DRG 实施的数据准备

### 2.2.1 数据来源

#### 2.2.1.1 历史数据采集

(1) 医院病案数据：

收集近几年（一般为 3 年）实施地区内不同医疗机构中住院的病案首页信息和费用明细数据。（N041/N042 表）

(2) 医保平台结算数据：

收集与病案数据收集时段内相对应的实施区域内不同医疗机构住院患者的基本信息和住院的报销情况。（KC21、KC22、KC24 表）

(3) 医院疾病诊断与手术操作编码库：

从各医院 HIS 系统中导出病案首页数据收集时段内使用编码库，以便确认编码版本，便于编码转换。包括疾病诊断编码库和手术和操作编码库。

#### 2.2.1.2 实时数据采集

参照国家医保定点医疗机构等信息业务编码规则和方法的通知（医保发[2019]55 号），通过医院的各信息系统（包括首页）生成结算清单，实时上传医疗保障基金结算清单信息。

### 2.2.2 数据变量

#### 2.2.2.1 病人病案信息变量

(1) 个人信息：包括医保个人编号，姓名，性别，出生时间，出生体重（婴儿），身份证号，参保类型，住址、联系电话等。

(2) 病人住院诊疗基本信息：包括住院唯一识别号，住院号，医

保住院登记号（需与医保结算系统唯一关联），医保个人编码，就诊医疗机构，住院类型，入院日期，出院日期，住院天数，结算日期，入院科室，出院科室，入院途径，离院方式，入院诊断，入院诊断编码，出院主要诊断，出院主要诊断编码，出院次要诊断，出院次要诊断编码（提交所有出院诊断），主要手术和操作名称，主要手术和操作编码，主要手术和操作时间，主要手术和操作级别，次要手术和操作名称，次要手术和操作编码（提交所有手术和操作），抢救次数，抢救成功次数，是否有出院 31 天再入院计划，出院 31 天再入院计划目的，是否实行临床路径管理，是否完成临床路径管理，是否日间手术、医疗总费用、分类医疗费用信息等。

#### 2.2.2.2 医保结算信息变量

（1）医疗费用与结算信息：包括住院唯一识别号，医保病人登记号（需与医院信息系统唯一关联），住院总费用，起付线，报销比例，列入报销范围费用，基本医保补偿金额，患者自付金额，不予报销金额（自费费用），大病保险补偿金额，其他补偿金额，单病种编码，单病种名称，单病种补偿标准等。

（2）病人住院诊疗服务明细（清单信息）：包括住院唯一识别号，医保病人登记号（需与医院信息系统唯一关联），项目流水号，服务项目名称，服务项目代码，服务项目类别，使用数量，计价单位，单价，剂型，规格，费用小计，医保报销目录类别，医保政策支持比例，医保政策支持金额等。

## 2.3 数据标化和上传

### 2.3.1 数据标化

根据 CHS-DRG 数据标准对收集和上传的病例信息进行标化处理，必要时返回医疗机构核对并补充完整后进行二次上传，保证分组的规范性和可靠性。

建议各地可以编制原有编码与国家医保版标准编码的对照库，方便各地实施 CHS-DRG 时进行转换处理。

### 2.3.2 数据收集和上传

CHS-DRG 实施的前期需要确定数据收集的对象、范围、单位及内容，收集完成后需要确定数据审查和清洗标准。

#### 2.3.2.1 分组器编制数据收集

在调研基础上，确定用于分组器编制的数据采集对象，一般为二级以上医疗机构近三年所有费别出院结算的住院病案首页、住院费用明细、所使用的 ICD 编码库（如中途有更换则还需要提供更换前后的 ICD 编码库）和医保经办系统患者出院结算的费用信息（需能够与医疗机构提供的病案数据进行关联匹配）。

以医疗机构为单位，按结算年度分开，使用 DBF、CSV、Excel 或者数据库备份（需要注明所提供数据的字段列名称和相关字段列代码的含义）的方式统一报送至当地医保局信息管理处，由信息技术人员进行数据检查，对于不符合要求的数据需返回医疗机构进行修改并重新报送。

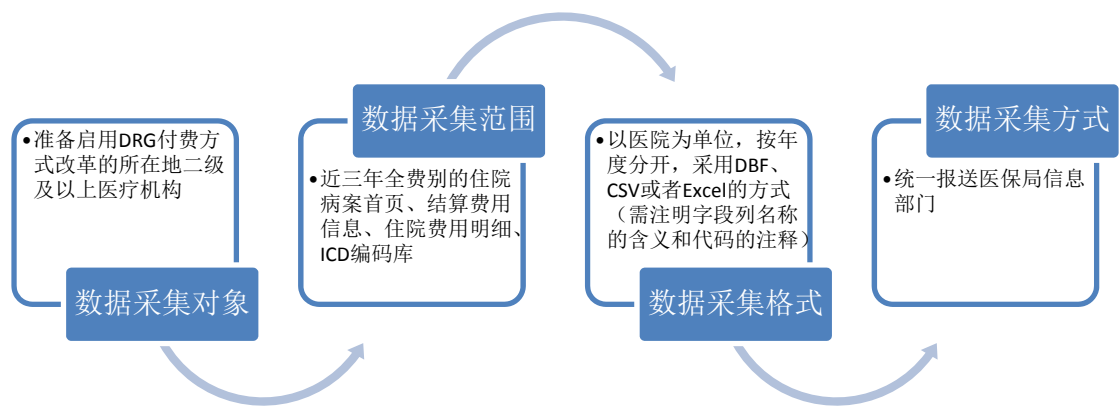


图 1 数据采集流程

### 2.3.2.2 实时分组数据收集

由于当前多数地区和医院无法做到患者出院即完成病历病案书写，故此部分医疗机构的病历提交均来自于病案归档后。

患者在定点医疗机构住院就诊完毕，临床下发出院通知，患者在医院结算窗口根据医保报销相关政策进行即时报销结算。临床医师根据患者本次住院诊疗过程据实填写病案首页及完成病历相关文件，按照医院规定的病历提交要求及时提交病历至病案室（病历质控科）进行审核归档，病案室（病历质控科）对于存疑病历需要及时反馈并与临床医师进行充分沟通，对发现的问题由临床医师进行整改并再次提交病案室（病历质控科）进行审核，无异议后对病历进行归档。

经病案室（病历质控科）审核后的病例信息，最多可以有 1 次修改机会。在患者出院结算后生成医保结算清单，首次提交分组数据至医保经办系统（简称经办系统），经办系统在收到医院提交的结算清单及时推送至分组服务平台分组，分组服务平台实时返回分组结果至经办系统，经办系统记录并反馈医院分组结果等信息。医院可以通过

经办系统或者登录分组服务平台查看已经提交分组的病例相关信息和已结算未提交的病例情况。如有需要整改的病例，需要 Y 日内完成整改并重新生成结算清单再次提交至经办系统，经办系统再次提交分组并记录分组器返回的分组结果并锁定分组信息作为付费依据。

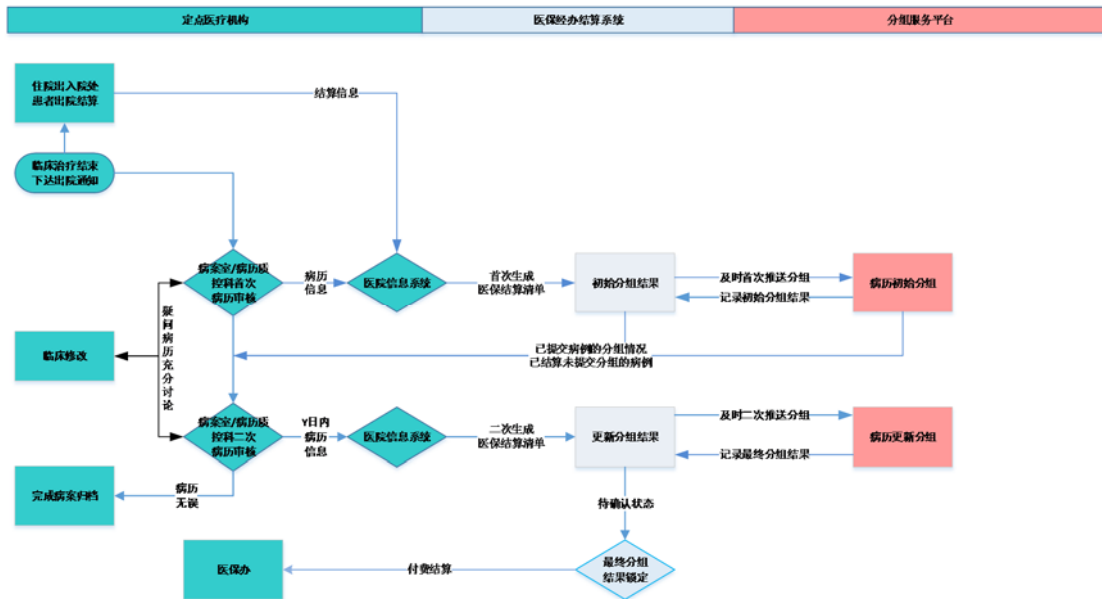


图 2 数据实时上传流程

## 2.4 数据审核

数据审核的主要指标包括完整性、合理性和规范性三种。

①完整性：包括患者病案首页及费用明细信息是否按病案管理规范要求填写完整，核心指标无漏项。

②合理性：包括对患者性别与诊断的相符判断；年龄与诊断的相符判断；出入院时间的逻辑判断；总费用与明细费用是否相等的逻辑判断；诊断与费用是否相符的逻辑判断以及必要费用和无关费用比例的计算等。



