

开封市医疗保障局文件

汴医保〔2022〕37号

开封市医疗保障局 关于印发《开封市按疾病诊断相关分组（DRG） 付费监督管理办法（试行）》的通知

各县（区）医疗保障局，局属各单位，机关各科室，各定点医疗机构：

现将《开封市按疾病诊断相关分组（DRG）付费监督管理办法（试行）》印发给你们，请各单位务必提高思想认识，明晰职责分工，强化宣传培训，规范监管行为，确保我市 DRG 付费工作平稳、合规、高效运行。

此前文件中有与本办法内容不一致的，以本办法为准。

(此页无正文)



开封市按疾病诊断相关分组（DRG）付费 监督管理办法（试行）

第一条 为提升按疾病诊断相关分组付费（以下简称“DRG 付费”）的异化医疗行为监督效能，健全绩效管理与运行监测机制，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第 735 号）、《国家医疗保障局办公室关于印发按疾病诊断相关分组（DRG）付费医疗保障经办管理规程（试行）的通知》（医保办发〔2021〕23 号）、《国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48 号）等规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于全市纳入 DRG 付费结算管理医疗保障定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）的监督管理。

本办法所称定点医疗机构是指自愿与医疗保障经办机构签订医保协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

第三条 DRG 付费实行协议管理。在医疗保障服务协议中增加与 DRG 付费管理有关条款，明确双方权利、义务及相应的法律责任。

第四条 市医疗保障经办机构对各县（区）医疗保障经办机构的 DRG 付费协议管理和监督检查工作进行业务指导，并负责

市本级定点医疗机构日常监管。各县（区）医疗保障经办机构负责辖区内市本级以外定点医疗机构日常监管。

医疗保障行政部门按照行政管辖权对辖区内的医疗保障经办机构、定点医疗机构、医保医师、参保人员执行 DRG 付费结算进行监督管理。

第五条 医保经办机构应加强对 DRG 付费的异化医疗行为及重点指标的监测，并将异化医疗行为和异常指标，特别是多项异常指标共振的定点医疗机构列入重点监控名单。

（一）费用发生情况。包括总费用、次均费用、次均费用增长率、实际报销比例、自费费用占比、亏损和盈余前五病组、平均费用变化较大病组、药占比、医用耗材占比、检查检验占比、麻醉费用占比、介入治疗费用占比、结余率等指标。

（二）医疗服务质量与能力。包括病例组合指数（CMI）、时间消耗指数、费用消耗指数、平均住院日、入出院诊断符合率、30 天再住院率、病例数前五病组名称及病例数、人次人头比等指标。

（三）入组情况。包括出院人次、出院病例入组率、覆盖 DRG 组数、主要诊断和主要手术编码填写准确率等指标。

（四）病组病例异常变化。包括高倍率病例占比、低倍率病例占比、严重合并症并发症占比、高倍率病例主要病组、低倍率

病例主要病组、病例数 50 例以上且变化率 50% 以上的病组数量和名称等指标。

第六条 DRG 付费环境下定点医疗机构涉及违规行为。

(一) 低病高编。医疗机构未按照医疗保障基金结算清单填写规范上传病案首页信息，通过调整主诊断、调整主手术、虚增诊断、虚增手术等方式使病案进入费用更高分组。

(二) 健康体检住院。以体检为主要目的；或无明显入院指征，仅以检查检验为主的医保住院结算。

(三) 挂名(床)住院。是指参保患者在住院期间长时间离开医院或实际未进行相关诊疗。包括：(1) 患者住院期间无合理理由不在病房或未办理请假手续但不在医院的；(2) 患者单次住院期间，总请假天数超过总住院天数二分之一的；(3) 住院期间仍回家休养或回单位上班等情形；(4) 患者未实际入院前已经办理住院并产生医疗费用；(5) 其他各种形式的挂名(床)住院情形。

