

沈阳市医疗保障局文件

沈医保发〔2021〕25号

关于印发按疾病诊断相关分组（DRG）付费 沈阳医疗保障经办管理规程（试行）的通知

机关各处室,各分局、县（市）医保局,市医保中心:

现将《按疾病诊断相关分组（DRG）付费沈阳医疗保障经办管理规程（试行）》印发给你们,请遵照执行。

沈阳市医疗保障局

2021年8月11日

（此件公开发布）

按疾病诊断相关分组（DRG）付费 沈阳医疗保障经办管理规程（试行）

为贯彻落实《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）文件要求，结合沈阳市医疗保障 DRG 付费工作实际，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 沈阳市医疗保障事务服务中心（以下简称“市医保中心”）根据国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）等政策，积极推进 DRG 付费工作高效落实，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，为参保人员提供高质量、有效率、能负担的医药服务。

第三条 DRG 付费适用于职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险统筹基金、大额补助的中短期住院服务，不包括据实结算、限额结算、按床日结算等。

第二章 协议管理

第四条 DRG 付费实行协议管理。市医保中心与定点医疗机构通过签订医疗保险服务协议，明确双方权利义务、医疗机构违约责任等。

第五条 沈阳市医疗保障服务协议与 DRG 付费管理相关内容原则上包括：DRG 付费管理范围、医保结算清单填报和上传数据质量、审核结算管理、绩效管理、稽核检查、协商谈判及 DRG 付费各项违约责任等。

第六条 按照《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第 735 号）及《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第 2 号）要求，在协议中重点对定点医疗机构在 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 数据采集与质量管理

第七条 数据采集是制定 DRG 付费细分组方案、测算支付标准、结算、审核、稽核等工作的基础。按照 DRG 付费要求，沈阳市统一使用国家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；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；指导医疗机构按要求上传数据，并进行校验，确保数据安全。

第八条 数据采集中的医保住院结算清单，严格要求按照《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障基金结算清单填写规范的通知》（医保办发〔2020〕20号）、《辽宁省医保结算清单及编码填报管理规范》及国家最新发布的清单填写规范填报，重点对主要诊断选择、其他诊断填报以及主要与其他手术操作的填报进行管理，并要求医疗机构按规定及时、准确上传至医保信息系统。

第九条 建立数据质量管理机制，应用信息系统业务规则对上传数据的完整性、规范性进行核验，对有问题数据及时返回医疗机构核对修正并重传；组织相关人员定期对医保数据质量进行检查，并建立反馈机制，以保证数据质量持续改进；保证医保结算清单上传率、入组率符合 CHS-DRG 分组及付费质量要求。

第四章 预算管理

第十条 坚持总额预算下的总量控制，遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则。

第十一条 根据当年基金收入预算、上年医保基金支出、参保人数及增长预期等指标，确定年度 DRG 付费预算金额；

并在充分考虑历年 DRG 年度清算结果及参保人数、住院人次增长趋势等情况下，预留风险金。

第五章 支付标准

第十二条 沈阳市医疗保障统一按照国家 CHS-DRG 分组方案以及相关技术标准，结合本地实际情况，先完成分组，再确定付费权重及费率。原则上付费标准一个年度内保持不变。

第十三条 权重确定

（一）计算权重。某 DRG 病组权重为该 DRG 病组的次均费用与所有病例次均费用的比值。

（二）调整权重。根据计算权重结果，在总权重不变的前提下，通过协商谈判调整病组资源消耗结构、优化病组权重。

（三）权重总量。应在历史数据的基础上，结合实际情况、增长变化和管理目标等综合因素确定。

第十四条 费率确定。费率为付费年度预测住院医疗总费用与权重总量的比值。设定级别费率管理，并逐步实现同城同病同价。

第十五条 DRG 病组支付标准。各 DRG 病组的权重乘以级别费率乘以统筹和/或大额报销比例获得相应的付费标

准。结合 DRG 付费实际运行和基金管理情况，年度清算时适度进行权重、费率的动态调整。

第十六条 基金与个人支付。职工及城乡居民基本医疗保险参保人员住院待遇仍按现有起付线、报销比例、最高支付限额，以及诊疗项目、药品、医用耗材等收费标准及医保相关政策规定享受医保待遇。

第六章 审核结算

第十七条 市医保中心要加强事前、事中管理力度，对医疗机构申报的 DRG 付费相关费用，严格按照规定审核、结算、支付，确保医保基金合理使用。

第十八条 日常结算管理内容

（一）医疗机构付费标准。普通入组住院病例付费标准=权重×费率×全口径使用报销比例。对于基本医疗保险一次住院统筹使用和大额补助均有费用发生的病例，可按统筹与大额实际发生比例分别支付。

（二）超 60 天住院病例结算。先按普通住院病例付费标准进行支付，再对超出 60 天的住院费用按床日于年度清算补拨。

（三）未入组病例结算。对未按规定时间上传的病例，月结算中不予支付；因清单数据质量无法入组的病例，统一按未入组标准（0000 组）进行结算，未入组付费权重原则上

为全部 DRG 组中最低。

第十九条 日常结算主要流程

（一）医保住院结算清单上传时限。原则上医疗机构上传医保住院结算清单的规定时间，是与住院病人结算后 8 天内，全部传至医保业务系统，清单数据上传结果及分组状态可通过医保接口下载数据。