③规范性：包括审查病例诊断是否为规范诊断；诊断是否出现顺序排列错误，主诊断为空等；以及诊断编码与诊断是否相匹配；诊断编码是否为规范诊断编码等。

## **3. CHS-DRG 分组策略与方法**

### **3.1 分组原则**

- (1) 逐层细化、大类概括；
- (2) 疾病诊断、手术或操作临床过程相似，资源消耗相近；
- (3) 临床经验与数据验证相结合；
- (4) 兼顾医保支付的管理要求和医疗服务的实际需要。

### **3.2 分组策略**

#### **3.2.1 分组理念**

DRG 分组采用病例组合（Case-mix）思想，疾病类型不同，应该通过诊断区分开；同类病例但治疗方式不同，亦应通过操作区分开；同类病例同类治疗方式，但病例个体特征不同，还应该通过年龄、并发症与合并症、出生体重等因素区分开，最终形成 DRG 组。



图3 DRG 分组理念

### 3.2.2 分组思路

(1) 以病案首页的主要诊断为依据，以解剖和生理系统为主要分类特征，参照 ICD-10 将病例分为主要诊断大类（Major diagnostic categories, MDC）。

(2) 在各大类下，再根据治疗方式将病例分为“手术”、“非手术”和“操作”三类，并在各类下将主要诊断和或主要操作相同的病例合并成核心疾病诊断相关组（ADRG），在这部分分类过程中，主要以临床经验分类为主，考虑临床相似性，统计分析作为辅助。

(3) 综合考虑病例的其他个体特征、合并症和并发症，将相近的诊断相关分组细分为诊断相关组，即 DRG，这一过程中，主要以统计分析寻找分类节点，考虑资源消耗的相似性。

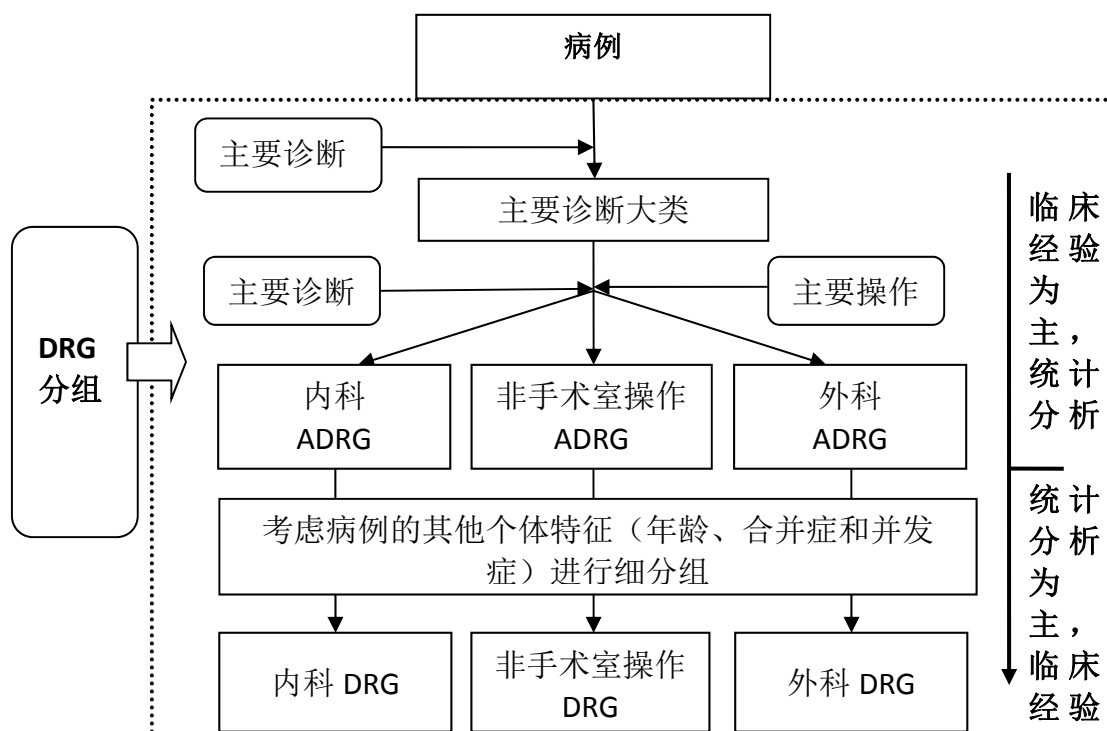


图4 DRG 分组思路

### 3.3 病组命名和编码规则

CHS-DRG 病组的中文名称结合临床习惯制定，并由医保局组织相关专家审定。

CHS-DRG 病组的代码由 4 位码构成，均以英文 A-Z 和阿拉伯数字 0-9 表示。DRG 代码各位编码的具体含义如下：

第一位表示主要诊断大类（MDC），根据病案首页的主要诊断确定，进入相应疾病主要诊断大类，用英文字母 A-Z 表示；

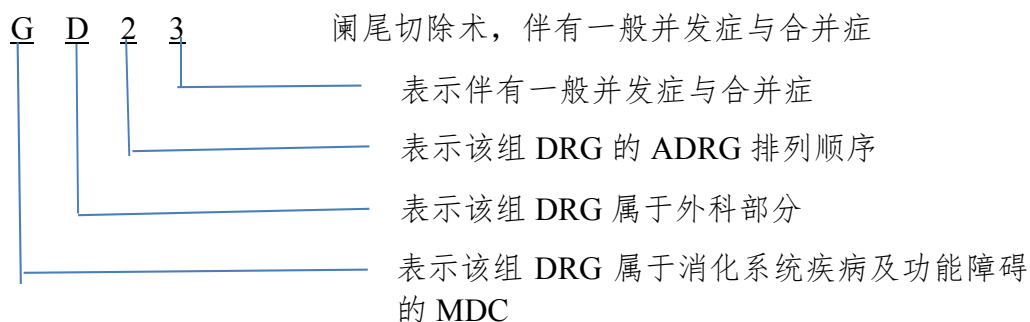
第二位表示 DRG 病组的类型，根据处理方式不同分为外科部分、非手术室操作部分（接受特殊检查，如导管、内窥镜检查等）和内科部分。用英文字母表示。其中：A, B, C, D, E, F, G, H, J 共 9 个字母表示外科部分；K, L, M, N, P, Q 共 6 个字母表示非手术室操作部分；R,

S, T, U, V, W, X, Y, Z 共 9 个字母表示内科部分；

第三位表示 ADRG 的顺序码，用阿拉伯数字 1-9 表示；

第四位表示是否有合并症和并发症或年龄、转归等特殊情况。用阿拉伯数字表示。其中“1”表示伴有严重并发症与合并症；“3”表示表示伴有一般并发症与合并症；“5”表示不伴有并发症与合并症；“7”表示死亡或转院；“9”表示未作区分的情况；“0”表示小于 17 岁组；其他数字表示其他需单独分组的情况。

举例：



### 3.4 分组过程和方法

#### 3.4.1 先期分组（Pre-MDC）的筛选原则与方法

为保证分组的科学性，将消耗大量医疗资源的病例单独成组，减少对整体分组效能的影响，设立先期分组（Pre-MDC）。

根据相关专业临床专家意见，在适合应用 DRG 付费的住院短期病例中，消耗大量医疗资源的病例进行归纳，按照统计分析结果进行分组。如涉及多系统的传染病，多发严重创伤，及资源消耗巨大的医疗技术等。

CHS-DRG 分组（V1.0）先期分组目录如下：

表 1 Pre-MDC 目录

DRG 编码	DRG 名称
MDCA	器官、骨髓或造血干细胞移植
MDCA	气管切开伴呼吸机支持
MDCP	出生<29 天内的新生儿
MDCY	HIV 感染疾病及相关操作
MDCZ	多发严重创伤

### 3.4.2 主要诊断大类（MDC）确定原则与方法

3.4.2.1 原则：直接根据病例的主要诊断确定，区分为 26 个疾病大类，主要以解剖和生理系统为主要分类特征。

3.4.2.2 方法：主要由临床专家根据病例出院主要诊断的 ICD 编码确定。

#### 3.4.2.3 MDC 目录

表2 CHS-DRG 主要诊断大类 (MDC)

序号	MDC 编码	MDC 名称
1	MDCA	先期分组疾病及相关操作
2	MDCB	神经系统疾病及功能障碍
3	MDCC	眼疾病及功能障碍
4	MDCD	头颈、耳、鼻、口、咽疾病及功能障碍
5	MDCE	呼吸系统疾病及功能障碍
6	MDCF	循环系统疾病及功能障碍
7	MDCG	消化系统疾病及功能障碍
8	MDCH	肝、胆、胰疾病及功能障碍
9	MDCI	肌肉、骨骼疾病及功能障碍
10	MDCJ	皮肤、皮下组织及乳腺疾病及功能障碍
11	MDCK	内分泌、营养、代谢疾病及功能障碍
12	MDCL	肾脏及泌尿系统疾病及功能障碍
13	MDCM	男性生殖系统疾病及功能障碍
14	MDCN	女性生殖系统疾病及功能障碍
15	MDCO	妊娠、分娩及产褥期
16	MDCP	新生儿及其他围产期新生儿疾病
17	MDCQ	血液、造血器官及免疫疾病和功能障碍
18	MDCR	骨髓增生疾病和功能障碍，低分化肿瘤
19	MDCS	感染及寄生虫病 (全身性或不明确部位的)
20	MDCT	精神疾病及功能障碍
21	MDCU	酒精/药物使用及其引起的器质性精神功能障碍
22	MDCV	创伤、中毒及药物毒性反应
23	MDCW	烧伤
24	MDCX	影响健康因素及其他就医情况
25	MDCY	HIV 感染疾病及相关操作
26	MDCZ	多发严重创伤

