

# 湖北省医疗保障局办公室文件

鄂医保办〔2024〕33号

## 省医疗保障局办公室关于印发《省本级按疾病 诊断相关分组（DRG）付费医疗保障经办 管理规程》的通知

各省本级定点医疗机构：

现将《省本级按疾病诊断相关分组（DRG）付费医疗保障经办管理规程》印发给你们，请遵照执行。落实过程中如遇重大事项，请及时反馈。



（此件公开发布）

# 省本级按疾病诊断相关分组（DRG）付费 医疗保障经办管理规程

为贯彻落实《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）《省医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动方案的通知》（鄂医保发〔2021〕71号）等文件精神，积极推进省本级医保支付方式改革，做好按疾病诊断相关分组（DRG）付费经办管理工作，结合省本级实际情况，制定本规程。

## 第一章 总 则

**第一条** 本规程适用于纳入 DRG 付费管理的省本级医保定点医疗机构。

**第二条** DRG 付费是按照国家、省医疗保障疾病诊断相关分组（DRG）付费管理要求与定点医疗机构结算支付医保费用的方式。参保人住院起付标准、报销比例、最高支付限额以及医疗服务项目、药品、医用耗材目录支付标准等按照省本级医保相关待遇政策执行。

**第三条** 省本级医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）要根据国家要求推进 DRG 付费工作落实，做好协议管理、数据采集，加强医保基金预算、结算、清算管理，建立与 DRG 付费相适应的支付体系及协商谈判、激励约束和考核评价机制，完善 DRG 付费信息系统，确保医保基金平稳高效运行，为参保人购买高质

量、有效率、能负担的医药服务。

**第四条** 经办机构要定期对 DRG 付费经办运行情况进行监测评估，并向医保数据工作组反馈相关信息。

## **第二章 协议管理**

**第五条** DRG 付费实行协议管理。实行 DRG 付费的定点医疗机构与经办机构签订的服务协议中应包括 DRG 付费管理有关条款，明确双方权利与义务。

**第六条** DRG 付费管理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，定点医疗机构信息化建设、住院医保基金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方式和时限，DRG 付费年度清算适用范围、方式及流程，定点医疗机构应用 DRG 医院绩效管理的相关规定，经办机构与定点医疗机构对于 DRG 付费领域的协商谈判和争议处理程序，经办机构和定点医疗机构应尽职责、义务及违约责任等。

**第七条** 按照《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第735号）《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 付费中发生的高套分组、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**

**第八条** 数据质量是实行 DRG 付费的基础，直接影响 DRG 分

组结果、分组效能和付费合理性等。DRG 付费应严格按照国家医疗保障信息业务编码的贯标要求,统一使用国家医疗保障局发布的医保版疾病诊断和手术操作、医疗服务项目、医保药品、医保医用耗材等信息的业务编码标准。如国家对医保疾病诊断、手术操作、医保结算清单填写规范以及其他业务编码标准进行调整,应及时执行新的技术规范 and 标准。

**第九条** 定点医疗机构住院服务的基本信息、诊疗信息、费用信息等严格按照《国家医疗保障局办公室关于修订医疗保障基金结算清单填写规范的通知》(医保办发〔2021〕34号)等规定填报。定点医疗机构按照标准化要求改造医院信息系统(HIS系统)接口程序,准确填报医保结算清单等信息数据,做好数据安全维护工作,确保数据按时上传和规范上传。无正当理由未按规定上传相关数据信息,或因为数据质量问题导致不能入组的病例费用,医保基金不予支付。

**第十条** 经办机构要建立采集数据质量监管机制,按时对医保结算清单和病案首页采集数据的完整性、规范性、合理性进行检查,并将有问题的数据反馈医疗机构进行核对、修正和重传。省本级数据上传质控使用《湖北省 DRG/DIP 医保结算清单数据质控规则》规定的 49 条事前质控规则,并建立事后质控机制,定期对医疗机构采集数据的质量进行评估和通报。

## **第四章 预算管理**

**第十一条** DRG 付费实行区域总额预算管理,按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则,以省本级统筹基金支出预算为基

础，根据当年基金收入、上年度医疗费用金额、医保基金支出、各类定点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，科学制定 DRG 付费区域总额预算，可根据运行实际预留 5% 的风险金。

**第十二条** DRG 付费应整体进行单独预算管理。采用以下方式计算 DRG 付费预算总额：

DRG 付费预算总额 = ( 年度统筹基金支出预算总额 - 门诊支出预算 - 异地就医支出预算 - 基金其他支出预算 ) × ( 上年度纳入 DRG 付费的定点医疗机构住院费用 ÷ 上年度省本级住院总费用 )。

