

山东省医疗保障局

鲁医保函〔2022〕49号

山东省医疗保障局关于印发 《山东省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

各市医疗保障局，胜利油田医疗保险管理服务中心：

现将《山东省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，持续完善本地区经办管理规程，扎实推动支付方式改革落地见效。



（此件主动公开）

山东省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《中共山东省委 山东省人民政府贯彻落实〈中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见〉的实施意见》，深化医保支付方式改革，提高医疗保障基金使用效率，保障参保人基本权益，积极稳妥做好DRG付费经办工作，根据国家医疗保障局《关于印发疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范 and 分组方案的通知》（医保办发〔2019〕36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》（医保办发〔2021〕23号）等有关文件规定，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，主要目标是促进医疗卫生资源合理利用、充分保障参保人员待遇水平、确保医保基金平稳高效运行，推动医保基金由被动支付向主动购买转变。

第二条 各级医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）要充分发挥支付方式改革政策落实的主体作用，严格落实国家及省DRG付费技术标准和经办流程规范。省级经办机构指导各市认

真落实省级DRG经办管理规程；市级经办机构要切实落实指导和组织责任，健全完善适合本地区的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。

第三条 经办机构应健全总额预算、协议管理、月度预结算、年终清算、审核稽核、激励约束、协商谈判等机制，完善DRG付费信息系统建设，加强数据监测分析，开展成效评价，确保改革落地见效，为参保人员购买高质量、有效率、能负担的医药服务。

第四条 做好相关医保经办工作的协同，使DRG付费改革与按人头或床日等其他支付方式、谈判药品“双通道”、药品耗材集中带量采购、门诊共济保障、长期护理保险等各项工作协同推进，形成正向叠加效应，放大DRG付费改革实施成效。

第五条 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，是医保经办机构与定点医疗机构支付结算医保费用的方式。参保人员待遇按既有方式结算，也可根据当地实际情况，探索个人定额结算等方式。

第二章 预算管理

第六条 DRG付费实行区域总额预算，遵循“以收定支，收支平衡，略有结余”的原则，基于基金收支预算，确定本年度DRG付费基金支出预算总额（以下简称DRG付费预算总额）。DRG付费应整体进行单独预算单独管理。职工医保和居民医保DRG付费预算总额应分别编制。

第七条 每年年初制定基金预算编制和管理方案，实行区域预算总控。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、药品和医用耗材集采降价等指标，综合考虑确定本年度DRG付费预算总额。在区域总额预算内，按DRG付费预算总额的一定比例预留作为年度调节金，用于年终清算时特殊情形病例费用、合理超支分担、医疗新技术应用、扶持中医药事业等。

第八条 加强基金预算管理控制能力。经办机构要通过运行监测等方式及时发现预算进度执行异常、住院人次发生较大变化等情况，正确应对并稳定医疗机构预期，提升医疗机构参与DRG付费改革的积极性。

第三章 协议管理

第九条 DRG付费实行协议管理。经办机构与实行DRG付费的医疗机构通过签订医疗保障服务协议，明确双方权利与义务。可单独签订DRG付费补充协议，也可在现有协议中增加与DRG付费相关条款。

第十条 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、支付结算、费用审核方法及流程；明确DRG付费年终清算适用范围、清算办法及流程；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、义务及违约责任等。

第十一条 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，协议要具体明确DRG付费过程的高靠分组、分解住院、转移住院费用、推诿患者、服务不足等违约行为及具体处理办法。对定点医疗机构违约行为可采取暂停拨付、拒付违规费用、扣除履约保证金、中止协议等处理，对已支付的违规费用予以追溯扣除，并可对医疗机构相关责任人员进行约谈、通报。

第四章 数据采集

第十二条 数据采集是制定DRG付费分组方案、测算付费标准、支付结算、审核稽核等工作的基础。经办机构要做好国家医疗保障信息业务编码标准的贯标应用工作，统一使用国家医保版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。按照国家DRG付费有关要求，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，开展医保基金结算清单、医保费用明细表等的质量控制工作；做好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。

第十三条 医保基金结算清单应严格按照《山东省医疗保障局办公室关于转发医保办发〔2021〕34号做好新版医保基金结算清单及填写规范落地应用工作的通知》（鲁医保办发〔2021〕15号）及国家最新要求填报。经办机构应重点对主要诊断选择、其他诊断填报以及主要手术与其他手术操作的填报进行管理，并要求医疗机构按规定及时、准确上传至医保信息系统，做好数据安全维护工作。

第十四条 建立数据质量核验机制。由经办机构、医疗保障病案管理专家、医疗机构相关人员（编码人员、临床医生、医保管理人员、信息工程师等）共同组建数据质量核验工作组，参与医保数据质量核验。对采集数据进行完整性、规范性核验，对有问题的数据，经办机构要及时反馈并允许医疗机构在限定时间内核对后重新上传数据。

第十五条 建立数据质量评价机制。通过DRG测算、入组率、与诊断不相关的手术病例数，以及费用极值病例等指标，定期对医疗机构上传的数据质量进行评价、通报。

第五章 付费标准

第十六条 突出病组、权重和系数三个核心要素，建立完善

管理和动态调整机制，根据实际运行情况适时调整。

第十七条 病组。严格执行国家医疗保障疾病诊断相关分组（CHS-DRG）核心分组方案，按国家分组方案及技术规范，结合本地实际确定DRG细分组方案，使之更贴近临床需求及地方实际，更利于开展病组费用结构分析。

