

附件 4

福州市 CHS-DRG 付费工作经办流程（试行）

一、适用范围

我市列入疾病诊断相关分组（DRG）付费定点的医疗机构（以下简称“定点医疗机构”）。

参加福州市基本医疗保险的参保患者，在福州市范围内定点医疗机构所发生的中短期住院病历（≤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

我市基本医疗保险参保人员与定点医疗机构结算住院费用时，仍以按项目付费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《福州市 CHS-DRG 医保支付管理办法（试行）》和《福州市 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预付与年末清算。

（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

通过全省统一医保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《国家医保结算清单填写规范》要求，在次月5日前及时将医保基金结算清单数据上传至全省统一医保信息平台。

3. 数据上传时限要求：定点医疗机构应在每月5日前按规定及时上传上月的数据信息（当月即可上传当月的数据信息）。

（三）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。

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. 其他特殊按项目付费患者，定点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付费的患者数量。各定点医疗机构于每月5日前对本院需要特殊申请按项目付费的病例进行反馈，定点医疗机构须逐例申报，医保经办机构于申报后次月12

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付费结算。根据《福州市 CHS-DRG 医保支付管理办法（试行）》，可特殊申请按项目付费结算的病例，仅包含以下情况：

（1）因当年药品、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；

（2）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。

（3）因特殊原因，病例入组情况与临床实际不符的病例；

（四）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。

（五）DRG 付费审核

1. 违规病例和特殊病例的审核。市本级和各县（市）区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，市本级和各县（市）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。市本级和各县（市）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。

（六）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《福州市疾病诊断相关分组（DRG）付费监督管理办法（试行）》对违规病例进行处理。

（七）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，市医保经办机构制定年终决算方案，经审议通过后执行。