

合医保发〔2024〕13号

关于印发《合肥市 DRG 付费审核规则》的通知

各县（市）区医疗保障局、开发区社会发展局、各有关定点医疗机构：

现将《合肥市 DRG 付费审核规则》印发给你们，请遵照执行。

2024年8月20日

合肥市 DRG 付费审核规则

第一章 总则

第一条 为进一步深化 DRG 付费方式改革，健全医疗保障基金监管体系，维护医保基金安全，提高医保基金使用效率，特制定本规则。

第二条 本审核规则作为可疑违规数据审查的依据，对涉及违规病例按对应处理条款月度扣除病例点数，年终清算时从医疗机构获取点数中扣除。

第二章 分解住院

第三条 分解住院是指医疗机构将应当一次住院结算的住院患者分成两次或多次结算，或将尚未达到出院标准的患者办理出院，导致患者短期内再次入院治疗（只针对离院方式为医嘱离院的病例进行审核，离院方式类别将列入年度考核指标）。患者出院后因病情突然变化出现危急情形需临床紧急干预再次入院的除外。

第四条 对年度内在一定时间内再次住院治疗且进入同一 ADRG 病组的病例，按下列规定处理：

（一）同一患者 2 日内再次住院治疗的，核减该患者前次住

院医疗机构获得的全部点数；

（二）同一患者 7 日内再次住院治疗的，核减该患者前次住院医疗机构获得点数的 70%；

（三）同一患者 14 日内再次住院治疗的，核减该患者前次住院医疗机构获得点数的 50%；

（四）同一患者 1 个月内再次住院治疗的，核减前一家医疗机构点数的 30%。

（五）特殊情况处理：1.特殊病例（如脑瘫、罕见病等）系统审核后，经办机构须经人工复审确认；2. 14 岁以下儿童呼吸道、消化系统疾病及妇产科孕期类疾病不纳入审核；3.部分双侧器官分开手术病例（如白内障等）不纳入审核；4.多疗程住院病例不纳入审核。

第五条 上下家均为同一医疗机构的“非医嘱离院”病例，比照上述规则处理。符合分级诊疗的，应当按照分级诊疗规范办理上转下或下转上手续，转出的医疗机构应明确标记转诊标记，无转诊标记的按上述规则处理。

第六条 肿瘤患者需要进行放化疗的，应当符合临床诊疗规范，按多疗程住院放化疗结算。超出正常多疗程放化疗频次的，或多疗程放化疗按普通住院结算的，比照上述规则处理。

第三章 低标准入院

第七条 低标准入院是指定点机构未严格执行卫健部门临床诊疗规范和技术操作规范，未按规定执行医保、卫健部门有关住院管理政策和依据，将不符合或未达到入院指征的患者收治入院的行为（只针对离院方式为医嘱离院的病例进行审核）。

第八条 下列情形按照低标准入院处理，核减该患者当次住院医疗机构所获得点数：

（一）检查检验费用占总费用大于 70%；

（二）药品费用占总费用大于 80%；

（三）检查检验及药品费用占比超过 90%病例。

（四）特殊情况处理：1.上述数据包含双通道药品费用；2.特殊病例（如罕见病、恶性肿瘤、血液病等）及第（三）条中的内科组病例系统审核后，医保经办机构须经人工复审确认；3.14 岁以下儿童呼吸道、消化系统疾病不纳入审核。

第九条 住院时长不足 24 小时的病例（不含日间手术），核减医疗机构的获得全部点数。

第四章 编码违规

第十条 编码违规是指医疗机构在编制病案信息时高编、低编或对应编码错误，导致编码与分组结果异常或手术编码与收费项目不匹配。

第十一条 以下编码与分组异常，核减其所获得的全部点数：

（一）出院诊断为恶性肿瘤、主手术操作为空（不含主手术与诊疗性操作）的病例；

（二）化疗组病例无化疗药品的病例（化疗药品统计时包含“双通道”购药）；

（三）收费项目为无创呼吸机、手术编码为有创呼吸机的病例；

（四）上传手术操作呼吸机使用时长 > 96 小时、收费时长小于 96 小时的病例；

（五）将可按联合诊断或手术进行编码上传的单据按分开诊断或手术编码上传，影响分组付费；

（六）上传的诊断或手术编码为笼统的编码，影响分组及付费效率；

（七）次要诊断漏传或错传，影响分组及付费效率。

第十二条 手术编码与收费项目不匹配，核减其所获得的全部点数：

（一）主手术为空、费用明细有可转换成主手术编码的手术收费项目；

（二）收费项目中含有特殊耗材或有对应的诊疗项目，无对应主要手术 ICD-9 编码的；

（三）病例中有主手术 ICD-9 编码无对应手术收费编码或耗材的。

第五章 审核流程及争议处理

第十三条 审核流程按以下规定执行：

（一）通过 DRG 监管系统（账户、访问链接另行通知）依据上述规则对 DRG 付费单据进行审核。医疗机构可通过 DRG 监管系统查看违规单据及核减结果。

（二）DRG 审核由医保经办机构每月在病例分组后进行，违规数据直接核减，原则上不再接受反馈。

（三）DRG 审核核减全部点数的病例不再纳入智能审核。现智能审核系统按项目审核的规则保留使用，其中限性别、限儿童、限医院等级、超住院天数、超项目限定频次收费等刚性规则，原则上不再接受反馈。

（四）审核后原则上不允许冲销数据，特殊情况需在医保经办机构备案后，方可冲销。

第十四条 医疗机构对审核结果有争议的，每年可向同级医保行政部门申请复核一次。医保行政部门视情组织专家对争议病例进行复核。复核认定合理的，不核减相应点数；复核认定不合理的，按上述规定处理，不再受理申诉。

第六章 其他要求

第十五条 审核结果定期通报基金监管机构。

第十六条 分解住院、低门槛入院、编码违规纳入 DRG 考核指标，与医保基金年终清算挂钩，相关系数另行规定。

第十七条 医疗机构应严格执行国家医保信息业务编码规则，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》要求，应传尽传，并对其真实性、完整性负责。

医疗保障基金结算清单应根据《合肥市 2024 年度住院医保基金按疾病诊断相关分组（DRG）付费实施方案》中结算清单上传时间要求，按省信息化平台“4101A 医疗保障基金结算清单信息上传”接口要求规范上传至省信息化平台。上传的医疗保障基金结算清单需通过省信息化平台质控，未通过质控的单据将不纳入 DRG 分组和付费。

第十八条 本规则于 2024 年 10 月 1 日起启用。