**第十三条** 在预算执行过程中，如遇国家或省重大政策调整、现行预算与实际执行差距巨大以及与定点医疗机构协商谈判一致认为需要调整等重大情况，可对预算进行适当调整。预算调整应书面报告医保行政部门。

## **第五章 支付标准**

**第十四条** 经办机构要按照《国家医疗保障 DRG 分组与付费技术规范》《国家医疗保障 DRG ( CHS-DRG ) 分组方案》要求，在主要诊断大类 ( MDC ) 和核心 DRG 分组 ( ADRG ) 与国家保持一致的情况下，结合各定点医疗机构住院医疗费用的历史数据和临床实际，遵循“临床过程相似，且资源消耗相近”的原则，制定本地的 DRG 细分组 ( DRGs )。医疗保障信息系统疾病诊断和手术操作代码采用国家医保 2.0 版《医疗保障疾病分类代码》( ICD-10 ) 和《医疗保障手术及操作分类与代码》( ICD-9-CM-3 )。

**第十五条** 建立 DRG 付费分组动态维护机制，根据国家及省

医疗保障局的相关规定和要求，结合运行实际做出相应更新调整。

**第十六条** DRG 病组支付标准根据各病组权重和费率确定。  
计算公式为：DRG 病组支付标准=DRG 病组权重×费率。

**第十七条** 基础权重确定。DRG 权重是对每一个 DRG 病组依据其资源消耗程度所给予的权值，反映该 DRG 病组资源消耗相对于其它疾病的程度。根据各病组前三年按照一定比例加权平均计算得出的历史例均费用与同期所有病例例均费用的比值计算病组基础权重。省本级 DRG 付费权重各项数据参照武汉市历史数据计算结果。

计算公式为：某 DRG 病组权重=该 DRG 病组中病例例均费用÷所有病例例均费用。

**第十八条** 分类确定权重。将结算病例按照先期分组病例、普通入组病例、费用极高及住院天数大于 60 天病例、费用极低病例、精神床日类病例、日间手术病例、中医优势病组病例、歧义（QY）组病例等分类结算。

1. 部分先期分组病例。主要诊断大类为 MDCA（先期分组疾病及相关操作），且非 AH1、AH2 病组（气管切开伴呼吸机支持>96 小时或 ECMO）的病例按项目审核结算。

2. 普通入组病例。按分组方案基础权重计算。

3. 费用极高及住院天数大于 60 天的病例。费用极高病例是指结算病例费用大于该病组病例例均费用 2 倍，且按该病例与其所在病组例均费用差额（即病例住院费用-所在病组例均住院费用）的高低排序，分别取统筹区该 MDC（主要诊断大类）下外科/操