### 3.4.3 核心疾病诊断相关组（ADRG）确定原则与方法

核心疾病诊断相关组（简称核心 DRG 或 ADRG）是一组疾病诊断或手术操作等临床过程相似的病例组合。

#### 3.4.3.1 ADRG 的分组原则：

（1）综合考虑病例主要诊断和主要操作来划分；

（2）主要诊断和（或）主要操作相同或相近的病例进入同一 ADRG；

（3）根据是否有手术和非手术室操作，可将 ADRG 分为内科 ADRG、外科 ADRG，非手术室操作 ADRG 三类。

#### 3.4.3.2 ADRG 确定方法

①以收集的历史病历数据为基础，相关专业临床专家按其临床经验，对每一主要诊断大类内包含的病例按主要诊断的相似性和临床诊疗过程的相似性对疾病进行划分；

②每一个 ADRG 有一个明确的内涵描述，由一组满足临床相似性的疾病诊断及其相应的诊疗操作或内科治疗方式构成；

③在专家初步分组后，需依据分组情况提取病例数据资料，测算各 ADRG 的平均资源消耗，提供给专家参考校正分组结果，经多轮临床论证和数据验证达成一致结果后得出最终的分组结果；

④按照疾病的严重程度，诊疗过程的复杂程度和资源消耗进行排序和命名。

#### 3.4.3.3 CHS-DRG 的 ADRG 目录

CHS-DRG 初步分为 376 个核心疾病诊断相关组（ADRG），其中

外科手术组 167 个、非手术操作组 22 个，内科组 187 个。全部 ADRG 列表详见附件 1。

### 3.4.4 细分 DRG 的原则与方法

DRG(细分 DRG)是一组疾病诊断或手术操作等临床过程相似，且资源消耗相近的病例组合。

#### 3.4.4.1 细分的目的

提高分组的科学性和用于付费的准确性。细分因素可考虑年龄、合并症、并发症等因素，以缩小组内变异，提高分组效能为目标。

具备以下条件的 ADRG 的可进行细分：

- (1) 在 ADRG 组资源消耗的变异系数大于 1；
- (2) 个体特征对资源消耗有较大影响；
- (3) 疾病的严重程度对资源消耗有较大影响。

#### 3.4.4.2 细分的方法

##### (1) 细分过程

CHS-DRG 主要依据疾病组内病例的资源消耗是否相近，通常将住院费用或住院时间作为衡量资源消耗的指标。

根据国内外比较认可的标准，若疾病组内住院费用或住院时间的变异系数小于 1，可认为组内资源消耗的一致性高，疾病组可作为一个 DRG。反之，若疾病组内住院费用或住院时间的变异系数大于或等于 1，可认为组内病例消耗的资源不同，应该按照影响的因素（年龄、合并症和并发症等）进一步细分，直到组内的变异系数小于 1 为止。



住院费用（或住院时间）的变异系数  $CV = \frac{\text{住院费用（或住院时间）的标准差}}{\text{住院费用（或住院时间）的均数}}$

当主要因素都考虑以后，疾病组内病例住院费用或住院时间的变异系数仍然大于或等于 1 的时候，需通过临床医生和专家讨论判断确定 DRG。

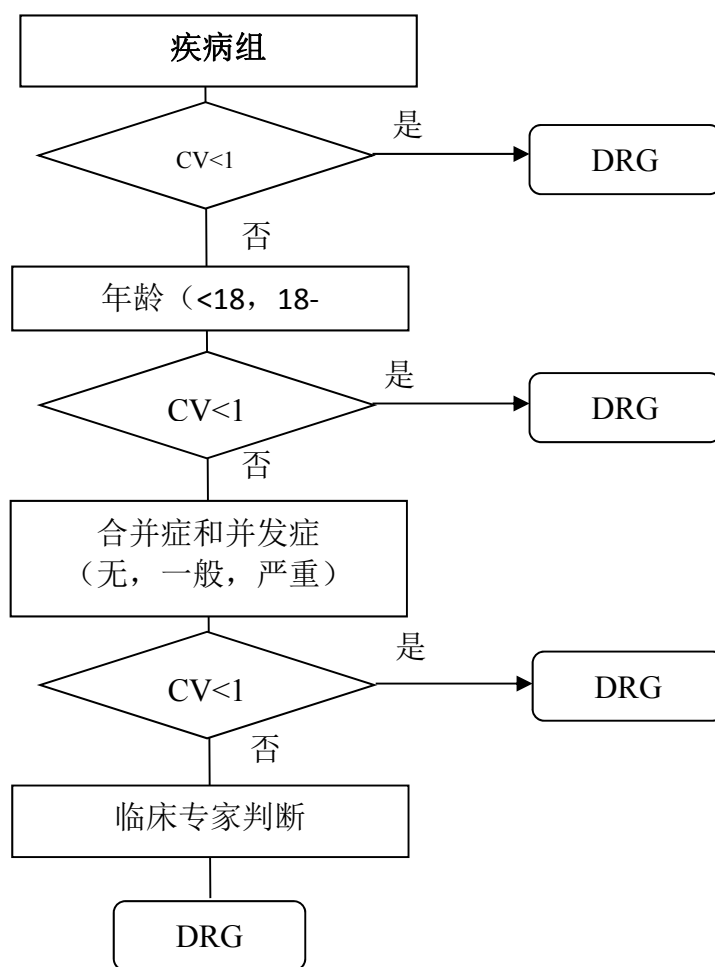


图 5 DRG 细分过程

## (2) MCC/CC 表的建立

细分过程中应充分考虑合并症和并发症对疾病组资源消耗的贡献，生成 MCC 表和 CC 表，以提高分组准确性。CC 表的建立有两种

模式，直接以次要诊断是否在列表中确定 MCC/CC 的列表模式（美国模式）和以病人临床复杂水平（PCCLs）确定 MCC/CC 的权重模式（澳大利亚模式），前者较为简便易行，而后者相对较为复杂。

### 1) 列表方式

将并发症/合并症分为三类，分别为重要（MCC）、一般（CC）和无（non-CC）三个级别。并发症/合并症处理的第一步是定义 MCC。要看次要诊断，如果有任何一个诊断在 MCC 编码表中，那么这条记录就定义为有 MCC 存在，MCC 的定义过程中不存在排除列表，如果出现该诊断即为 MCC。第二步，定义 CC。根据次要诊断信息，如果有任何一个在 CC 码表里，那么这个病人就定义为有 CC 存在；但如果主诊断在排除列表中出现，那么这一步所确定的 CC 就不能称为有效的 CC。此为美国 DRG 合并症/并发症处理的方式。

### 2) 权重方式

在分组过程中，将每个患者的 CC 编码根据其对医疗资源消耗程度赋一个严重程度权重，即一个 CC 水平（CCL），在内科疾病中 CCL 值域为 1 到 3，在外科疾病中 CCL 值域为 1 到 4。因为同一个患者可能有多个次要诊断，这样就会出现多个 CC，将资源消耗近似的并发症/合并症进行归类，得出代表疾病严重程度的指标即病人临床复杂水平（patient's clinical complexity level, PCCL），PCCLs 的值域为 0 到 4, PCCLs 是澳大利亚 AR-DRG 分组过程中的一个重要变量。

具体细分 DRG 计算步骤如下：

#### (1) 计算目标疾病组每个并发症/合并症发生的频率

从筛选出的患者出院次要诊断中，合并同类疾病中同质性较高的信息，将目标疾病组患者的 CC 情况按照从频数高到低的顺序依次排列。由于数据量有限，很多 CC 只发生于个别病例，因此将频数 $<5$ 的 CC 合并为其他。

#### (2) 统计病例并发症/合并症有无情况

建立患者 CC 情况数据库，数据库中包含患者姓名、床位号、年龄、主要诊断、次要诊断和费用信息。根据每份病历中的次要诊断信息，依次统计每位患者的并发症/合并症情况。例如患者主要诊断为肺部感染，次要诊断为高血压，则将有无高血压作为一个新的变量。

#### (3) 计算各并发症/合并症的权重系数

以患者合并症/并发症情况(比如高血压、胃肠炎等)作为自变量，患者住院费用作为因变量，建立多重线性回归模型。逐项评估每个 CC 对于住院费用的影响程度。所得的系数即为并发症/合并症的权重系数，表示该项 CC 对医疗资源的影响程度。若疾病所对应的系数为负值或经检验  $P>0.05$ ，则表示该合并症/并发症对医疗资源的消耗未造成影响，在计算 CC 分值的时候将这些疾病的权重值作为 0 来处理。

#### (4) 计算每个病例的组合 CC 分值

对于仅患有一种合并症/并发症的病例，该 CC 的权重系数即为该病例的组合 CC 分值；对于患有两种或多种并发症/合并症的病例，该病例的组合 CC 分值即为所患有的并发症/合并症权重系数加和。

