

# 开封市医疗保障局文件

汴医保〔2021〕75号

---

## 关于印发《开封市按疾病诊断相关分组（DRG） 付费业务经办规程（试行）》的通知

各县（区）医疗保障局，局属各单位，各定点医疗机构：

现将《开封市按疾病诊断相关分组（DRG）付费业务经办规程（试行）》印发给你们，请遵照执行。

2021年10月21日

# 开封市按疾病诊断相关分组（DRG）付费 业务经办规程（试行）

为进一步深化医保支付方式改革，提高医疗保障基金使用效率，保障参保人员基本权益，积极稳妥做好按 DRG 付费经办工作，根据《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）、《开封市医疗保障制度改革领导小组关于印发〈开封市按疾病诊断相关分组（DRG）付费省级试点工作方案〉通知》（汴医保改〔2020〕2号）、《开封市医疗保障局关于修订印发〈开封市基本医疗保险按疾病诊断相关分组点数法付费实施细则（试行）〉的通知》（汴医保〔2021〕62号）等有关要求，结合我市实际，制定本规程。

## 第一章 总则

**第一条** 按疾病诊断相关分组（DRG）付费是深化医保支付方式改革的重要组成部分，目标是促进医疗卫生资源合理利用、参保人员待遇水平得以充分保障，医保基金平稳高效运行。

**第二条** 医疗保障经办机构（以下简称“医保经办机构”）要根据国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）方案等政策，推进本市 DRG 付费落实，做好协议管理、数据采集、加强医保基金预算清算管理，建立与 DRG 付费相适应的支付体系及激励约束机制、稽查审核机制、完善 DRG 付费信息系统建设，加强考核评

价，健全医保协商谈判机制等，为参保人员购买高质量、有效率、能负担的医药服务。各级医保经办机构成立 DRG 付费专项工作组，具体负责 DRG 付费的经办工作。

**第三条** DRG 付费适用于基本医疗保险中短期住院服务。纳入本市 DRG 付费的定点医疗机构发生的应由基本医疗保险基金支付的住院费用，由医保经办机构按照 DRG 付费实施细则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，不受 DRG 结算影响。

**第四条** DRG 付费业务经办内容包括：基金预算及管理；DRG 分组；稳定病组、非稳定病组、基准点数、级别调整系数的确定；月度预付和年终清算；医保监管和协议管理；数据质量管理；信息系统管理等。

## 第二章 协议管理

**第五条** DRG 付费实行协议管理。医保经办机构与定点医疗机构通过签订医疗保障服务协议，明确双方权利义务。单独签订或在现有医疗保障服务协议中增加与 DRG 付费管理有关的条款。

**第六条** 与 DRG 付费管理相关的医疗保障服务协议内容应包括：明确是否为 DRG 付费管理的定点医疗机构；定点医疗机构病案首页、医保结算清单填报和上传等数据质量管理要求、定点医疗机构病案编码人员的相关职责及管理内容；医保经办机构与定点医疗机构日常结算办法、时限及点数计算、点值确定方法规则；DRG 点数结算适用范围、费用审核、结算方法及流程；明确定点

医疗机构应用 DRG 付费绩效管理的相关规定；明确医保经办机构与定点医疗机构在 DRG 分组、病组（例）分类、点数计算、点值确定等方面的协商谈判程序；明确医保经办机构和定点医疗机构应尽职责及义务等。

**第七条** 按照《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》相关要求，在协议中对定点医疗机构在 DRG 付费中发生的高靠分组、推诿患者、分解住院、服务不足等违约行为进行重点关注并提出具体处理办法。

### 第三章 数据采集及 DRG 分组

**第八条** 数据采集是制定 DRG 付费分组方案，计算点数和确定点值，开展结算、审核、稽查等工作的基础。按照 DRG 付费要求，做好国家医疗保障信息业务编码标准的贯标应用工作，统一使用医保疾病诊断和手术操作、医疗服务项目、药品、医用耗材等信息业务编码标准。历史数据采集包括医院病案数据（一般为近 3 年医疗机构住院患者的病案首页信息和费用明细数据）、医保信息平台数据（病案数据收集时间段住院患者基本信息和报销信息）。指导医疗机构按照病案首页或医保结算清单报送的相关要求上传数据，对采集的数据进行校验、审查和评价，开展医保结算清单、医保费用明细等质量控制工作。开展医保信息系统数据库动态维护、编码映射和有关接口改造等工作。