（二）DRG 分组管理。通过 CHS-DRG 分组器，对按规定时间内上传的最后一次医保住院结算清单信息对应的 DRG 分组结果，同步至医保业务系统，并做为结算依据。

（三）DRG 分组下载管理。定点医疗机构对上传的医保住院结算清单数据，可通过规定的医保接口下载分组结果，并遵守医保数据下载相关管理要求。

（四）结算审核管理。市医保中心负责结算审核工作。借助医保智能审核监控系统，重点包括疾病标准认定审核、费用明细合理性审核、编码合规性审核等，审核结束通过终审标识体现。

（五）对账及结算。市医保中心结算部门与医疗机构对费款所属期住院数据，在完成病例审核并比对成功后，方可正式结算支付。

第二十条 年度清算管理。年度清算作为 DRG 付费的兜底管理，重点从总量清算、补结清算、补偿清算等层面开展。对超 60 天住院病例中超 60 天以上住院费用按床日补结；对

新增 DRG 组按实际发生例数，结合费用发生情况确定补结方式及标准；对低人次 DRG 组病例采取据实结算后补收或补支；对特殊极高费用病例的合理超支部分，按医保基金与医疗机构共担原则，按比例超支补偿；年度清算原则是不产生净结余。

年度清算管理医保基金来源于住院风险金，依次使用于：住院 60 天以上 DRG 组病例，新增 DRG 组病例，低人次 DRG 组病例、特殊病例组，超总量及其他支出。

第七章 稽核检查

第二十一条 建立 DRG 付费相关的稽核机制，加强事后管理力度。运用持续全面质量管理理念，对 DRG 付费全流程把控，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根据协议管理内容进行追回等处理。

第二十二条 稽核方式及方法

日常稽核。建立健全的日常稽核办法，形成完备的日常稽核流程。日常稽核应按照事前、事中和事后分别开展。

专项稽核。以日常稽核发现的问题为切入点，制定切实可行的专项稽核计划。

第二十三条 审核监控主要流程

（一）明确审核重点。高编高靠诊断、推诿重患、分解

住院、不符合标准住院和虚假住院等。

（二）DRG 组分类管理。对 DRG 组按照治疗方式、权重值、住院人次、政策导向、医保管理要求等多个维度，建立分类管理理念，实现有针对性、有效率的管理模式。

（三）及时发现问题。借助 DRG 医疗管理工具，通过 DRG 分组区分轻重，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。

（四）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。

（五）人工查实处理。针对疑似病例，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。

第二十四条 社会监督。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。

第八章 信息系统建设

第二十五条 医疗机构要全面实现与医保信息系统的上下联通和数据的快速归集。根据 DRG 分组及付费管理需要，完成医保经办机构业务系统及医疗机构 HIS 系统升级改造工作。加强医保住院结算清单数据上传质量管理，实现对上传结果的系统校验功能。建立医保智能审核监控系统，实现与

医疗机构实时交换、审核扣款直接关联业务系统，以及与之功能互补的大数据分析挖掘系统。

第二十六条 随着 DRG 付费工作推进，医保信息系统全面支持 DRG 分组管理、付费标准设定、测算及验证评价，为 DRG 付费方案制定提供数据支撑。通过对医保数据的汇集、统计、有效挖掘和大数据分析利用，实现对医保基金的运行趋势分析、风险监测、辅助决策及精准监管，提高医保治理效率。

第二十七条 为加大医保智能监控力度，提高病历审核效率，逐步完善医保住院电子病历数据库及电子病历浏览查阅系统。内容包括住院病案首页（医保住院结算清单）、出院记录、手术记录、辅助检查、医嘱等，并实行保密协议管理。

第九章 考核评价

第二十八条 经办机构在 DRG 付费管理中，制定对医疗机构的具体考核指标，包括监管指标及激励指标管理。考核指标应直观实用，保持长期相对稳定性，并利于医疗机构接受及配合。

第二十九条 系统设定基础考核指标、DRG 指标、管理指标及患者满意度调查指标，形成多维度的考核评价指标。

第三十条 建立并实行奖惩机制。对于达到相关指标标

准的医疗机构，建立科学的奖励机制；对于未达到相关指标标准或指标提示存在有意违规的医疗机构，按照有关规定进行处理。

第十章 协商谈判

第三十一条 在 DRG 付费的权重、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。

第三十二条 协商谈判要充分考虑各类医疗机构的利益，应由各级医保部门、卫生部门、财政部门等多方参与，各级别、各类型医疗机构都可派代表参加协商谈判。

第三十三条 加强组织管理。建立协商谈判相关的工作机制。提出协商方案，接受医疗机构的质询，通过充分的讨论和磋商，最终达成统一的意见。

第十一章 争议处理

第三十四条 争议处理原则。应遵循“公平公正、客观合理、多方参与、及时处理”的原则。

第三十五条 建立争议处理工作机制、明晰工作流程。成立包括医保、卫生、财政、第三方等相关部门，以及医疗机构临床、病案编码专家在内的争议处理工作组。对 DRG 付费中经办机构处理未果的各类纠纷，提交至争议处理工作

组。

第三十六条 医疗机构对复查处理决定不服，或者争议在 30 日内未作出复查处理决定的，医疗机构可以向医保行政部门申请解决。

第三十七条 争议事项处理中发现医疗机构存在违反法律、法规等行为的，由行政部门进行处理。涉嫌犯罪的移交司法部门处理。

第十二章 附则

第三十八条 本规程由沈阳市医疗保障事务服务中心负责解释。

