

郧西县医疗保障局 郧西县卫生健康局
关于印发郧西县《基本医疗保险住院费用按疾病诊断
相关分组（DRGs）付费工作方案（试行）》的通知

十堰市太和医院、十堰市人民医院、国药东风总医院、十堰市中医医院、郧西县人民医院、郧西县中医医院：

为贯彻落实中央、国务院关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见，经研究决定对郧西县医保定点的市、县 6 家医疗机构实行按疾病诊断相关分组（DRGs）付费工作，现将《郧西县基本医疗保险住院费用按疾病诊断相关分组（DRGs）付费工作方案（试行）》印发给你们，请遵照执行。

郧西县医疗保障局

郧西县卫生健康局

2019 年 4 月 16 日

鄱西县基本医疗保险住院费用按疾病诊断相关分组 (DRGs) 付费工作方案（试行）

根据《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55号，以下简称国办发55号文件），国家卫生计生委办公厅《关于开展按疾病诊断相关分组收付费改革试点工作的通知》（国卫办财务函〔2017〕603号）等有关医改政策要求，为认真贯彻落实党中央、国务院关于深化医药卫生体制改革的部署和要求，积极推进我县医保支付制度改革，更好地发挥医疗保险对医疗服务供需双方的引导和医疗费用的控制作用，进一步规范医疗服务行为提高基金使用效益，减轻参保患者医疗负担，决定对鄱西县医保定点的市、县六家医疗机构开展医保支付方式改革。现就有关事项通知如下：

一、总体目标

深入贯彻落实国家医药卫生体制改革的指导意见，充分利用医保的政策引导作用，通过DRGs（按疾病诊断相关分组）付费制度的实施，建立定点医疗机构医疗费用的自我约束机制和风险共担机制，有效控制医疗费用不合理增长，促进医药管理现代化、科学化、精细化目标。

二、覆盖范围

（一）医院范围

十堰市太和医院、十堰市人民医院、国药东风总医院、十堰市中医医院、郧西县人民医院、郧西县中医医院——六家定点医疗机构先行试点，适时向其他定点医疗机构推行 DRGs 付费制度改革。

（二）人员范围

在上述六家医院住院治疗的郧西县基本医疗保险参保对象（含城镇职工、城乡居民医保），均纳入 DRGs 付费管理（生育、意外伤害、大病补助、医疗救助除外）。

三、费用结算

（一）付费标准。定点医疗机构对患者的结算政策及方式不变；医保经办机构对定点医疗机构按 DRGs 付费管理。DRGs 付费按同级别医院“同病、同治、同价”的原则，分二级医院、三级医院两个档次确定统筹支付费用标准（见附件 1）。

（二）结算方式。在年度总额控制下按照“定额包干、超支自付、结余归己”的原则，医保经办机构按照病组统筹支付费用标准结算，实际超出部分由定点医疗机构自行承担，节余部分归医院所有作为定点医疗机构的医疗性收入。退出病例按照患者住院实际统筹费用的 80%比例支付。

（三）结算流程

1、住院数据与首页信息上传。定点医疗机构按原有方式上传住院费用明细数据。按 DRGs 付费结算的定点医疗机构，于次月 10 日前上报上月医保结算的出院病人病例首页

信息（按卫统 4 表格式）至医保经办机构，首页分组结果于 7 个工作日内返回各医疗机构。

2、申诉过程。医疗机构接到 DRGs 分组数据 3 个工作日内对有异议病例填写申诉表（见附件 2）进行申诉，医保经办机构接到申诉表后，组织专家组对申诉病例进行审核，审核通过病例退出 DRGs 付费管理。

3、最终结算。月度定额下按病组统筹支付费用标准结算，超出部分按月挂账，年底平衡清算。

（四）精神专科采用按床日付费方式付费。

四、退出病例

住院天数极端值病例、住院费用极端值病例和转院、死亡病例应按规定程序退出 DRGs 付费。

（一）住院天数极端值病例是指住院天数小于等于 1 天（经批准开展日间手术病例除外）或大于 60 天的病例。住院费用极端值病例是指住院费用不足该 DRGs 病组统筹支付费用标准 1/3 或住院费用超过该 DRGs 病组统筹支付费用标准 3 倍的病例。

