

附件 3

泉州市 CHS-DRG 付费工作经办流程(试行)

一、适用范围

我市列入疾病诊断相关分组(DRG)付费的医疗机构(以下简称“DRG 付费医疗机构”)。

参加我市基本医疗保险的参保患者,在我市列入 DRG 付费方式改革的医疗机构发生的中短期住院病例(≤ 60 天),除城乡居民生育定额补助等特殊情形外,均纳入 DRG 付费管理(以下简称“DRG 付费”)。

二、经办流程

(一) 患者出院结算

我市基本医疗保险参保人员与 DRG 付费医疗机构结算住院费用时,仍以原付费方式(含按项目或按病种等方式)与 DRG 付费医疗机构结算,参保人员按现行医保政策支付由个人负担的费用,应由基本医疗保险基金支付的费用,由医保经办机构根据《泉州市 CHS-DRG 医保支付与结算管理办法(试行)》等文件规定与 DRG 付费医疗机构进行月度拨付和年终结算。

(二) DRG 付费医疗机构数据上传

1. 结算数据上传: DRG 付费医疗机构按照国家医疗保障局下发的《医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》中交易收费接口规范要求通过医保核心业务系统实时完整上传结算数

据。

2. 医保基金结算清单上传：DRG 付费医疗机构按照国家医疗保障局下发的《医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》完成接口改造，并严格按照《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）要求，在出院结算后 14 天内上传住院医保结算清单。

（三）数据校验与锁定

1. 数据校验。校验上传的数据，校验过程中及时将医疗机构数据上传的进度表提供给医保经办机构，由经办机构负责监督管理。

2. 数据锁定。医保经办机构通过 DRG 付费系统，在结算周期次月 14 日 24 时对数据进行锁定，锁定后将不再接收和修改数据，DRG 付费医疗机构应于结算周期次月 14 日 24 时前，完成本结算周期内全部结算数据与医保基金结算清单数据上传及修正工作。（例如：10 月 14 日 24 时前应完成 9 月 1 日至 9 月 30 日全部结算数据和医保基金结算清单数据的上传与修正）。

（四）DRG 分组

医保经办机构通过 DRG 付费系统，每月 15 日上午对匹配成功的病例进行分组，DRG 付费医疗机构 15 日下午查看预分组结果，及时核查未入组原因。

DRG 付费系统于每月 21 日正式公示分组结果。

（五）特殊病例结算(特殊申请按项目或按病种收付费)

1. 费用极高病例参保病例能入组，但住院总费用高于 DRG 支付标准 2 倍的，定义为费用极高病例。为了保证急重症病人得到及时有效地治疗，鼓励医院收治危重患者，此类患者按项目或按病种收付费方式进行结算。但费用超高结算人次不得超出当期本院出院人次 5%，如超过 5%，则按照住院总费用高于 DRG 支付标准的差额从高到低进行排序，取排序在前 5% 的人次所对应的费用按项目或按病种收付费方式结算。

2. 费用极低病例参保病例能入组，但住院总费用低于 DRG 支付标准 50% 的，定义为费用极低病例。为保证医保基金的使用效率，费用极低病例同样按项目或按病种收付费方式结算。

3. 分组进入不稳定组的病例(即分组测算时，属于非稳定组的病组)，按项目或按病种收付费方式结算。

4. 其他特殊按项目或按病种收付费患者，DRG 付费医疗机构可根据临床需要，向医保经办机构申请部分特殊患者按项目或按病种收付费，但须严格控制申请按项目或按病种收付费的患者数量；全年申请按项目或按病种收付费的患者数，不得超过总出院人次的 3%。各 DRG 付费医疗机构于每月 17 日前通过 DRG 付费系统完成本院需要特殊申请按项目或按病种收付费的病例进行反馈，DRG 付费医疗机构须逐例申报，医保经办机构于 20 日前完成审核。相关病例医保经办机构审核通过后方可按项目或按病种收付费结算。根据医保支付管理办法，可特殊申请按项目或按病种收付费结算的病例，仅包含以下情况：

(1) 费用极高但因 5% 比例限制未纳入按项目或按病种收付

费的病例；

(2) 因特殊原因，病例入组情况与临床实际不符的病例；

(3) 因当年药品、耗材、价格政策调整，导致当前治疗费用与测算历史病例差别极大的病例；

(4) 急诊入院的危急重症抢救患者；

(5) 经医保经办机构核准可申请按项目或按病种收付费的其他情况。

(六) 月度医疗费用拨付

医保经办机构根据相关文件规定及医保支付协议约定，采用按月拨付和年终结算相结合的结算办法。

1. 按月拨付。每月医保经办机构将应付款项拨付至各 DRG 付费医疗机构。每年 12 月份应拨医保基金暂不拨付，用作年度协议考核的医疗服务保证金，其中药械货款结算和年度协议考核工作按我市有关规定执行。

2. 费用查询。每月经各分中心审核相关数据后，通过医保核心业务系统前台报表，核对合计数之间的勾稽关系。待核对完毕，推送至 DRG 付费系统中，各 DRG 付费医疗机构可通过 DRG 付费系统中报表管理模块查看本医疗机构 DRG 付费发生的费用。

(七) DRG 付费审核

1. 违规病例和特殊病例的审核。市本级和各县(市、区)医保经办机构应于每月 20 日前完成上月违规病例和特殊病例的审核，形成“处理意见”，通过医保核心业务系统完成相应处

理。

2. 疑似违规病例审核。医保经办机构每月 15 日对上月的病案数据进行审核，筛查疑似违规病例，市本级和各县(市、区)医保经办机构审核人员，应于每月底前核查疑似违规病例，形成疑似违规病例的初审意见并下发 DRG 付费医疗机构。

3. 疑似违规病例申诉。DRG 付费医疗机构应于次月 5 日前，在 DRG 付费系统中的 DRG 监管模块查看本机构疑似违规病例的初审结果，对有异议的进行申诉，截止时间后未申诉的视为默认疑似违规的审核结果。

4. 疑似违规病例复审。市本级和各县(市、区)医保经办机构应于次月 15 日前完成疑似违规病例的复审，形成“处理意见”，通过医保核心业务系统完成相应处理。

(八) 付费监管

医保经办机构定期或不定期采取大数据分析、病例抽查、现场核查等方法，对纳入 DRG 付费住院病例的真实性、逻辑性、专业性进行评估，并严格按照 DRG 付费监督管理办法和协议规定对违规病例进行处理。

(九) 年度基金结算

根据全年基金预算情况、月度基金拨付情况、特殊病例处理、协议约定、费率调整及年度考核情况，医保经办机构次年进行年终结算。