(四) 分解住院。指医疗服务提供方为未达到出院标准的参保患者办理出院，在短时间内(原则上指 14 天内)因同一种疾病或相同症状(肿瘤放化疗、血液透析等除外)再次办理入院，将参保患者应当一次住院完成的诊疗过程分解为两次或两次以上住院诊疗过程的行为。包括：(1) 同一住院过程病例拆分为 DRG 和床日付费结算；(2) 病人出院后通过调整主诊断再次入

院；（3）可以一次完成的多个手术分解为多次手术；（4）将不符合出院条件的病人转至他院治疗；（5）同一疾病过程转科治疗,多次结算；（6）其他分解住院情况。

（五）不符合入院指征住院。无明显入院指征，入院后相关检查、用药、诊疗等与本次住院诊疗无关，或短期内无诊疗依据反复多次化验、检查。

（六）住院费用分解至门诊结算。指患者住院期间所必需的药品、医用耗材、检验检查及诊疗等项目未按住院结算，让患者到门诊进行结算；或者术前检查费用分解至门诊结算。

（七）推诿危重病人。无正当理由，下列情形可视为推诿危重病人：（1）在急诊室留观超过 24 小时，未被收入住院病房继续治疗的；（2）医疗机构不予以接收危重病人被患者或家属投诉查实的；（3）经大数据分析，危重病人治疗病例不合理下降的；（4）其他可以被认定的情形。

（八）医疗服务不足。该用的药品或医用耗材不给使用，该进行的治疗不予治疗，缩短诊疗服务时间、降低诊疗服务标准；或将不符合出院指征的病人办理出院，影响疾病治疗，甚或危及病人生命。

（九）虚假医疗。（1）诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据；（2）伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、

电子信息等有关资料；（3）虚构医药服务项目；（4）其他以骗取医疗保障基金为目的的行为。

（十）其他违规行为。包括但不限于术式升级（内科医技化、内科手术化、外科术式升级）、费用嫁转（院外购药、医保报销转自费、入组病例转高倍率和特病单议等）、过度医疗（过度检查、过度治疗、过度用药、过度护理等）、编码套低（笼统手术、笼统诊断、主诊断与收费项目冲突、可疑漏传重要并发症等），以及医院不合理的绩效分配方案、不合理的辅助诊断和决策信息系统等。

第七条 定点医疗机构涉及违规行为处理。

（一）查实低病高编、医疗服务不足、推诿危重病人及其他违规行为的病例，其对应 DRG 点数不予计算，并按对应 DRG 病组基准点数 1 倍以上 3 倍以下扣除该医疗机构病例点数。

（二）查实健康体检住院、挂名（床）住院、分解住院、不符合入院指征住院、住院费用分解至门诊结算、虚假医疗等违规行为的病例，其对应 DRG 点数不予计算，并按对应 DRG 病组基准点数 2 倍以上 5 倍以下扣除该医疗机构病例点数。

（三）医疗保障经办机构发现违规行为已构成欺诈骗保的，应及时报告同级医疗保障行政部门依法处理。

第八条 医疗保障经办机构应当通过信息化监管、第三方监督、病例审核、现场检查、专项治理等方式强化监管。

(一) 信息化监管。利用 DRG 付费智能监控系统，对医疗机构业务开展智能监控。

(二) 第三方监督。DRG 付费第三方服务机构每月对 DRG 付费数据进行统计分析，筛查可疑病例。

(三) 病历审核。聘请临床和病案编码专家对每月抽取的 DRG 付费结算病历进行审核核查违规行为。

(四) 现场检查。对信息化监管、第三方监督、病历审核中筛查发现的疑点及时进行现场核查。对违规行为频发、医疗费用异常的医疗机构实行重点核查，加大现场检查频次。

(五) 专项治理。针对各医疗机构 DRG 付费服务中存在的问题，不定期组织专项检查，进行集中整治。组织专家和有关人员列入重点监控名单的定点医疗机构实施专项稽核。

第九条 医疗保障经办机构和定点医疗机构双方在违规行为处理过程中发生争议的，应当首先通过协商解决。双方协商未果的，上报医疗保障行政部门进行协调处理。对协调处理结果不服的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。

第十条 本办法由开封市医疗保障局负责解释，自 2022 年 10 月 1 日起施行。