**第九条** 定点医疗机构住院服务的诊疗信息、费用信息按照《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）填报，并按规定及时、准确上传至医保信息系统，做好数据安全维护工作。

**第十条** 对采集数据进行完整性、规范性检查，对有问题的数据及时返回定点医疗机构核对修正并重传，同时建立数据质量评价管理机制，审核和评估定点医疗机构的数据质量。

**第十一条** 建立 DRG 分组动态维护机制，根据国家医疗保障局统一标准和实际情况适时调整病组。定点医疗机构开展首次施行的医疗新技术前须向市医保经办机构报备，市医保经办机构接到报备后相关病例月度仍按原分组拨付，年终清算前统一测算进行调整。

#### 第四章 预算管理

**第十二条** 在总额预算前提下，遵循“统收统支、以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，DRG 付费在市级统筹的基础上，全市整体进行单独预算、单独管理。

总额分配额度按前三年各基金池医疗机构实际发生统筹基金费用为基础指标，测算出各基金池的基金占比。依据当年基金收入预算总额、单列项目基金总额、各基金池的基金占比，计算出各基金池总额分配额度。支持县域紧密型医共体建设和落实分级诊疗制度，对一级医院及基层医疗卫生机构适当给予倾斜。

**第十三条** 年度 DRG 住院医保基金预算，采取按医院级别分级预算管理。设置 8 个基金池，城镇职工医保和城乡居民医保各

4个。城镇职工包括三级医院、市二级医院、县二级医院、一级医院（含基层医疗卫生机构）；城乡居民包括三级医院、市二级医院、县二级医院、一级医院（含基层医疗卫生机构）。各个基金池内的基金独立核算，不相互挤占。