#### (5) 病例组合

将所得到的组合 CC 分值，以及年龄等分组因素作为自变量，患

者住院费用作为因变量，运用 SPSS19.0 建立决策树模型，进行病例分组。考虑组合 CC 分值与年龄等分组因素之间的分组效果，并对不同组的患者费用进行非参数检验，看组间差异是否具有统计学意义，判断细分组是否合适。

具体 MCC 和 CC 表见 CHS-DRG 分组指导目录。

#### 3.3.4.3 分组结果判断标准

判断细分 DRG 组，需同时满足以下条件：

- (1) 组内病例数不少于 100 例；
- (2) 组内变异系数  $CV < 1$ （临床专家判断成组除外）；
- (3) 同一 ADRG 内细分的 DRG 组间平均费用的相对差异不低于 20%。

#### 3.4.4.4 细分结果（CHS-DRG 分组指导目录）

分组结果见 CHS-DRG 分组指导目录。

### 3.5 分组效能评价

#### 3.5.1 评价目的

分组过程中需要不断对分组结果进行分组效能评价，衡量分组方案是否满足 DRG 分组和付费的需要，评价结果是指导分组方案修改和完善的主要依据。

#### 3.5.2 主要指标与计算方法

分组效能评价的主要指标包括：

- ①ADRG 组数

②DRG 组数

③总体病例入组率=入组病例数/收集病例数×100%

④规范病例入组率=入组病例数/数据审核后保留病例数×100%

⑤CV<1 组数占比=CV<1 的 DRG 组数/DRG 组数

⑥CV<0.8 组数占比=CV<0.8 的 DRG 组数/DRG 组数

⑦合理入组病例数占比=同时满足所有细分组标准的 DRG 组的入组病例数/数据审核后保留病例数×100%

⑧总体方差减少系数（RIV）是子集离均差平方和与总体离均差平方和的比值。系统化结构化的过程使得数据的变异度下降，数据内在规律把握得越好，系统化的程度就越高，变异度下降的幅度就越大，即 RIV 就越大。

## 4. CHS-DRG 相对权重计算与调整

### 4.1 概念与内涵

DRG 相对权重（RW）是对每一个 DRG 依据其资源消耗程度所给予的权值，反映该 DRG 的资源消耗相对于其它疾病的程度。

### 4.2 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，数值越高，反映该病组的资源消耗越高，反之则越低。

（2）考虑到数据的分布和其他外部影响因素，DRG 权重设定时还需考虑去除特殊数据点、剔除不合理费用、采用作业成本法校正等

方法，对初步权重结果进行调整。

(3) DRG 权重调整完成后，应由专家委员会综合评价其合理性，即不同 DRG 组的权重设定是否恰当地系统反映了不同 DRG 组之间技术难度、资源消耗等方面的差别以及医保政策的重点。

### 4.3 基础权重计算方法

#### 4.3.1 CHS-DRG 基础权重的计算公式

$$\text{某DRG权重} = \frac{\text{该DRG中病例的例均费用}}{\text{所有病例的例均费用}}$$

#### 4.3.2 CHS-DRG 组病例例均费用数据来源

##### (1) 历史数据法

采用前 3 年住院病例的历史费用或成本数据计算权重，各 DRG 组权重是每一 DRG 组的平均住院费用与全部病例的平均住院费用之比。由于医疗费用数据比医疗成本数据更易获取，目前大多数 DRG 方案均采用医疗费用历史数据法计算基础权重。（不建议使用平均住院日替代医疗费用）

##### (2) 作业成本法

由于当前医疗服务价格存在严重扭曲，医疗服务收费价格不能很好地体现医务人员技术劳务价值，当前实际住院费用的结构并不能真实地反映医疗服务的成本结构，因此，作业成本法按照医疗服务的过程，将住院费用按“医疗”“护理”“医技”“药耗（药品耗材）”“管理”分为 5 类，对照国际住院费用不同部分的成本结构，参考临床路径或专家意见确定每个 DRG 各部分比例，进行内部结构调整，提高 DRG 权

重中反映医务人员劳动价值部分比例，并相对降低物耗部分比例，然后再使用调整后的费用均值计算 DRG 权重值，因而能比历史数据法更好地反映出医疗服务的真实成本结构。

## 4.4 权重调整

### 4.4.1 调整的目的：

(1) 当前医疗费用的结构是不合理的，不能准确反映医疗服务成本结构，导致了医疗费用与成本的矛盾，用医疗费用而不是医疗成本计算 DRG 相对权重，直接影响了权重对医疗服务价值的表达。

(2) 对根据费用计算的 DRG 基础权重进行调整，可以达到如下目的：

一是解决医疗费用支出与成本之间的矛盾，使有限的基金能够得到更好的利用，创造更大的价值。

二是体现医保政策导向，通过提高疑难重症 DRG 组的权重值，降低轻症 DRG 组的权重值，引导三级医院提高服务能力，积极收治疑难重症，而主动将常见病、多发病转诊至二级或社区医院诊治，推动分级诊疗实现。

(3) 权重调整是在保持总权重不变的前提下调整不同 DRG 组的权重。

### 4.4.2 调整权重的方法

(1) 根据资源消耗结构调整：

保持总权重不变，以资源为焦点重新进行成本的归属，统一出院病人费用明细项目，将费用归集到医疗、护理、医技、药品与耗材、

管理 5 类，根据合理的成本构成调整住院医疗费用，使用调整后的住院医疗费用计算各 DRG 组的权重。

(2) 根据疾病诊治难易程度调整：

由卫生行政管理部门、医学会（医师协会）、医院集团等利益相关方代表，与医保付费政策制定方进行沟通、谈判，对 DRG 组测算权重难以体现医疗难度与医疗风险的部分 DRG 组权重进行调整，增加诊治难度大、医疗风险高的 DRG 组权重。

(3) 根据医保政策目标调整：

根据当前医保政策目标，在总权重不变的前提下，提高医保当前重点保障的重大疾病和急危重症的权重，同时相对降低技术难度较低疾病的权重，以体现基本医保重点保障、合理分流等政策目标。

## 5. CHS-DRG 费率与付费标准测算

### 5.1 基本思路

完成了 DRG 分组后，付费标准测算的首先根据各 DRG 组内例均住院费用与所有病例的例均住院费之比计算并调整各 DRG 权重，然后以调整后 DRG 权重为基础，根据历史数据测算各类试点医院预计 DRG 出院病人数和总权重，并根据医保年度预算基金额度和预期支付比例推算出年度医保病人总费用，再以总权重为系数将年度病人总费用分配到每一权重上，即计算出各类医院的费率。最后根据各 DRG 组的权重和各类医院的费率即可计算出各类医院某 DRG 组的



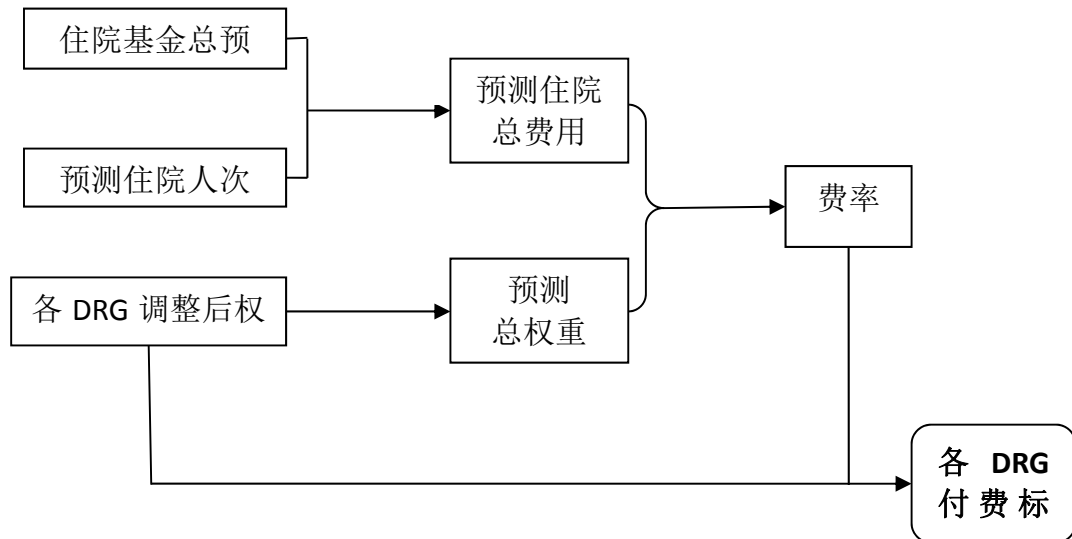
付费标准。

## 5.2 测算原则

DRG 费率和付费标准测算遵循以下原则：

- 区域总额预算
- 给出医疗费用的合理增长空间
- 同级医院同病同价
- 考虑医疗机构间服务能力差异
- 多角度验证
- 医保患三方共赢

## 5.3 测算流程



## 5.4 测算方法

在 DRG 权重调整的基础上，各 DRG 付费标准的测算简单而言就是将住院基金预算作为总量，反算为住院总费用后分配到每一权重上，得到费率，各 DRG 依据费用乘以自身权重获得相应的付费标准。主

