

国家医疗保障局办公室

医保办发〔2021〕23号

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

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

现将《按疾病诊断相关分组（DRG）付费医疗保障经办管理规程（试行）》印发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。



（主动公开）

按疾病诊断相关分组（DRG）付费 医疗保障经办管理规程（试行）

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，保障参保人员基本权益，积极稳妥做好 DRG 付费经办工作，特制定本规程。

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“经办机构”）要根据国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）分组方案等政策，推进 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。

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等的中短期住院服务。省级经办机构要切实落实指导

和组织责任，指导统筹地区制定适合本地区的 DRG 付费经办管理规程，并对 DRG 付费经办运行情况进行监测评估。已在全省开展 DRG 付费的，省级经办机构要依据本规程制定本省 DRG 付费经办管理规程。

第二章 协议管理

第四条 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障服务协议，明确双方权利义务。可单独签订 DRG 付费医疗保障服务补充协议，也可在现有医疗保障服务协议中增加与 DRG 付费管理有关条款。

第五条 与 DRG 付费管理相关的医疗保障服务协议内容原则上应包括：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；经办机构与定点医疗机构日常结算办法、时限及付费标准；DRG 付费结算适用范围、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；明确经办机构与定点医疗机构对 DRG 分组及付费标准的协商谈判程序；明确经办机构和定点医疗机构应尽职责及义务等。

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

第七条 数据采集是制定DRG付费分组方案、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,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;明确本统筹区数据采集对象、范围和内容,以及其他需要补充采集的数据;指导医疗机构按要求上传数据,加强数据治理能力建设,制定数据填写、采集、传输、储存、使用等有关管理办法;对采集的数据进行校验、审查和评价,开展医保结算清单、医保费用明细表等的质量控制工作;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。

第八条 医疗机构住院服务的诊疗信息、费用信息严格按照《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)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。

第九条 对采集数据进行完整性、规范性检查,对有问题的数据应及时返回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，审核和评估医疗机构的数据质量。

第四章 预算管理

第十条 在总额预算前提下，遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，DRG 付费应整体进行单独预算单独管理。

第十一条 根据当年基金收入、上年医疗费用金额、医保基金支出、各类医疗机构收治病人数、参保人数及增长预期、参保人员年龄结构及缴费水平等指标确定本年度 DRG 付费预算，制定基金预算编制和管理方案，并在充分考虑总预算的前提下，预留一定比例的风险金。

第五章 支付标准

第十二条 权重确定。权重反映每一个 DRG 病组的资源消耗相对于所有病例的资源消耗程度，可用平均医疗费用表示资源消耗程度。

（一）确定总权重。总权重为各病组权重与例数的加权之和，某 DRG 病组权重可用该 DRG 病组的次均费用与所有病例次均费用的比值表示。

（二）调整权重。在总权重不变的前提下，可根据地方实践经验 and 数据积累、协商谈判结果或通过调整资源消耗结构，进行病组权重调整优化。

第十三条 费率确定。费率代表每一权重的费用值，即年度住院总预算与总权重的比值。应进行全量费用计算，实行全病组付费，并逐步实现同城同病同价。

第十四条 DRG 病组支付标准。各 DRG 病组依据费率乘以各病组权重获得相应的付费标准，根据 DRG 付费运行实际情况，适时进行权重、费率的动态调整。

第十五条 基金与个人支付。参保人员可按既有方式结算，也可根据当地实际情况，探索个人定额支付等其他方式，医保补足 DRG 病组支付标准与个人支付的差额部分。

第六章 审核结算

第十六条 经办机构要加强事前、事中管理力度，对医疗机构申报的 DRG 付费相关费用，应严格按照规定审核、结算、支付，确保医保基金合理使用。

第十七条 审核结算包括以下内容：

- (一) 医疗机构申报 DRG 费用流程、标准；
- (二) 经办机构接收申报材料流程、标准；
- (三) 经办机构审核流程及各岗位的审核标准和时限；
- (四) 经办机构与医疗机构费用结算方式、支付标准、结算和清算时限、对违规费用的拒付标准等。根据各地区医保基金运行实际情况，可进一步明确：预付金拨付流程、拨付时间；考核

细则、考核结果运用；风险金拨付流程、拨付标准等。

（五）鼓励采取医保智能审核与人工审核相结合的方式进行审核。

第十八条 清算管理。对上年度 DRG 付费基金实际使用情况进行清算，确保预算执行过程能合理反映本地医疗服务的购买情况，开展 DRG 付费基金运行质量评估，并建立激励约束机制。

第七章 稽核检查

第十九条 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。稽核工作可委托符合条件的第三方机构开展。

第二十条 稽核方式及方法。

（一）日常稽核。建设和完善 DRG 付费下的智能审核体系，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，对违规、违约行为依照相应程序进行处理。

（二）专项稽核。经办机构应根据本地的医疗机构数量、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。

第二十一条 社会监督。各级经办机构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。

第八章 信息系统建设

第二十二条 统筹地区应加快全国统一的医保信息平台落地应用，实现 DRG 付费业务所需的数据采集和质量控制、分组方案管理、分组服务、权重和费率测算、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，通过对医保数据的采集、统计、分析，以及智能审核，提高支付审核效率，实现对医保基金的运行趋势、风险监测、辅助决策及精准稽核，提高医保治理能力。

第二十三条 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。

第二十四条 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

第二十五条 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。

第二十六条 统筹地区经办机构要为开展医保住院按 DRG 付费的医疗机构开展专项考核评价，确定适合本地的医疗机构考核指标，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

第二十七条 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。

第二十八条 协商谈判要充分考虑各类医疗机构的利益，各级别、各类型医疗机构都可派代表参加协商谈判。

第二十九条 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

第三十条 通过建立 DRG 付费争议处理机制，解决医疗机构提出极值病例支付等 DRG 支付领域的争议问题，推进 DRG 付费工作。

第三十一条 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。

第三十二条 经办机构与医疗机构在 DRG 付费中出现的各类纠纷，均应按照医疗保障服务协议及相关法律法规处理。

第十二章 附 则

第三十三条 本规程由国家医疗保障局医疗保障事业管理中心负责解释。

国家医疗保障局办公室

2021 年 4 月 15 日印发