**第十四条** 年度DRG住院医保基金预算确定后，除发生突发公共卫生事件等特殊情况下，原则上不再调整。

**第十五条** 年度基本医疗保险统筹基金总额预算由市医疗保障局结合县（区）预算于每年3月底前统一编制完成。

## 第五章 支付标准

**第十六条** 病组基准点数、级别调整系数、病例点数、年度病例总点数的确定。

### （一）病组基准点数。

稳定病组基准点数=本病组所有医疗机构次均住院费用÷全市医疗机构所有病组次均住院费用×100。次均住院费用按照裁剪后的病例数据测算。

非稳定病组基准点数=本病组所有医疗机构住院费用中位费用÷全市医疗机构所有病组次均住院费用×100。

按床日付费病组日均基准点数=该病组床日付费标准÷全市医疗机构所有病组次均住院费用×100。

基准点数以前三年的历史数据为主要依据进行确定，由市医保经办机构根据实际情况每年公布一次。

### （二）级别调整系数。不同级别定点医疗机构采取级别调整

系数进行调整。

级别调整系数=该等级医疗机构本病组次均住院费用÷全市所有医疗机构本病组次均住院费用。

### **(三) 病例点数。**

正常病例点数=病组基准点数×级别调整系数。

高倍率病例点数=基准点数×级别调整系数+(该病例实际发生医疗费用÷该病组次均住院费用-上限裁剪倍率)×基准点数。

低倍率病例点数=基准点数×(该病例实际发生医疗费用÷该病组次均住院费用)。

床日病例点数=按床日付费病组日均基准点数×医疗机构床日病组级别调整系数×该病例住院天数。

病组分组、基准点数、级别调整系数原则上每年调整一次。由市医保经办机构根据实际情况提出意见,与定点医疗机构谈判协商一致,报市医疗保障局批准后执行。

### **(四) 医疗机构年度病例总点数。**

各医疗机构年度病例总点数为该医疗机构各住院病例点数之和。床日 DRG 总点数为该医疗机构全部的床日病例点数之和。

医疗机构年度病例总点数为各医疗机构年度病例总点数之和。床日 DRG 总点数为各医疗机构年度床日病例点数之和。

### **第十七条 点值(每点数费用)确定。**

月度点值=(全市所有医疗机构月度住院总费用-月度住院参保人员实际发生支出统筹基金+月度住院预算支出统筹基金)÷全市所有医疗机构月度住院总点数。

年度点值=(全市所有医疗机构年度住院总费用-年度住院参保人员实际发生支出统筹基金+年度住院预算支出统筹基金)÷全市所有医疗机构年度住院总点数。

## 第六章 审核结算

**第十八条** 医保经办机构与定点医疗机构要按照“月度预付，季度单议，年终清算”的方式进行费用结算。

### (一) 月度预付。

1. 月度住院预算支出统筹基金按上年度每月发生医疗费用的占比确定；若该月度住院预算支出统筹基金大于月度住院参保人员实际发生支出统筹基金，该月度住院预算支出统筹基金额度调整为月度住院参保人员实际发生支出统筹基金，当月预算基金结余滚存累积至次月预算基金额度内。

2. 病案数据上传。定点医疗机构于每月 10 日前向医保经办机构上传上月病案数据。

3. 病例分组。医保经办机构在医疗机构完成病案数据上传后 5 个工作日内，完成病例数据分组及分组结果公示。

4. 结果反馈。各定点医疗机构收到分组结果后 10 个工作日内，完成对分组结果的核对并反馈。

5. 终审确认。医保经办机构在定点医疗机构反馈后 6 日内完成评审复核，并于 3 日内反馈最终分组结果。

6. 月度点值计算。按照《开封市基本医疗保险按疾病诊断相关分组点数法付费实施细则（试行）》相关计算逻辑确定各基金



池月度点值，结果测算与确认在3个工作日内完成。

7. 费用计算。月预拨费用=[月度点值×月度总点数-(全市所有医疗机构月度住院总费用-月度住院参保人员实际发生支出统筹基金)]-审核扣款。

8. 基金拨付。医保经办机构与定点医疗机构对账确认后，扣除5%医疗服务质量保证金并拨付至定点医疗机构。

## **(二) 季度特病单议结算。**

1. 医保经办机构每季度负责组织专家对特殊病例进行单议，确定特殊病例的结算费用。

2. 定点医疗机构可根据临床需要，向医保经办机构申请特殊患者特病单议。严格控制单议核算的数量，申请的病例数原则上不得超过评审周期内出院总人次的1%。(医保经办机构可根据实际情况予以调整)

## **(三) 年终清算管理。**

1. 年度清算范围为1月1日至12月31日的出院结算病例。市医保经办机构负责制定年终清算方案。由于历史病案数据不准确、医保政策调整等因素影响分组及病组费用合理性，原则上年终时可采用当年数据重新计算相关病组的付费标准。对于因违规应扣除定点医疗机构的统筹基金，年终清算时一并扣除归入风险储备金。

2. 计算定点医疗机构年度病例总点数。

3. 计算年度点值。

4. 计算定点医疗机构年度基金支付总额。

5. 清算应拨付定点医疗机构年度基金总额。

#### **（四）医疗服务质量保证金管理。**

年终清算时根据定点医疗机构 DRG 付费考核、病案首页质量考核、年度综合考核结果按规定予以返还。

**第十九条** 医保经办机构要加强事前、事中管理力度，对定点医疗机构申报的 DRG 付费相关费用，应严格按照规定审核、结算、支付，确保医保基金合理使用。

## **第七章 稽核检查**

**第二十条** 医疗保障稽核部门应建立 DRG 付费相关稽核机制，加强事前、事中、事后管理力度。运用持续全面质量管理的理念，设计并执行监控体系，有效实施稽核程序，循迹追踪实现对 DRG 付费的全流程把控。重点稽核申报数据不实，高靠分组、推诿患者、分解住院、服务不足等情况，对因此造成的不合理费用进行追回等处理。