作组、内科组病例总数前 5%的病例。住院天数大于 60 天（精神床日病例除外）的病例参照费用极高病例执行。

此类病例权重=病例实际住院费用÷该病组例均住院费用×该病组基础权重×0.9

**4. 费用极低病例。**费用极低病例是指结算病例费用小于当月该病组病例例均费用 0.5 倍的病例。

此类病例权重=病例实际住院费用÷该病组例均住院费用×该病组基础权重

**5. 精神类床日病例。**精神疾病内科治疗（TR19、TR29、TS19、TT29、TU19）病例。床日费用标准参照武汉市标准。

此类病例权重=各级别医疗机构床日费用标准÷所有病例例均住院费用×病例住院床日数

**6. 日间手术病例。**按照分组方案，对日间手术病例进行分组，进入相应 ADRG 下不伴有并发症与合并症的 DRG 病组，按照病组权重计算日间手术病例权重。日间手术范围参照武汉市规定范围。

**7. 中医优势病组。**按《省医疗保障局 省卫生健康委员会关于推行部分中医优势病种按疗效价值付费工作的通知》（鄂医保发〔2024〕31 号）执行。

**8. 歧义(QY)组病例。**主要诊断及主要操作不匹配的病例。

此类病例权重=歧义(QY)组病例实际住院费用÷所在 MDC 例均住院费用×0.7

**第十九条 权重调整。**原则上在各主要诊断大类总权重不变的前提下，根据省本级运行实际情况、临床专家协商谈判等，适

时进行病组权重调整优化，并做好药品耗材集中带量采购、国谈药品与权重调整联动工作。

**第二十条** 费率确定。DRG 费率是分配到每一权重上消耗的住院医疗费用。根据 DRG 付费统筹基金支出预算总额、住院费用中其他保障支付费用和统筹区住院总权重等确定费率。

计算公式为：费率=（DRG 付费统筹基金支出预算总额+大额保险支付费用+其他保障支付费用+个人实际负担费用）÷本统筹区总权重。

（一）实行层级费率。根据不同级别医疗机构存在的医疗成本和同病组病例治疗的难易程度差异等因素，测算确定各级别医疗机构的费率。

（二）实行浮动费率。即月度预结算时采用上年度清算费率，本年度清算费率在年底清算时根据 DRG 付费统筹基金支出预算总额、住院费用中其他保障支付费用和统筹区住院总权重等确定清算费率。第一年月度预结算使用武汉市上年度清算费率。

**第二十一条** 为促进分级诊疗，选择技术差异性不大、医疗费用相对稳定、各级别医疗机构普遍开展的 DRG 病组作为基础病组。基础病组实行统筹地区内同病同价结算，并根据实际情况适当调整病组权重。基础病组采用武汉市病组范围和权重。

## **第六章 审核结算**

**第二十二条** 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，严格按照规定审核、结算、支付，确保医保基金合理使用。

**第二十三条** 建立完善 DRG 付费下的智能审核体系,加强 DRG 付费智能审核,对定点医疗机构病案数据完整性、主要诊断准确性、入出院诊断符合率、外科手术操作占比、病例组合指数(CMI)值等反映医疗服务能力和质量的指标进行分析管理。建立健全智能审核知识库、规则库,充分利用人工智能、大数据分析等手段,重点审核定点医疗机构数据不实、高套分组、推诿重患、分解住院、虚假住院等违规情形。

**第二十四条** 运用多种审核管理方式,采取智能审核、实时监控、现场检查等相结合的方式,加强对 DRG 付费定点医疗机构的审核监管。定期开展 DRG 付费专家审核。

**第二十五条** 经办机构与开展 DRG 付费的定点医疗机构进行月度预结算和年度清算。

**第二十六条** 月度预结算。经办机构应根据国家医疗保障 DRG 分组与付费技术规范等,对医疗机构按月进行预结算,原则上在定点医疗机构申报费用后 30 个工作日内完成月度预结算。

#### (一) 数据采集质控

在参保人出院结算后,原则上定点医疗机构应在 10 个工作日内将医疗保障基金结算清单上传至医疗保障信息平台,平台对上传病例数据进行质控,并将质控结果反馈给定点医疗机构,定点医疗机构进行修正后重新上传数据直至质控通过。定点医疗机构应在每月 15 日前完成相关住院费用申报。每月 16 日,医疗保障信息平台固化上月病例数据。

#### (二) DRG 分组

数据固化后 5 个工作日内,经办机构依据定点医疗机构上传

的医保结算清单等数据，按照分组方案完成上月结算病例 DRG 分组，并将分组结果反馈给定点医疗机构。

### （三）费用审核

1. **费用初审。**每月 21 日前，智能监管系统依据审核规则对定点医疗机构申报的上月医保结算明细数据进行全量审核，审核出违规病例和可疑病例。经办机构对审核发现的违规病例和可疑病例进行人工初审，生成初审结果，并反馈到各定点医疗机构。

2. **申诉。**次月 5 日前，定点医疗机构通过省医疗保障信息平台对初审结果向经办机构进行申诉，并上传佐证材料。

3. **复审。**次月 14 日前，经办机构对申诉情况进行复审，确定复审结果，并按规定对定点医疗机构违规费用纳入后期结算费用进行扣减。

4. **合议。**定点医疗机构对最终审核结果有异议的，可在 2 个工作日内提请合议。省医保局基金监管部门对定点医疗机构申请合议的病例费用按规定组织合议，经合议认定为合规的费用，在后期结算费用中予以返还。

### （四）特例单议申请

特例单议管理执行《湖北省按病组（DRG）和病种分值（DIP）付费特例单议管理办法（试行）》（鄂医保发〔2024〕43号）的规定。

### （五）结算支付

经办机构根据最终分组结果、定点医疗机构权重和费率、往期审核扣款等审定 DRG 病组应付费用。次月 15 日前，向定点医疗机构拨付上月期号医药费用。

根据定点医疗机构结算病例分组结果、各类病例权重、本级别医疗机构费率等确定应付金额，某病例应付金额 $<0$ 时按0计算。

对某病例应付金额=结算病例权重 $\times$ 相应级别医疗机构费率  
-(大额保险支付费用+其他保障应付费用+个人实际负担费用)

