

福州市医疗机构按疾病诊断相关分组 (CHS-DRG) 监督管理办法

第一条 为加强疾病诊断相关分组付费（以下简称“DRG 付费”）服务监督管理，维护医疗保障基金安全平稳高效运行，根据《中华人民共和国社会保险法》《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20 号）《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令 第 735 号，以下简称《条例》）《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医保局令 第 2 号）等规定，参照《福建省省属医疗机构按疾病诊断相关分组（CHS-DRG）监督管理办法（试行）》，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于我市纳入 DRG 付费结算管理的定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）的监督管理。

本办法所指定点医疗机构，是指自愿与我市医保经办机构签订医保协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

第三条 DRG 付费实行协议管理，即市医保经办机构与医疗机构通过签订定点医疗服务协议，明确约定双方在实行 DRG 付费服务中的权利、义务及相应的法律责任。

第四条 市医保经办机构按照与医疗机构签订的定点医

疗服务协议约定进行协议管理。

市医保服务行为监测中心按照市医保经办机构与医疗机构签订的定点医疗服务协议约定进行协议履行情况的评价，并负责定点医疗机构日常监管。

第五条 医保行政部门对辖区内的医保经办机构、定点医疗机构、医保医师执行 DRG 付费结算进行监督管理。

第六条 定点医疗机构涉及违规使用医保基金的行为：

（一）虚假住院，伪造医疗文书、财务票据或凭证；

（二）对医保属性不作判别的，将不属于医保基金支付范围的疾病所产生的医疗费用列入医保结算；

（三）低标准住院，将病情轻微可在门诊治疗的参保患者收住院治疗；将病情稳定的慢性病参保患者收住院治疗；

（四）推诿重患，将本机构能收治的重症参保患者，转到外机构诊治；

（五）分解住院，参保患者在出院后 15 天内因患同一疾病再次收住院治疗（急诊、肿瘤放化疗等特殊患者除外）；

（六）转嫁费用，定点医疗机构为减少住院期间产生的服务成本，将住院成本向门诊、药店转移；

（七）高靠诊断（高编码），通过调整疾病诊断与手术操作编码等方式，造成上传的医保基金结算清单数据与病例实际情况不符，将低权重病例分入高权重病组，以获取更高的医保基金付费额度；

(八) 高码低编，定点医疗机构将疾病诊断或手术操作向较低权重组进行编码入组，从而使病例费用达到“高倍率”，纳入“按项目付费”结算，以获取更高的医保基金付费额度；

(九) 多编码，多填报与治疗方案不一致的疾病诊断编码；

(十) 诊断编码与诊断不符；

(十一) 医疗服务不足，减少临床路径规定应提供的诊疗服务项目，将未达出院标准或未完成临床路径的参保患者办理出院；

(十二) 定点医疗机构其他违规使用医保基金的行为。

第七条 医保医师涉及违规使用医保基金的行为：

(一) 伪造医疗文书；

(二) 分解住院，参保患者在出院后 15 天内因患同一疾病由同一科室再次收住院治疗（急诊、肿瘤放化疗等特殊患者除外）；

(三) 高靠诊断（高编码），通过调整疾病诊断与手术操作编码等方式，造成上传的医保基金结算清单数据与病例实际情况不符，将低权重病例分入高权重病组，以获取更高的医保基金付费额度；

(四) 高码低编，通过将疾病诊断或手术操作向较低权重组进行编码入组，从而使病例费用达到“高倍率”，纳入“按项目付费”结算，以获取更高的医保基金付费额度；

（五）医疗服务不足，减少临床路径规定应提供的诊疗服务项目，将未达出院标准或未完成临床路径的参保患者办理出院；

（六）转嫁费用，住院期间将部分项目的费用要求参保患者或其家属到门诊、药店进行购买、结算；

（七）医保医师其他违规使用医保基金的行为。

第八条 市医保服务行为监测中心应当通过信息化监管、现场检查、第三方监督等方式强化监管力度：

（一）信息化监管。通过医疗保障智能监管系统，对医疗机构医疗服务行为开展智能监控，并对 DRG 付费数据进行统计、分析、预警；

（二）日常稽核。建立全面筛查和重点核查工作机制，对全面筛查发现的疑点及时进行现场核查。对违规行为频发、医疗费用异常的医疗机构实行重点核查，加大现场检查频次；

（三）专项检查。针对各医疗机构 DRG 付费服务中存在的问题，不定期组织专项检查；

（四）全过程监管。明确监管责任分工，对定点医疗机构监督网格化管理。责任人对医保数据分析、疑点筛查、核实处理等进行全过程跟踪。

（五）第三方监督。畅通投诉举报渠道，对医疗机构的 DRG 付费下诊疗服务行为进行多维度监督，加大线索收集力度。

第九条 市医保服务行为监测中心应规范 DRG 付费服务的监管程序：

（一）信息筛查。通过医疗保障智能监管系统，进行数据筛查、统计分析，梳理违规疑点，市医保服务行为监测中心进行现场检查。

（二）现场核查。核实疑点或日常检查时，工作人员应不少于两名，并向相对人亮明身份，告知核查事项及内容。

（三）保存证据。检查过程中及结束后，检查人员应及时将调查 DRG 付费服务违规行为的视频、录音、照片、笔录、发票清单、病历处方等资料存档。

（四）违规处理。根据相关证据资料，确定违规行为，按照定点医疗服务协议有关约定进行处理。

第十条 定点医疗机构出现第六条所列情形之一的，市医保服务行为监测中心应按照协议约定给予约谈、通报、限期整改、不予支付所产生的医保费用等处理；涉及中止或解除医保服务协议的，由市医保经办机构负责处理；涉及违反《条例》的行为，医保行政部门依据《条例》相关规定进行处理。

第十一条 医保医师出现第七条所列情形之一的，医保经办机构视情节进行约谈、通报、限期整改、中止医保结算资格等处理。情节严重的，提请信用管理部门列入失信管理等处理。涉及违反《条例》的行为，依据《条例》相关规定

进行处理。

第十二条 医保行政部门应当按照《中华人民共和国社会保险法》《条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等法律法规的规定加强对辖区内 DRG 付费服务的监管，对构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

第十三条 协议双方在执行过程中发生争议的，应当首先通过协商解决。双方协商未果的，可以提请医保行政部门进行协调处理。对协调处理结果不服的，依法申请行政复议或提起行政诉讼。

第十四条 本办法由福州市医疗保障局负责解释。

第十五条 本办法自下发之日起正式施行。