（二）转院、死亡病例是指参保患者因转院或死亡中途退出治疗，住院时间少于 48 小时、住院统筹费用低于该 DRGs 病组统筹支付费用标准 50%的病例。

五、相关要求

（一）各定点医疗机构按照《疾病和手术操作分类及代码（国标临床版）》、《湖北省病案首页数据质量填写规范

(2016 版)》填写病案首页，及时准确上报诊疗信息，鼓励各定点医疗机构根据国家卫健委临床路径和诊疗规范，制定符合本院实际的各病种临床路径。

(二) 严格执行患者入院和出院标准及诊疗常规，严禁将门诊可以治疗的病人纳入住院结算；严禁将住院范围内费用通过门诊、外购处方等方式变相增加患者负担；严禁分解住院和诊断、手术、操作编码升级现象。DRGs 付费管理将纳入郧西县医保监管范围，对患者住院期间所发生的检查、检验、治疗和所用药品、耗材的情况进行监测。

(三) 各定点医疗机构应将城镇职工、城乡居民医疗保险运行主要核心指标年住院率、转诊率、次均费用、总自费率（三级医疗机构 $<15\%$ ，二级医疗机构 $<10\%$ ）、平均住院床日、出院病人 15 天内再住院率、群众满意度等纳入机构内部考核指标，充分考虑付费方式改革给医疗服务行为带来的影响，机构内部要制定相应考核细则，规范医疗服务行为，防止出现拒收、推诿病人、放宽住院标准、分解、转嫁住院费用等行为。

(四) 建立奖惩考核机制，组织专家对各定点医疗机构进行追踪和评估，全面考核医疗服务质量和费用控制情况，保障医疗质量安全。评估结果作为下一年度基金总额分配的重要依据。

(五) 实施 DRGs 付费管理，是改革医院现行收费和医保支付制度、有效控制医疗费用、缓解群众看病贵的一项重要措施。各定点医疗机构要充分认识其重要意义，高度重视，

加强政策宣传，及时为参保患者释疑解惑，要在醒目位置设立投诉电话，确保 DRGs 付费管理工作的顺利实施。各定点医疗机构要加强和医保经办机构的沟通，对执行中遇到的新情况、新问题，请及时向县医保局、县卫健委反映。

六、实施步骤

（一）准备阶段（2019 年 1 月至 3 月）。成立郧西县基本医疗保险推行按疾病诊断相关分组付费方式改革领导小组，起草总体工作方案，收集基线数据，确定付费标准，修改工作软件，进行宣传发动。

（二）试运行阶段（2019 年 4 月至 5 月）。根据郧西县基本医疗保险按疾病诊断相关分组付费工作方案启动试点改革，2019 年 4 月 20 日起在市、县六家定点医疗机构试行，根据试运行过程中出现的问题，对工作方案进行适时调整。

（三）正式运行阶段（2019 年 6 月起）。根据试运行调整的组标准，从 2019 年 6 月 1 日起对市、县二级及以上定点医疗机构全面启动城乡居民基本医疗保险 DRGs 付费方式改革工作。积极创造条件，力争在年底前启动城镇职工医保 DRGs 支付方式改革工作。

七、监管措施

对于 DRGs 付费中存在的分解住院、高编诊断、推诿重患等违规问题，结合 DRGs 管理特点，制定配套的监管措施，确保 DRGs 付费管理顺利实施。

（一） 组建一支由临床、病案专家、商业保险公司监管

人员及医保人员共同参与的医疗服务质量检查核心团队，负责对全县定点医疗机构的病案质量进行管理、制定检查标准和流程等工作。定期对全县定点医疗机构病案质量和医保管理进行检查和督导。

（二）对于进入 DRGs 付费管理的病例，主要通过设定监控指标、对相应 DRGs 分组指标监测分析，并结合再住院率情况，重点监控分解住院、重复住院以及高编诊断等违规现象。对于已查实的上述违规病例不予支付并按协议中欺诈骗保处理。

- 附件：1. 郧西县基本医疗保险 DRGs 病组支付费用标准
（试行）
2. 郧西县基本医疗保险 DRGs 病组支付费用特殊
病例申诉表