要计算步骤如下：

#### 5.4.1 年度住院基金预算

各地根据实际情况确定进行支付方式改革的医疗机构当年预留的住院基金总量，以此作为总预算。如果当地医保部门有基金预决算科室，则以其基金预算结果为准。如无预算，则用以下公式计算年度住院统筹基金预算。

年度住院统筹基金预算 = 本年度基金累计筹集总额（本年度基金筹集总额 + 上年度结余基金） - 风险金 - 门诊统筹基金 - 其他基金（包括住院分娩、门诊大病以及门诊慢病等）

#### 5.4.2 年度住院人次预测

以试点医院前三年住院人次的平均增长率预测改革当年的总住院人次：

预测住院人次 = 上一年住院总人次 × (1 + 前三年住院人次的平均增长率)

#### 5.4.3 预测住院总费用：

住院总费用的预测，根据不同的情况主要有两种计算方法。

(1) 若当地医保报销没有目录外的自费项目，则以实际的住院起付线和报销比例为依据，在住院基金总预算和预测住院人次的基础上预测改革当年的住院总费用：

$$\text{当年预测住院总费用} = \frac{\text{住院基金总预算}}{\text{报销比例}} + \text{预测住院人次} \times \text{起付线}$$

如果参与 DRG 付费改革的不同医疗机构报销政策不一致，则分别预测各类报销政策下医疗机构住院总费用，再将各医疗机构预测住院总费用相加得到实施区域内预测住院总费用。

(2) 若当地医保报销有目录外的自费项目, 则根据各地的实际补偿比预测住院的总费用:

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补偿比

#### 5.4.4 计算总权重

总权重的计算不仅要考虑各 DRG 的病例数, 还要考虑各 DRG 的权重, 其实际上是各 DRG 内病例数的加权求和。先计算改革当年各 DRG 的病例数:

$$\text{各DRG预测例数} = \text{当年预测住院人次} \times \frac{\text{上年各DRG例数}}{\text{上年总住院人次}}$$

再计算预测当年总权重:

$$\text{预测DRG总权重} = \Sigma (\text{各DRG预测例数} \times \text{各DRG调整后权重})$$

#### 5.4.5 计算费率

费率即为分配到每一权重上的可能消耗的住院费用, 按以下公式计算:

$$\text{当年DRG费率} = \frac{\text{当年预测住院总费用}}{\text{预测DRG总权重}}$$

#### 5.4.6 计算付费标准

费率乘以每一 DRG 组权重即为每一 DRG 组付费标准。

$$\text{各DRG付费标准} = \text{当年DRG费率} \times \text{各DRG调整后权重}$$

### 5.5 费率与付费标准的验证与调整

#### 5.5.1 费率与付费标准的验证

根据上述程序完成某个地区的 DRG 费率和付费标准测算以后, 需要按当地前一年出院病人的实际住院费用进行模拟结算, 并在考虑

当年住院总费用增长率的前提下对当年费用情况进行模拟。按照 DRG 付费方案设计，根据 DRG 分组结果和测算的付费标准模拟的 DRG 病人总费用与病人实际住院费用之间应非常接近，如其总差异不超过 5%，可以认为费率和付费标准较为适宜。如该差异大于 5%，则说明当前费用和付费标准与实际情况差距较大，需要进行调整。

$$\text{DRG 病人总费用} = \sum(\text{某 DRG 入组病人数} \times \text{该 DRG 组付费标准})$$

### 5.5.2 费率与付费标准的调整

由于医学科技发展和社会经济水平提高等因素的综合影响，医疗费用总体上是呈现增长的趋势，因此，在进行 DRG 费用和付费标准计算时，需要考虑医疗费用合理增长因素，在预测下一年的费用和付费标准时，给出适当的医疗费用增长空间（须控制在医改政策允许的最大增长范围内），以免制约定点医疗技术的发展，合理补充其成本支出。

同时，在 DRG 正常运行以后，DRG 费用和付费标准需要在下一年度开始前进行常规调整，以使 DRG 费率水平跟上医疗机构技术发展和医疗费用增长的要求。费率和付费标准的调整需根据 5.4 中的测算方法，利用前 3 年 DRG 分组器中的实际出院结算数据和当年可用住院统筹基金的数量进行测算，以保证费率测算数据的准确性和可靠性。

## **6. CHS-DRG 结算细则制定与实施**

### **6.1 制订结算细则的目的**

DRG 费率和付费标准规定了每个 DRG 组给定的费用水平，这个费用水平是包括目录外费用、起付线等自付费用、住院统筹基金支付费用等在内的所有费用，而医保基金对于协议医疗机构实际支付只体现为住院统筹基金支付费用，而这个支付费用如何计算，又如何支付给协议医院，需要各地医保经办机构在 DRG 结算细则或办法中予以明确。通过制订结算细则，可以对应用 DRG 结算的范围、编码、特殊病例结算方法、基金结算与拨付方式等内容进行详细规定。

### **6.2 结算细则的主要内容**

#### **6.3.1 CHS-DRG 结算的适用范围**

(1) 应用的业务范围：DRG 结算目前暂仅应用于参保人在 DRG 付费试点定点医疗机构发生的应由医疗保险基金支付的住院费用，由医疗保险经办机构按照 DRG 付费标准和当前支付政策对定点医疗机构进行结算。参保人的住院待遇按照既定政策结算和享受，暂不受 DRG 结算的影响

(2) 应用的医疗机构范围：DRG 结算细则暂只应用于开展 DRG 付费试点的所有医疗机构，未开展 DRG 试点的医疗机构继续沿用原有的结算方式和政策。

(3) 应用的疾病范围：DRG 付费更适用于急性期住院患者，而对住院时间过长，或住院资源消耗与医疗效果关系不密切、或有特殊

结算政策的病种不适用。如精神病患者、住院时间超过 60 天的长期住院患者、定额补助的住院分娩患者、日间手术等，一般不采用 DRG 结算方式，而采用床日或单病种付费。

### 6.3.2 规定疾病诊断和手术操作编码版本

规定本地 DRG 试点结算所使用的标准疾病诊断分类编码(ICD-10)和手术操作编码 (ICD-9-CM3) 的版本，本次国家试点结算应全部使用国家医保局制订的疾病病诊断分类编码(ICD-10)和手术操作编码 (ICD-9-CM3) 的版本。

### 6.3.3 病案数据上传时间及结算流程

结算细则应对出院病例的病案数据上传时间及流程做出规定。一般规定定点医疗机构在医保病人出院后（一般 3 日内）及时完成病案审核，并及时向医疗保险经办机构上传参保人住院病案首页等相关数据信息，医疗保险经办机构实时反馈 DRG 入组情况，如有异常病案，定点医疗机构可在 10 个工作日对异常病案数据信息进行修改，数据传输及修改工作须在参保人出院结算医疗费用后 10 个工作日内完成。

### 6.3.4 普通 DRG 入组患者基金支付费用计算方法

对于普通 DRG 入组患者，医疗保险经办机构按照 DRG 分组结果进行定点医疗机构住院费用结算，具体计算公式为：

医保基金 DRG 应支付住院费用= $\sum$ [(参保人员住院所属 DRG 组的支付标准—全自费费用—先自付费用—起付线)×政策规定的基金支付比例]

其中：全自费费用为医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设

施范围外的医疗费用；先自付费用是指某些高值材料或项目，按照当地医保政策规定，须先个人支付一部分（一般为 10%），其他部分才计入医保支付范围；起付线是指当地医保政策规定政策范围内先应由个人支付的部分；政策规定支付比例为当地医保规定的政策范围内的支付比例。

此公式为基本结算公式。医保经办机构与医疗机构实际结算过程中，不需要规定一个总体的政策支付比，而是在计算机结算程序中直接用“该患者所属 DRG 组的付费标准”替代该患者的“住院总费用”，应用给病人减免结算的所有政策与流程进行 DRG 支付金额的计算即可。

如上述公式计算 DRG 应支付结果 $\leq 0$ 时，则按 0 计算。

### 6.3.5 特殊病例基金支付费用计算方法

为了鼓励医院收治疑难重症，防止推诿病人和低标准入院等情况的出现，DRG 结算细则对未入组病例、极高费用病例、极低费用病例、低住院时间病例等的认定标准、程序与具体结算办法做出规定。此部分病例是医保基金监管的重点，需重点审查。

#### （1）未入组病例

医院初次提交病案未能入组的病例，须由医院对病案重新审核后，在规定的时间内再次提交给分组器进行分组，如仍然不能进入 DRG 分组，则需查明不能入组原因。如属于现行 DRG 分组方案暂未包括的参保人住院病案，在确定新的分组前对其住院医疗费用按项目付费方式进行结算。

## (2) 费用极高病例

参保病例能入组，但住院总费用高于 DRG 支付标准规定倍数的（一般规定三级医院超过 3 倍，二级医院超过 2 倍，各地可自行规定），定义为费用极高病例。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，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本院出院人次 5%，如超过 5%，则按照住院总费用高于 DRG 支付标准的差额从高到低进行排序，取排序在前 5% 的人次所对应的费用按项目付费方式结算。

## (3) 费用极低病例

参保病例能入组，但住院总费用低于 DRG 支付标准规定倍数的（一般规定为 30%，各地可自行规定），定义为费用极低病例。为保证医保基金的使用效率，费用极低病例同样按项目付费方式结算。