第十八条 权重。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。重点考虑DRG组费用数据结构及相关影响因素，剔除特殊数据及不合理费用，计算出基础权重。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，根据实践经验和数据积累，通过与医疗机构协商谈判调整资源消耗结构，对组内差异过大或与临床实际不符的DRG组进行权重合理性调整，使之充分体现医保政策导向和医务人员技术劳务价值等。

第十九条 医疗机构系数。根据医疗机构级别、类别、功能定位、医疗技术水平等的不同，综合评估设定医疗机构系数。

第二十条 费率。费率代表每一权重的费用值。费率确定同时要参考上年本统筹区住院平均医疗总费用予以修正调整。

第二十一条 付费标准。各DRG病组依据权重乘以费率乘以

医疗机构系数，获得相应的付费标准，包含医保支付和患者个人负担两部分。根据DRG付费运行实际情况，适时进行权重、医疗机构系数、费率的动态调整。

第二十二条 同城同病同价。完善医疗机构系数管理，选择临床路径基本统一、入组标准明确、治疗难度较低的DRG病组，设置相同的医疗机构系数，推行“同城同病同价”，并逐步扩大范围，引导医疗资源有序下沉，推动分级诊疗，提高医保基金使用绩效。

第六章 支付结算

第二十三条 健全完善支付结算体系，对定点医疗机构的DRG付费病例实行月度预结算和年终清算。

第二十四条 支付结算包括以下内容：

- （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）经办机构结算流程及各岗位标准、时限；
- （四）制定年度DRG付费具体实施方案。明确经办机构与医疗机构费用结算方式、付费标准、结算时间、考核结果应用、对违规费用的拒付标准、预付周转金拨付流程、清算时限等。

第二十五条 制定月度支付结算流程，在出院病例医保基金结算清单上传、数据质控、病例入组、沟通反馈、结果确定、费用结算等环节，明确具体工作事项。

第二十六条 年终清算。按照“结余留用，合理超支分担”的原则，每年度根据DRG年度基金总量、DRG年度考核结果，对DRG付费病例进行清算，并根据清算结果对医疗机构进行补足或扣减支付。

第七章 审核稽核

第二十七条 充分认识DRG付费对医疗服务行为带来的新变化、新特点，做好新形势下医保费用审核工作，重点审核申报数据不实、高套分组、分解住院、转移住院费用、服务不足、推诿重患等违规行为。要通过案例分析等方式尽快探索出适应DRG付费的费用审核方法路径，健全完善费用审核体系。探索引入第三方服务，提高医保大数据分析能力，提升DRG费用医保智能审核水平。

第二十八条 适应支付制度改革的需要，积极拓展智能监控系统的应用，合理设置适应新支付方式下的监控规则，加强医院HIS数据、医保结算数据对比分析和日常监控。要健全完善稽核检查体系，做好经办审核与稽核检查、稽核检查与行政执法的结合，及时对经办审核发现的违规线索开展稽核检查，依约依规处理；涉及违法行为的，及时移交行政处理。

第二十九条 社会监督。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

第三十条 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、权重费率和医疗机构系数测算、支付结算、审核稽核、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,提高支付结算与审核效率,实现对医保基金的运行趋势、风险监测、辅助决策及精准审核稽核,提高医保治理能力。

第三十一条 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。

第三十二条 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,加强系统运维保障,确保系统安全。

第九章 考核评价

第三十三条 建立完善考核评价机制,引导医疗机构协同改革,助推提升编码管理和病案质控水平、信息传输水平、医保服务水平、内部运营管理水平。

第三十四条 开展DRG付费专项考核评价,将日常评价与定期评价相结合,从组织管理、制度建设、服务质量、数据质量、

费用控制等方面细化完善评价指标体系和评价标准。

第三十五条 定期开展DRG运行监测与评价分析,在医保基金支出、审核监管指标、医疗服务能力、医疗服务效率、收治病种结构、病种费用结构、个人负担率等方面,分析DRG付费对医保基金、医疗机构、参保人带来的影响,持续健全完善经办管理配套措施和考核评价机制。一般应每季度进行评价,年度清算完成后要进行年度评价。

第三十六条 向医疗机构公开病组、权重、系数等核心要素指标,费率、平均住院日、例均费用等运行参数,充分发挥医疗机构主动控制医疗成本的作用。以公开透明促进公平公正,引导医疗机构公平、有序竞争。

第三十七条 建立激励约束机制,加强考核结果的应用。DRG付费专项考核评价纳入医疗机构协议履约考核评价体系,并与质保金兑付、结余留用与合理超支分担比例、优秀医保医师评选、医疗机构系数调整等关联使用。

第十章 协商谈判

第三十八条 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。

第三十九条 协商谈判要充分考虑医疗资源分配、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。财政、卫健等部门以及人大代表、政协委员等可旁听谈判过程。

第四十条 加强组织管理，建立协商谈判相关工作机制，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

第四十一条 通过建立DRG付费争议处理机制，解决医疗机构提出的费用极值病例、新药新技术等争议问题，积极稳妥推进DRG付费工作。

第四十二条 成立由医保行政和经办，医疗机构医保、病案、临床等人员组成的DRG专家团队，遵循“公平公正、客观合理、多方参与、及时处理”的原则，处理DRG付费中的各类争议问题。

第四十三条 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

第四十四条 本规程由山东省医疗保障局负责解释。

第四十五条 本规程自发布之日起施行。