

# 开封市医疗保障局文件

汴医保〔2022〕21号

---

## 开封市医疗保障局 关于启用《医疗保障基金结算清单》实施 医保费用结算的通知

各县（区）医疗保障局，局属各单位，各相关定点医疗机构：

为提高我市基本医疗保险医保结算数据质量，促进医保结算管理行为规范，提升医保管理绩效，更好推进按疾病诊断相关分组（DRG）付费方式改革，根据《国家医疗保障局关于印发医疗保障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）、《国家医疗保障局办公室关于修订〈医疗保障基金结算清单〉〈医疗保障基金结算清单填写规范〉的通知》（医保办发〔2021〕34号）等文件精神，我市决定启用《医疗保障基金结算清单》（以下简称医保结算清

单) 实施医保费用结算, 现就相关事宜通知如下:

一、医保结算清单是指各级各类医保定点医疗机构在开展住院、门诊慢特病、日间手术等医疗服务后, 向医保部门申请费用结算时所需提交的数据清单。医保结算清单包括患者基本信息、门诊慢特病诊疗信息、住院诊疗信息、医疗收费信息, 其医疗服务指标源于病案首页, 医疗收费指标源于医疗收费票据和结算凭证。

二、医保结算清单填写应当严格执行《医疗保障基金结算清单填写规范》, 做到客观、真实、及时、规范, 项目填写完整, 能够准确反映患者诊疗、医疗收费等信息。

三、启用医保结算清单实施医保费用结算后, 医保结算清单是医保部门与定点医疗机构医保支付的统一结算凭证, 其余方式的结算清单和凭证均不再作为医保费用结算使用。

四、医保结算清单有关数据需从医院HIS系统中提取。医保经办机构、定点医疗机构要做好系统接口改造和业务编码的信息维护工作。

五、全市统一执行国家医保局下发的医保疾病诊断分类与代码ICD-10(2.0版)、医保手术操作分类与代码ICD-9-CM-3(2.0版)。国家医保版诊断和手术操作分类与代码与国家卫生健康委的国标版和临床版之间不是替代关系, 二者建立映射关系。

六、定点医疗机构必须严格按照《开封市按疾病诊断相关分组(DRG)付费医院病案归档及医保结算清单数据传输工

作流程（试行）》（见附件）要求，在规定时间内节点内向医保部门报送医保结算清单。

七、全市 2022 年 7 月 1 日起启用医保结算清单实施医保费用结算。执行中如有问题，及时与医保部门联系。

附件：开封市按疾病诊断相关分组（DRG）付费医院病案归档及医保结算清单数据传输工作流程（试行）

2022 年 5 月 24 日

附件：

# 开封市按疾病诊断相关分组（DRG）付费 医院病案归档及医保结算清单数据传输 工作流程（试行）

## 一、病案归档

（一）参保住院患者出院结算完成后，定点医疗机构信息系统生成结报数据。

（二）临床医师根据参保患者住院诊疗过程据实填写病案首页和完成相关病历材料。

（三）临床科室按照医院规定的病历提交要求将住院病历提交至病案管理部门进行归档质控。

（四）病案管理部门对质控中发现的问题进行反馈并与临床医师沟通，临床医师整改后再次提交病案室进行审核，病案室质控审核无误后对病历进行归档。

## 二、医保结算清单数据传输

（一）定点医疗机构须在患者出院7日内首次通过信息系统汇总结报数据和病案首页数据生成医保结算清单，并上传至医保信息系统。

（二）医保信息系统接收到定点医疗机构提交的医保结算清单数据后，推送至DRG综合服务平台进行分组。

（三）定点医疗机构可通过DRG综合服务平台查看已分组病例相关信息，如有已进行医保结算尚未提交医保结算清单的

病例，及时进行补录。

(四)定点医疗机构对提交医保信息系统的诊断编码和手术操作编码信息需要修改的，须在首次分组后 10 日内完成且仅有 1 次修改机会。医保结算清单提交后 10 日锁定数据并生成最终分组结果，按照分组结果计算基金分配并作为付费依据反馈给定点医疗机构。

开封市按诊断相关分组（DRG）付费医院病案归档、医保结算清单数据传输工作流程示意图