## (4) 其他特殊申请按项目付费患者

定点医疗机构可根据临床需要，向医保经办机构申请部分特殊患者按项目付费，但须严格控制按项目付费的患者数量，按月考核按项目付费的患者数，不得超过总出院人次的 3%。拟按项目付费的患者，定点医院须逐例申报，医保经办机构审核通过后方可按项目付费结算。

可特殊申请按项目付费结算的参保患者，仅包含以下四种情况：

- 1) 急诊入院的危急症抢救患者；
- 2) 已在医保经办备案的新技术项目。可暂先按项目付费执行一年后，再根据数据进行测算，修订该病种分组的支付标准。
- 3) 住院天数过长或住院费用过高等特殊情况；



4) 经医保经办机构核准可申请按项目付费的其他情况。

此外，对于住院天数远低于该地平均住院日的低住院天数患者（一般≤4天），为提高基金的使用效率，各地也可自行根据天数选用按比例结算等结算方式。

### 6.3.6 医保基金拨付与清算

医疗保险经办机构与定点医疗机构按照“年度预算、月度预拨、季度考核结算、年终清算”的方式进行医疗费用结算。

(1) 试点定点医疗机构实行年度预算管理，按照试点定点医疗机构近年各季费用发生规律，分配各季预算额度。

(2) 医疗保险经办机构每季前两月按定点医疗机构当年月度预算额的 90%进行预拨。

(3) 医疗保险经办机构每季度按照当地《基本医疗保险 DRG 付费考核表》，对定点医疗机构 DRG 付费运行情况进行考核。再根据考核情况，按照支付标准和细则对定点医疗机构的住院费用进行结算，结算时按定点医疗机构 DRG 结算费用的 10%预留质量保证金。具体计算公式为：

定点医疗机构 DRG 结算费用=（医疗保险基金 DRG 应支付的住院费用+医疗保险基金项目支付的住院费用）

定点医疗机构 DRG 质量保证金=定点医疗机构 DRG 结算费用×10%

(4) 医疗保险经办机构根据 DRG 付费季度和年度考核结果，对定点医疗机构进行年终清算，年终清算可与第四季度结算一并进行。年终清算金额可以根据考核分值按比例扣除。

### 6.3.7 其他补充规定

对于当地和医保结算政策相关的其他政策如健康扶贫政策、日间手术、医联(共)体按人头总额管理、违规查处等如何执行进行规定。

## 6.3 DRG 结算效果评估与细则的修订

DRG 结算细则设定是否合理,同样需要在执行一段时间后进行评估,并根据评估的结果对结算细则做进一步的修订和完善。最常用的评估指标是比较 DRG 结算实际基金给付与医院垫付资金的差异,如差异小于 10%,通常认为 DRG 付费标准和结算细则较为适宜,否则就需要进一步修改和完善。

## 7. CHS-DRG 监管考核与评价

### 7.1 监管考核的目的与意义

在实施 DRG 付费的过程中,为了保障 DRG 付费能够可持续的运行,避免并遏制可能存在的医疗机构选择轻病人住院、推诿重病人、升级诊断和服务不足等现象,保证参保居民受益水平,医保经办机构应该建立相应的 DRG 付费监管考核制度。DRG 监管考核是对 DRG 试点医疗机构的行为,以及 DRG 实施的过程和结果进行的监督和管理,是确保医疗机构产生期望的医疗行为改变、保证医疗服务质量和合理支付的重要手段。

DRG 监管考核不仅仅侧重结果,更重视过程,包括实时监管和事后监管。在 DRG 付费改革实施初期,由于经办机构能力不足,信

息化水平不高，大多采取事后监管的方式，即对门诊或出院病人的诊疗过程和结算信息进行审核、稽查，发现不合理行为或不合理费用，对不合理行为或费用不予付费。随着经办机构能力的提升和信息化手段的不断完善，实时监管、智能监管成为必要和趋势。

## **7.2 考核主体和对象**

**7.2.1 考核主体：**医保局和医保经办机构为考核主体，负责本地区 DRG 付费方式改革的运行监督，同时负责对各试点医疗卫生机构的住院病案进行阶段性审核，并根据考核办法对定点医疗机构进行阶段考核评估工作，依据考核结果拨付定点医疗机构住院补偿费用。

**7.2.2 考核对象：**各地区开展医保住院按 DRG 付费试点的定点医疗机构均作为考核对象。

## **7.3 DRG 监管考核指标体系**

DRG 考核监管指标主要内容包括组织管理和制度建设、病案质量、医疗服务能力、医疗行为、医疗质量、资源效率、费用控制和患者满意度等。

**(1) 组织管理和制度建设：**通过组织管理和制度建设考核以反映医疗机构是否积极参与到 DRG 付费中，并制定相应的措施以保障 DRG 付费的顺利开展和有效运行。管理制度建设包括：病案管理、临床路径管理、成本核算管理、绩效考核制度建设等配套措施的建立情况的考核。

**(2) 病案质量：**由于病案的质量直接影响 DRG 分组和付费标准测算的准确性，也能反映实施 DRG 付费的医疗机构诊疗规范情

况，因此，需从病案首页完整性、主要诊断选择准确率等方面对病案首页质量进行评价。

**(3) 医疗服务能力：**通过对收治病例覆盖的 DRG 组数、病例组合指数值（CMI 值）、住院服务量、转县外住院病人比例等的考核，可反映医疗机构的服务能力，也可作为实施 DRG 付费的不同医疗机构间进行比较的重要指标。

**(4) 医疗行为：**从分解住院率、按照医疗原则收治病人、因病施治、规范住院收费行为等方面考核可能出现的选择轻病人、推诿重病人和让患者在住院前或者住院期间到门诊交费的现象。

**(5) 医疗质量：**从入出院诊断符合率、30 天内返住率、院内感染发生率和平均住院日等方面考核可能出现的升级诊断、服务不足和效率不高等现象。

**(6) 资源使用效率：**从不同医疗机构间 DRG 的时间消耗指数、资源消耗指数比较来反映各医疗机构资源消耗的差异。

**(7) 费用控制：**从药占比、次均住院费用、实际补偿比和自费项目费用比例等方面考核实施 DRG 付费后，医疗机构是否主动控制成本，减少不合理的用药和检查，医药费用不合理上涨是否得到遏制，参保居民受益水平是否得到提高。

**(8) 患者满意度：**从患者对医疗行为和医疗质量的满意度方面的调查，考核 DRG 实施后，医疗机构是否存在医疗行为改变、医疗服务质量下降等情况直接导致的参保居民满意度下降。

各地具体指标体系可根据当地实际情况对上述指标进行丰富和

组合，以达到考核和激励的作用。指标体系具体内容还应实时针对实施过程中反映出的具体问题来调整，以保证支付方式改革正常推进。

## **7.4 考核办法和考核周期**

**7.4.1 考核办法：**考核以客观资料查阅、复核、随访为主，把日常考核与定期考核有机结合。日常考核以医保经办机构平时工作中收集的违规记录为主；定期考核由医保经办机构组织人员全面实施考核。

**7.4.2 考核周期：**DRG 付费运行之初，应每月抽取定点医疗机构的不少于 10%的病历进行考核，待运行稳定后，可根据情况实行季度考核或年度考核。

## **7.5 考核兑现与激励**

对试点的DRG付费考核坚持“考核与付费”相结合的办法。考核满分为100分，考核满分或合格则拨付全部质量保证金，如考核不合格，根据一定比例扣除应拨付的质量保证金。如每扣除1分，扣除相应比例（如1%左右）的应拨付资金。

在定点医疗机构内部可根据DRG付费结果制定相应的绩效分配办法，根据科室及个人的考核结果，进行绩效分配，从而建立有效的激励机制，确保DRG付费改革的正常运行。

## **7.6 综合监测与评价**

### **7.6.1 常规监测**

启动 DRG 付费后，医保经办机构和定点医疗机构应对 DRG 付费的实施方案的运行效果进行日常监测，主要包括几个方面的监测：一

是对病案首页质量和诊疗行为的监测，包括病案首页填写完整性、主要诊断选择正确性和诊疗行为规范性等；二是对付费标准合理性的监测，包括付费标准与实际住院费用的符合程度，不同诊治难易程度病组结余情况等；三是医保住院的常规运行指标的监测，如医疗机构平均住院天数、次均费用、药品费用、收支情况等信息。以月为单位对 DRG 付费进展情况进行常规监测。

### 7.6.2 周期性评价

在常规监测的基础上，可每半年或一年对 DRG 付费改革的实施效果进行周期性评价，从医保住院医药费用的整体情况、医疗行为的改变、医疗质量的保证和参保患者的受益程度和满意度等不同维度进行评价，综合、全面和真实地反映支付方式改革的整体效果。