对某定点医疗机构应付金额为该医院出院结算病例应付金额之和，月度预结算时拨付90%的应付费用。当医院某DRG病组按DRG应支付费用超过该医院该病组病例按项目统筹支付110%的，DRG应支付费用按项目统筹支付的110%支付。

**第二十七条** 年度清算。原则上经办机构应于每年6月底前完成上年度DRG费用清算工作。

#### (一) 年度数据清理

定点医疗机构清理年度内未上传结算清单病例、结算清单质控不通过病例、歧义组病例、费用结算错误病例等，并按规定重新上传数据和修正完善。

#### (二) 制定年度清算方案

经办机构根据DRG付费实施方案、DRG付费运行情况和基金运行情况等制定年度清算方案并实施。

#### (三) 年度清算支付

根据年度清算方案，测算所有病组总费用，特病单议病例总费用等，对以上费用进行年度汇算，形成年度汇算金额，预留5%作为质量保证金，纳入年度考核。根据年度汇算金额、月度结算费用总额、违规扣减费用和年度考核等情况，计算年度清算支付金额。原则上采用以下计算方式。

计算公式为：某定点医疗机构年度清算支付金额=年度汇算金额×0.95-月度结算费用总额-违规扣减费用+质量保证金×年度绩效考核系数

年度清算支付金额小于0时，定点医疗机构应将差额部分退回至指定账户。

#### （四）特殊情况处理

对费用总额、费用结构或病例数变化异常的DRG病组，经专家审查论证后，对该病组权重进行相应调整后付费。有其他特殊情况由医保部门和定点医疗机构协商一致处理。

## 第七章 稽核检查

**第二十八条** 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、高套分组、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。

### 第二十九条 稽核方式及方法。

（一）日常稽核。借助DRG付费医疗管理工具，重点关注并及时分析医疗费用、门诊和住院量、病组权重结构、并发症或合并症患者比例、病例组合指数值等数据指标异常波动情况，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。根据本地定点医疗机构数量、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，或定期组织专家和定点医疗机构有关人员等，对住院病案进行交叉抽样检查。

**第三十条** 稽核情况与现场检查、飞行检查以及行政执法检查等有效衔接，实现信息共享，接受相关部门监管。

**第三十一条** 社会监督。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 考核评价**

**第三十二条** 为保障 DRG 付费可持续运行和参保人员受益水平，遏制可能存在的定点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，经办机构要建立健全 DRG 付费考核评价制度。

**第三十三条** 经办机构要建立组织管理、制度建设、病案数据质量、医疗服务能力、医疗行为规范、医疗服务质量、费用合理增长、资源使用效率和患者满意度等指标体系和考核标准。采取日常考核与定期考核相结合等方式，对实行 DRG 付费的定点医疗机构进行专项评价，并全部纳入考评范围。建立健全激励约束机制，加强考核结果的应用，提高医疗机构改革积极性，自觉规范诊疗行为和控制医疗成本。

## **第九章 协商谈判与争议处理**

**第三十四条** 建立健全医保协商谈判机制，在 DRG 付费的分

组、预算、支付等相关标准制定过程中，与相关部门和各类型医疗机构代表进行协商谈判。建立协商谈判相关工作机制，充分考虑各类医疗机构的实际和利益，通过讨论和磋商达成统一的意见。

**第三十五条** 建立健全 DRG 付费争议处理机制，遵循“公平公正、客观合理、多方参与、及时处理”的原则，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。经办机构与医疗机构在 DRG 付费中出现的各类纠纷，均按照医保服务协议和相关法律法规处理。

**第三十六条** 建立意见收集反馈机制。按照《关于执行按病组和病种分值付费 2.0 版分组方案推动支付方式改革提质增效的通知》（鄂医保办〔2024〕30 号）相关要求执行。省本级专用邮箱为 HBSBJ\_DRG@163.com。

## **第十章 信息系统建设**

**第三十七条** 经办机构应提升全国统一的医保信息平台应用水平，完善实现 DRG 付费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系统功能，为 DRG 付费管理提供数据和平台支撑。

**第三十八条** 做好信息系统技术支撑，加强与医疗机构联通和数据的快速归集，满足 DRG 分组及付费管理需要。通过对医保数据的采集、统计、分析、智能审核实现对医保基金的运行趋势

分析、风险监测、辅助决策及精准稽核，提高医保治理能力和基金安全使用效率。

**第三十九条** 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。

## **第十一章 附则**

**第四十条** 本规程由湖北省医疗保障局负责解释。

**第四十一条** 本规程自发布之日起实施。