### **第二十一条 稽核监管主要流程**

**（一）明确监管重点。**申报数据不实、高编高靠诊断、推诿重患、分解住院、不符合标准住院和服务不足等。

**（二）及时发现问题。**通过 DRG 分组区分轻重病例，通过 DRG 分类管理查找可疑目标，通过指标分析筛查疑点病例，通过指标评定发现问题线索。

**（三）系统筛查疑点。**基于智能审核监控系统，通过审核规则管理及阈值标准设定，筛查出疑点问题病例，提交人工审核。

**(四) 人工查实处理。**针对疑点病例，监管人员通过实地核查及病历审核最终确认、提交，按照法规、协议等进行相应处理。

**(五) 即时结算服务。**开展 DRG 付费业务的定点医疗机构要为参保住院患者开展即时结算服务，除医保信息系统故障外，即时结算率应达 100%。对未按规定落实即时结算服务的，相关医疗费用予以扣除。

## **第二十二条 稽核方式及方法。**

**(一) 日常稽核。**不断建设和完善 DRG 付费下的智能审核体系，医疗保障稽核部门可借助 DRG 付费医疗管理工具，分析数据、追踪问题线索，通过稽核手段锁定疑似病例，提交人工核查，通过书面稽核、实地稽核等方式，每月将审核监管疑点情况反馈给定点医疗机构，对违规、违约行为依照相应程序进行处理。

**(二) 专项稽核。**医疗保障稽核部门应根据 DRG 付费定点医疗机构数量、结算病例数量等实际情况，以日常稽核发现问题为切入点，制定切实可行的专项稽核计划，聘请临床和病案编码专家对抽取的 DRG 付费结算病历进行核查。

**第二十三条 社会监督。**各级医疗保障稽核部门应当畅通投诉举报途径，发挥舆论监督作用，鼓励和支持社会各界参与监督，实现多方监督良性互动。

**第二十四条 违规处理。**对于高靠诊断、推诿重患、分解住院、不符合标准住院和服务不足等违约行为由医疗保障稽核部门按服务协议进行相应处理；涉嫌违法的，由医疗保障行政部门立案查处；涉嫌犯罪的，移送司法机关追究其刑事责任。

## 第八章 信息系统管理

**第二十五条** 依托医保信息平台，实现 DRG 付费业务所需数据采集和质量控制、分组方案管理、分组服务、权重和费用测算、审核结算管理、基金稽核与医疗服务考核评价等功能，为 DRG 付费管理提供数据和平台支撑，通过对医保数据采集、统计、分析，以及智能审核，提高支付审核效率，实现对医保基金运行趋势、风险监测、辅助决策及精准稽核，提高医保治理能力。

**第二十六条** 医保信息系统要实现与医疗机构上下联通和数据的快速归集，做好信息系统技术支撑，满足 DRG 分组及付费管理需要。

**第二十七条** 信息系统建设应遵循全国统一的医保信息平台要求，落实国家及本地区网络与信息安全相关法律法规、政策标准规范，特别是信息系统等级保护相关政策规范，做好网络与信息安全保障；同时制定运维及服务方案，及时处理各个业务环节中的系统问题。

## 第九章 考核评价

**第二十八条** 为保障 DRG 付费可持续运行，保证参保人员受益水平，遏制可能存在的医疗机构选择轻症病人住院、推诿重症病人和服务不足等现象，建立 DRG 付费考核评价制度。

**第二十九条** 医保经办机构要开展专项考核评价，确定医疗机构考核指标，将日常考核与定期考核有机结合，建立激励约束

机制，加强考核结果的应用，推进 DRG 付费的正常运行。

## 第十章 协商谈判

**第三十三条** 在 DRG 付费的分组、预算、支付等相关标准制定中，逐步建立并完善医保协商谈判机制。

**第三十四条** 协商谈判要充分考虑医疗机构的利益，各定点医疗机构都可派代表参加协商谈判。

**第三十五条** 加强组织管理，建立协商谈判工作机制。由医保经办机构 DRG 付费专项工作组根据谈判协商内容，就协商事项提出方案，接受医疗机构的质询，通过充分讨论和磋商，最终达成统一的意见。

## 第十一章 争议处理

**第三十六条** 通过建立 DRG 付费争议处理机制，解决医疗机构提出的费用结算、支付等有关争议问题，推进 DRG 付费工作。

**第三十七条** 争议处理原则。遵循“公平公正、客观合理、多方参与、及时处理”的原则。

**第三十八条** 医保经办机构与定点医疗机构在 DRG 付费中出现的各类纠纷，均应按照定点医疗机构服务协议及相关法律法规、政策处理。争议较大的问题，可通过谈判协商解决。

## 第十二章 附则

**第三十九条** 根据 DRG 付费实际情况，适时调整业务经办规

程。本规程未尽事宜按相关文件执行。

**第四十条** 本规程由开封市社会医疗保险中心负责解释。

**第四十一条** 本规程自发布之日起施行。