## 附件 1 CHS-DRG 核心疾病诊断相关组 (ADRG) 目录

CHS-DRG 初步分为 376 个核心疾病诊断相关组 (ADRG), 其中外科手术组 167 个、非手术操作组 22 个, 内科组 187 个。

附表 1 CHS-DRG 核心疾病诊断相关组 (ADRG) 目录

ADRG 编码	ADRG 名称
<b>MDCA</b>	<b>先期分组疾病及相关操作</b>
AA1	心脏移植
AB1	肝移植
AC1	胰/肾联合移植
AD1	胰腺移植
AE1	肾移植
AF1	肺移植
AG1	异体骨髓 / 造血干细胞移植
AG2	自体骨髓 / 造血干细胞移植
AH1	气管切开伴呼吸机支持≥96 小时或 ECMO
<b>MDCB</b>	<b>神经系统疾病及功能障碍</b>
BB1	脑创伤开颅术
BB2	除创伤之外的其他开颅术
BC1	伴出血诊断的颅内血管手术
BC2	脑室分流及翻修手术
BD1	脊髓手术
BD2	神经刺激器植入或去除术
BE1	颈及脑血管手术
BE2	脑血管介入治疗
BJ1	神经系统其他手术
BL1	脑血管病溶栓治疗
BM1	脑血管介入检查术
BR1	颅内出血性疾患
BR2	脑缺血性疾患
BS1	非创伤性意识障碍
BT1	病毒性脑、脊髓和脑膜炎
BT2	神经系统的其他感染
BU1	神经系统肿瘤
BU2	神经系统变性疾患
BU3	脱髓鞘病及小脑共济失调
BV1	癫痫病
BV2	神经源性肌肉病
BV3	头痛
BW1	神经系统先天性疾患
BW2	脑性麻痹

<b>ADRG 编码</b>	<b>ADRG 名称</b>
BX1	大脑功能失调
BX2	颅神经/周围神经疾患
BY1	颅脑开放性损伤
BY2	颅脑闭合性损伤
BY3	脊髓伤病及功能障碍
BZ1	神经系统其他疾患
<b>MDCC</b>	<b>眼疾病及功能障碍</b>
CB1	玻璃体、视网膜手术
CB2	虹膜手术
CB3	晶体手术
CB4	视网膜、虹膜及晶状体以外的内眼手术
CC1	角膜、巩膜、结膜手术
CD1	眼眶手术
CD2	除眼眶外的外眼手术
CJ1	其他眼部手术
CR1	眼部恶性肿瘤及交界性肿瘤
CS1	眼的神经及血管疾患
CT1	前房出血及眼创伤的非手术治疗
CU1	急性重大眼感染
CV1	各种类型青光眼
CW1	各种类型白内障
CX1	其他疾患引起眼部病变
CZ1	其他眼部疾患
<b>MDCD</b>	<b>头颈、耳、鼻、口、咽疾病及功能障碍</b>
DA1	头颈恶性肿瘤大手术
DB1	恶性肿瘤之外的头颈大手术
DB2	人工听觉装置植入
DC1	中耳/内耳/侧颅底手术
DC2	耳部其他小手术
DD1	鼻成型术
DD2	鼻腔、鼻窦手术
DE1	咽、喉、气管手术
DE2	扁桃体和/或腺样体切除手术
DG1	腮腺及其他唾液腺手术
DG2	颅/面骨手术
DG3	唇、腭裂修补术
DJ1	头颈、耳、鼻、咽、口其他手术
DK1	其他头颈、耳、鼻、咽、口治疗操作
DR1	头颈、耳、鼻、咽、口恶性肿瘤
DS1	平衡失调及听觉障碍
DT1	中耳炎及上呼吸道感染
DT2	会厌炎、喉炎及气管炎
DU1	头颈、外耳、口、鼻的创伤及变形



<b>ADRG 编码</b>	<b>ADRG 名称</b>
DV1	头颈、耳、鼻、咽、口非恶性增生性疾患
DW1	口腔、牙齿有关疾患
DZ1	其他头颈、耳、鼻、咽、口疾患
<b>MDCE</b>	<b>呼吸系统疾病及功能障碍</b>
EB1	胸部大手术
EC1	纵隔手术
ED1	胸部其他手术
EJ1	呼吸系统其他手术
ER1	呼吸系统肿瘤
ER2	肺栓塞
ER3	肺水肿及呼吸衰竭
ES1	呼吸系统结核
ES2	呼吸系统感染/炎症
ET1	肺间质性疾患
ET2	慢性气道阻塞病
EU1	重大胸部创伤
EV1	呼吸系统症状、体征
EW1	胸膜病变及胸腔积液
EX1	哮喘及喘息性支气管炎
EX2	百日咳及急性支气管炎
EZ1	其他呼吸系统疾患
<b>MDCF</b>	<b>循环系统疾病及功能障碍</b>
FB1	心脏辅助系统植入
FB2	心脏瓣膜手术伴心导管操作
FB3	心脏瓣膜手术
FC1	冠状动脉搭桥伴 PTCA
FC2	冠状动脉搭桥伴心导管操作
FC3	冠状动脉搭桥
FD1	先天性心脏病复杂手术
FD2	先天性心脏病常规手术
FD3	先天性心脏病介入治疗
FE1	主动脉手术
FF1	外周动脉人工/自体血管置换/搭桥手术
FF2	外周动脉其他手术
FF3	静脉系统复杂手术
FF4	静脉系统常规手术
FJ1	循环系统其他手术
FK1	永久性起搏器植入
FK2	心脏起搏器置换或更新
FK3	心脏除颤器植入或更新
FL1	经皮心脏消融术伴房颤和/或房扑
FL2	经皮心脏消融术除房扑、房颤外其他心律失常
FM1	经皮冠状动脉支架植入

<b>ADRG 编码</b>	<b>ADRG 名称</b>
FM2	其他经皮心血管治疗
FM3	经皮心导管检查操作
FN1	外周动脉经皮血管内检查和/或治疗
FN2	外周静脉经皮血管内检查和/或治疗
FR1	心力衰竭、休克
FR2	急性心肌梗死
FR3	心绞痛
FR4	冠状动脉粥样硬化/血栓/闭塞
FS1	循环系统肿瘤
FT1	心肌病
FT2	感染性心内膜炎
FT3	瓣膜疾患
FU1	严重心律失常及心脏停搏
FU2	心律失常及传导障碍
FV1	先天性心脏病
FV2	高血压
FV3	晕厥及/或虚脱
FV4	胸痛
FW1	动脉疾患
FW2	静脉疾患
FZ1	其他循环系统疾患
<b>MDCG</b>	<b>消化系统疾病及功能障碍</b>
GB1	食管、胃、十二指肠大手术
GB2	小肠、大肠（含直肠）的大手术
GC1	食管、胃、十二指肠其他手术
GC2	小肠、大肠（含直肠）的其他手术
GD1	伴穿孔、化脓、坏疽等阑尾切除术
GD2	阑尾切除术
GE1	腹股沟及腹疝手术
GE2	疝其他手术
GF1	肛管、肛门及肛周手术
GF2	直肠其他手术
GG1	腹腔/盆腔内粘连松解术
GJ1	消化系统其他手术
GK1	消化系统其他内镜治疗操作
GK2	胃镜治疗操作
GK3	结肠镜治疗操作
GR1	消化系统恶性肿瘤
GS1	胃肠出血
GT1	炎症性肠病
GU1	伴出血或穿孔的消化溃疡
GU2	其他消化溃疡
GV1	消化道梗阻或腹痛

<b>ADRG 编码</b>	<b>ADRG 名称</b>
GW1	食管炎、胃肠炎
GZ1	其他消化系统诊断
<b>MDCH</b>	<b>肝、胆、胰疾病及功能障碍</b>
HB1	胰、肝切除和/或分流手术
HC1	胆囊切除术伴胆总管手术
HC2	胆总管手术
HC3	胆囊切除术
HC4	除胆囊切除术以外的胆道手术
HJ1	与肝、胆或胰腺疾患有关的其他手术
HK1	食管曲张静脉出血的治疗性内镜操作
HL1	肝胆胰系统的诊断性操作
HL2	肝胆胰系统的治疗性操作
HR1	肝胆胰系统恶性肿瘤
HS1	肝功能衰竭
HS2	肝硬化
HS3	病毒性肝炎
HT1	急性胰腺炎
HU1	急性胆道疾患
HZ1	其他肝脏疾患
HZ2	胆道其他疾患
HZ3	胰腺其他疾患
<b>MDCI</b>	<b>肌肉、骨骼疾病及功能障碍</b>
IB1	前后路联合脊柱融合术
IB2	脊柱融合手术
IB3	与脊柱有关的其他手术
IC1	髋、肩、膝、肘和踝关节假体翻修/修正手术
IC2	髋、肩、膝、肘和踝关节置换术
IC3	除置换/翻修外的髋、肩、膝、肘、踝的关节手术
ID1	小关节手术
IE1	骨盆髌臼手术
IF1	上肢骨手术
IF2	手外科手术
IF3	股骨手术
IF4	除股骨以外的下肢骨手术
IF5	骨科固定装置去除/修正术
IG1	肌肉、肌腱手术
IH1	周围神经手术
IJ1	骨骼肌肉系统的其他手术
IR1	骨盆骨折
IR2	股骨颈骨折
IR3	股骨干及远端骨折
IS1	前臂、腕、手或足损伤
IS2	除前臂、腕、手足外的损伤

