

附件 2

福建省省属医疗机构按疾病诊断相关分组 (CHS-DRG) 工作经办流程 (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，经研究决定，特制定我省省属医疗机构 CHS-DRG 付费工作经办流程。

一、适用范围

我省列入疾病诊断相关分组 (DRG) 付费定点的省属医疗机构 (以下简称“定点医疗机构”)。

省本级与福州市的基本医疗保险参保人员 (以下简称“参保人员”) 在省属定点医疗机构发生的中短期住院病例 (小于等于 60 天)，均纳入按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费管理 (以下简称“DRG 付费”)。

二、经办流程

(一) 患者出院结算

我省参保人员与定点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) 与定点医疗机构结算，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《福建省省属医疗机构CHS-DRG 医保支付管理办法（试行）》和《福建省省属医疗机构CHS-DRG 医保结算细则（试行）》文件规定与定点医疗机构进行月度拨付和年终结算。

（二）定点医疗机构数据上传

1. 结算数据上传：定点医疗机构按照《国家医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》中的交易收费接口规范要求通过福建省医疗保障信息平台实时完整上传结算数据。

2. 医保基金结算清单上传：定点医疗机构按照《国家医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》中的医保基金结算清单上传规范说明完成接口改造，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10天内及时上传完整医保基金结算清单数据。

（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10日24时对数据进行锁定，锁定后将不再接收和修改数据，定点医疗机构应于结算周期次月10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10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 11 日对匹配成功的病例进行分组，定点医疗机构 12 日起可查看预分组结果，及时核查未入组原因。

（五）特殊病例结算（特殊申请按项目付费）

1. 费用极高病例参保病例能入组，但住院总费用超过 DRG 支付标准规定倍数的 2 倍，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付费方式结算。

3. 其他特殊按项目患者，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付费，但须严格控制申请按项目的患者数量，全年申请按项目的患者数，不得超过总出

院人次的 3%。各 DRG 付费医疗机构于每月 18 日前通过 DRG 付费系统完成本院需要特殊申请按项目的病例进行反馈，DRG 付费医疗机构须逐例申报，医保经办机构于 25 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结算。DRG 付费系统于每月 30 日正式公示分组结果。

根据医保支付管理办法，可特殊申请按项目的病例，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、危急重症抢救等经医保经办机构核准可申请按项目付费的其他情况；
- （5）经医保经办机构核准可申请按项目的其他情况。

（六）月度医疗费用预付

医保经办机构根据医保支付协议约定，采用按月预付和年终决算的结算办法。每月月底前，医保经办机构根据医保支付协议约定，将每月预拨金额拨付至各定点医疗机构。

1. 按月拨付。每月医保经办机构按协议约定将应付款项拨付至各 DRG 付费医疗机构。医保经办机构可按不超过 DRG 结算费用的 10%预留部分款项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省有关规定执行。

2. 费用查询。各定点医疗机构可通过 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。省本级和福州市医保经办机构应于每月 12 日前完成违规病例和特殊病例的审核，形成“处理意见”，通过医疗保障智能监管系统完成相应处理。

2. 疑似违规病例审核。医保经办机构每月 12 日对病案数据进行审核，筛查疑似违规病例，省本级和福州市（县）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定点医疗机构。

3. 疑似违规病例申诉。定点医疗机构应于次月 5 日前，在医疗保障智能监管系统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。省本级和各市（县）区医保经办机构应在申报后的次月 12 日前完成疑似违规病例的复审，形成“处理意见”，通过医疗保障智能监管系统完成相应处理。

（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《福建省省属医疗机构疾病诊断相关分组（DRG）付费监督管理办法（试行）》对违规病例进行处理。

（九）年度基金决算

根据全年基金预算情况、月度基金预付情况、特殊病例处理、协议约定、费率调整及年度考核情况，医保经办机构制定年终决算方案，经审议通过后执行。