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）的通知的政策解读

一、出台背景

为贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》，深化医保支付方式改革，提高医疗保障基金使用效率，促进医疗卫生资源合理利用，保障参保人员基本权益，积极稳妥做好DRG付费经办工作，结合沈阳市医疗保障DRG付费工作实际，制定本规程。

二、政策依据

《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）

三、主要内容

 本规程包括总则、协议管理、数据采集与质量管理、预算管理、支付标准、审核结算、 稽核检查、信息系统建设、考核评价、协商谈判、争议处理、附则，共十二章。

1. 总则

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，经办机构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。

1. 协议管理

DRG付费实行协议管理，经办机构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。

1. 数据采集与质量管理

使用国家统一信息业务编码，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，确保数据安全。

1. 预算管理

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。确定年度DRG付费预算金额，并预留风险金。

1. 支付标准

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。

（六）审核结算

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，严格按规定审核、结算、支付，确保医保基金合理使用。

（七）稽核检查

建立DRG付费相关的稽核机制，加强事后管理力度。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。

（八）信息系统建设

全面实现信息系统的上下联通和数据的快速归集。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、测算及考核评价，为DRG付费方案制定提供数据支撑。

1. 考核评价

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。

1. 协商谈判

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。

1. 争议处理

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。

1. 附则

本规程由沈阳市医疗保障事务服务中心负责解释。