<b>ADRG 编码</b>	<b>ADRG 名称</b>
IT1	骨髓炎
IT2	慢性炎症性肌肉骨骼结缔组织疾患
IT3	感染性关节炎
IU1	骨病及其他关节病
IU2	颈腰背疾患
IU3	骨骼、肌肉、结缔组织恶性病损、病理性骨折
IV1	除脊柱外先天性骨骼肌肉系统疾患
IZ1	肌肉骨骼系统植入物/假体的康复照护
IZ2	骨骼、肌肉、肌腱、结缔组织的其他疾患
<b><u>MDCJ</u></b>	<b><u>皮肤、皮下组织及乳腺疾病及功能障碍</u></b>
JA1	乳房恶性肿瘤根治性切除伴乳房重建术
JA2	乳房恶性肿瘤根治性切除术
JB1	乳房成型手术
JB2	乳腺切除手术
JB3	其他乳房手术
JC1	颜面及其他皮肤、皮下组织成型术
JD1	皮肤移植手术
JD2	皮肤清创手术
JJ1	皮肤、皮下组织的其他手术
JR1	乳房恶性肿瘤
JR2	皮肤、皮下组织的恶性肿瘤
JS1	重大皮肤疾患
JS2	炎症性皮肤病
JT1	乳房、皮肤、皮下组织创伤
JU1	感染性皮肤病
JV1	皮肤、皮下组织的非恶性增生性病变
JV2	乳房良性病变
JZ1	其他皮肤及乳腺疾患
<b><u>MDCK</u></b>	<b><u>内分泌、营养、代谢疾病及功能障碍</u></b>
KB1	肾上腺手术
KC1	垂体手术
KD1	甲状腺大手术
KD2	甲状旁腺、甲状舌管及甲状腺其他手术
KE1	肥胖的手术室操作
KF1	因内分泌、营养、代谢疾患的植皮和/或清创术
KJ1	因内分泌、营养、代谢疾患的其他手术
KR1	内分泌腺体恶性肿瘤
KS1	糖尿病
KT1	内分泌疾患
KU1	营养失调
KV1	先天性代谢异常
KZ1	其他代谢疾患
<b><u>MDCL</u></b>	<b><u>肾脏及泌尿系统疾病及功能障碍</u></b>

<b>ADRG 编码</b>	<b>ADRG 名称</b>
LA1	肾、输尿管及膀胱恶性肿瘤的手术
LB1	除恶性肿瘤手术外的肾、输尿管、膀胱手术
LC1	肾、输尿管、膀胱其他手术
LD1	经尿道输尿管、膀胱手术
LE1	尿道手术
LF1	建立、设置、移除肾辅助装置
LJ1	泌尿系统其他手术
LK1	泌尿道结石碎石
LL1	肾透析
LR1	肾功能不全
LS1	肾炎及肾病
LT1	肾及尿路肿瘤
LU1	肾及尿路感染
LV1	高血压/糖尿病性肾病
LW1	肾、尿路体征及症状
LX1	尿路结石、阻塞及尿道狭窄
LY1	肾及尿路损伤
LZ1	肾及泌尿系统其他疾患
<b><u>MDCM</u></b>	<b><u>男性生殖系统疾病及功能障碍</u></b>
MA1	男性生殖器官恶性肿瘤手术
MB1	前列腺手术
MC1	阴茎手术
MD1	睾丸手术
MJ1	其他男性生殖系统手术
MR1	男性生殖系统恶性肿瘤
MS1	男性生殖系统炎症
MZ1	其他男性生殖系统疾患
<b><u>MDCN</u></b>	<b><u>女性生殖系统疾病及功能障碍</u></b>
NA1	女性生殖器官恶性肿瘤的广泛切除手术
NA2	女性生殖器官恶性肿瘤除广泛切除术以外的手术
NB1	女性生殖系统重建手术
NC1	子宫（除内膜以外）手术
ND1	附件手术
NE1	子宫内膜手术
NF1	外阴、阴道、宫颈手术
NG1	辅助生殖技术
NJ1	女性生殖系统其他手术
NR1	女性生殖系统恶性肿瘤
NS1	女性生殖系感染
NZ1	女性生殖系统其他疾患
<b><u>MDCO</u></b>	<b><u>妊娠、分娩及产褥期</u></b>
OB1	剖宫产术
OC1	阴道分娩伴手术操作

<b>ADRG 编码</b>	<b>ADRG 名称</b>
OD1	与妊娠相关的子宫及附件手术
OD2	与妊娠相关的的外阴、阴道及宫颈手术
OE1	异位妊娠手术
OF1	中期引产手术操作
OF2	早期流产手术操作
OJ1	与妊娠、分娩有关的其他手术操作
OR1	阴道分娩
OS1	产褥期相关疾患
OS2	流产相关疾患
OT1	异位妊娠
OZ1	与妊娠有关的其他疾患
<b>MDCP</b>	<b>新生儿及其他围产期新生儿疾病</b>
PB1	新生儿（出生年龄<29天）心血管手术
PC1	新生儿（出生年龄<29天）腹部手术
PJ1	新生儿（出生年龄<29天）的其他手术
PK1	新生儿伴呼吸机支持
PR1	新生儿呼吸窘迫综合征
PS1	极度发育不全（出生体重<1500g）
PT1	早产儿（出生体重 1500-2499g）
PT2	早产儿（出生体重>2499g）
PU1	足月儿
PV1	源于新生儿(29天≤出生年龄<1周岁)诊断的婴儿疾患
<b>MDCQ</b>	<b>血液、造血器官及免疫疾病和功能障碍</b>
QB1	脾切除术
QC1	胸腺手术
QD1	血液、造血器官及免疫系统其他手术
QJ1	非特指部位、组织、器官的良性肿瘤手术
QR1	网状内皮及免疫性疾患
QS1	红细胞病及营养性贫血
QS2	溶血性贫血
QS3	再生障碍性贫血
QS4	其他贫血
QT1	凝血功能障碍
<b>MDCR</b>	<b>骨髓增生疾病和功能障碍，低分化肿瘤</b>
RA1	淋巴瘤、白血病等伴重大手术
RA2	淋巴瘤、白血病等伴其他手术
RA3	骨髓增生性疾患或低分化肿瘤等伴重大手术
RA4	骨髓增生性疾患或低分化肿瘤等伴其他手术
RB1	急性白血病化学治疗和/或其他治疗
RC1	恶性增生性疾患放射治疗
RD1	恶性增生性疾患的介入和/或射频治疗
RE1	恶性增生性疾患的化学和/或靶向、生物治疗
RF1	恶性增生性疾患终末期治疗

<b>ADRГ 编码</b>	<b>ADRГ 名称</b>
RR1	急性白血病
RS1	淋巴瘤及其他类型白血病
RS2	骨髓瘤
RT1	非特指恶性肿瘤
RT2	非特指良性肿瘤
RU1	与化学和/或靶向、生物治疗有关的恶性增生性疾患
RU2	恶性增生性疾患的免疫治疗
RV1	与放射治疗有关的恶性增生性疾患
RW1	恶性增生性疾患治疗后的随诊检查
RW2	恶性增生性疾患维持性治疗
<b><u>MDCS</u></b>	<b><u>感染及寄生虫病 (全身性或不明确部位的)</u></b>
SB1	全身性感染的手术
SR1	败血症
SS1	手术后及创伤后感染
ST1	原因不明的发热
SU1	病毒性疾患
SV1	细菌性疾患
SZ1	其他感染性或寄生虫性疾患
<b><u>MDCT</u></b>	<b><u>精神疾病及功能障碍</u></b>
TB1	精神病患者的手术
TR1	精神分裂症
TR2	偏执及急性精神病
TS1	重大的情感障碍
TS2	神经症性障碍及其他情感性障碍
TT1	进食及睡眠障碍
TT2	人格障碍
TU1	儿童期精神发育障碍
TV1	焦虑性障碍
TW1	器质性及症状性精神障碍
<b><u>MDCU</u></b>	<b><u>酒精/药物使用及其引起的器质性精神功能障碍</u></b>
UR1	酒精中毒及戒除
US1	兴奋剂滥用与依赖
<b><u>MDCV</u></b>	<b><u>创伤、中毒及药物毒性反应</u></b>
VB1	损伤的皮肤移植
VC1	与损伤有关的清创术
VJ1	其他损伤的手术
VR1	损伤
VS1	过敏反应
VS2	药物中毒或毒性反应
VT1	医疗后遗症
VZ1	其他损伤、中毒及毒性反应疾患
<b><u>MDCW</u></b>	<b><u>烧伤</u></b>
WB1	大于体表 30%或多处三度烧伤伴植皮

<b>ADRG 编码</b>	<b>ADRG 名称</b>
WC1	其他烧伤伴植皮
WJ1	烧伤伴除植皮之外的任何手术室手术
WR1	大于体表 30%或多处三度烧伤、腐蚀伤及冻伤等灼伤
WZ1	其他烧伤、腐蚀伤及冻伤等灼伤
<b><u>MDCX</u></b>	<b><u>影响健康因素及其他就医情况</u></b>
XJ1	其他接触健康服务的诊断伴手术室操作
XR1	康复
XR2	其他康复治疗
XS1	体征及症状
XS2	随访（不含恶性肿瘤诊断）
XT1	其他后期照护
XT2	非特指的先天畸形
XT3	其他影响健康状态的因素
<b><u>MDCY</u></b>	<b><u>HIV 感染疾病及相关操作</u></b>
YC1	HIV 相关疾患的手术室手术
YR1	HIV 相关疾患
YR2	HIV 其他相关情况
<b><u>MDCZ</u></b>	<b><u>多发严重创伤</u></b>
ZB1	多发性严重创伤开颅术
ZC1	多发性严重创伤的脊柱、髋、股或肢体手术
ZD1	多发性重要创伤的腹腔手术
ZJ1	与多发重要创伤诊断有关的其他手术室操作
ZZ1	多发性重要创伤无手术