贵医保发〔2023〕19号

贵港市医疗保障局关于明确DRG付费管理

有关事项的通知

各县（市、区）医保局，市医保中心，各定点医疗机构：

为进一步促进全市定点医疗机构DRG付费改革管理更加规范，医保基金使用更安全高效，根据《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）《广西壮族自治区医疗保障局关于印发广西医疗机构医疗保障定点管理暂行办法的通知》（桂医保发〔2022〕1号）《广西壮族自治区医疗保障局关于印发广西基本医疗保险就医管理暂行办法的通知》（桂医保规〔2022〕4号）等文件精神要求，现对我市DRG付费管理有关事项通知如下：

一、关于**无指征或低指征入院有关管理规定**

 符合下列情况之一的，视为无指征或低指征入院，将按照医保服务协议以及基金监管相关规定进行处理：

（一）定点医疗机构违反卫健部门制定的住院标准《临床诊疗指南》，将无入院指征可在门诊治疗的患者收治住院的。包括：病情简单诊断明确，以口服药治疗为主收治入院的，如慢性胃炎、盆腔炎等；无症状及并发症的脂肪肝、高血脂等；门诊常见疾病、手术可在门诊或门诊观察治疗却收治住院的，如小的体表肿块、术后拔管（泌尿系统需腹腔镜操作情况除外）、口腔门诊治疗等。

（二）病人在院期间只做各项检验、检查和简单治疗的，以健康查体为主要目的。

（三）病情稳定的肿瘤、脑卒中患者，收住院后以口服药物治疗为主的。

（四）向病人过分渲染疾病的危害性或者以住院可以报销诱导病人住院接受治疗的。

（五）通过义诊活动，动员群众入院体检，并将体检费用纳入医保支付，直至检查当日无指征入院的。

（六）其他认定为降低住院标准的情况。

二、关于分解**住院相关管理规定**

根据《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）相关规定，分解住院是指未达到出院标准的参保患者办理出院，在短时间内因同一种疾病或相同症状再次办理入院，将参保患者应当一次住院完成的诊疗过程分解为两次及以上住院诊疗过程的行为。结合工作实际，定点医疗机构出现以下情况的，视为分解住院，并按照医保服务协议以及基金监管相关规定进行处理；同时，医保与定点医疗机构付费结算时只支付一次住院病例费用。

（一）同一次住院中诊断的多个急性病（含慢性病急性发作期）分开住院的，或将一次可完成的多个手术分解为多次手术进行住院的。如入院诊断为合并脑出血与骨折患者、合并急性阑尾炎与慢性阻塞性肺疾病急性发作患者，住院过程中只治疗脑出血或急性阑尾炎，把骨折或慢性阻塞性肺疾病急性发作分解第二次住院的；又如入院诊断为肺炎，入院查体血压160mmHg，住院时只治疗肺炎，而把高血压分解第二次住院的；再如住院诊断为失血性休克合并重度贫血患者，在休克改善后，让患者出院再入院治疗贫血的等情况。

（二）因同一种疾病或同一个MDC学科疾病住院的（放疗、化疗、肾透析、地贫输血等定期治疗或按照疗程治疗的疾病以及眼科单双眼择期手术除外），且在没有指征指明属于病情加重情况下再次住院的，视为分解住院。如消化肠道息肉或上皮组织乳头状瘤住院，在没有病情加重情况下出现多次住院进行息肉或乳头状瘤切除的。

（三）住院治疗过程中查找到相关病因或出现急性、严重并发症未进行有效治疗，让患者办理出院后再次住院进行手术治疗的。如患者因急性高血压入院，检查发现病因为原发性醛固酮增多症或嗜铬细胞瘤，在处理好急性高血压后，让患者办理出院后再次进入外科进行手术治疗的；又如患者因糖尿病急性并发症（如糖尿病酮症酸中毒、糖尿病高渗状态）入院，同时合并糖尿病足需外科干预治疗的情况，在处理好糖尿病急性并发症后，让患者办理出院后再入外科治疗糖尿病足的。

（四）定点医疗机构以住院天数已到期、住院费用已满额、两次住院需间隔7天、15天或30天等为名，在患者尚未达到出院指征让患者办理出院的，或让患者自费住院结账的，或住院过程中让患者在各科室之间办理出院后重新住院的，均属于分解住院。

（五）短期内非因突发危急重症，因同一种疾病或换以其他诊断入同一所医院住院，但主要治疗疾病仍与上一次住院相同的，属于分解住院。

（六）分解住院费用至门诊的，如在住院期间要求患者到门诊缴费等方式分解住院费用的，视为分解住院。

三、住院结算人次增长过快的管理规定

对住院人次增长较快的定点医疗机构进行重点监管，其中，三级定点医疗机构住院结算人次与该医疗机构前三年平均住院人次相比，增长幅度在同等级医疗机构中排名前10%的且高于该医疗机构前三年平均住院人次5%的；二级定点医疗机构住院结算人次与该医疗机构前三年平均住院人次相比，增长幅度在同等级医疗机构中排名前10%的且高于该医疗机构前三年平均住院人次9%的；一级定点医疗机构住院结算人次与该医疗机构前三年平均住院人次相比，增长幅度在同等级医疗机构中排名前10%的且高于该医疗机构前三年平均住院人次15%的。以上情形医保经办机构在医保付费结算时需重点核查并将相关指标纳入医保服务协议进行监管，对增长幅度较快的定点医疗机构进行提醒约谈通报，同时纳入DRG付费绩效考核进行控费支付，在年终清算时通过协商谈判扣减点数以抑制不合理的住院费用增长趋势。新增定点不足三年的定点医疗机构可参照同等级定点医疗机构的平均水平进行监管。

1. 住院期间院外购药的管理规定

定点医疗机构应保障参保人员住院期间合理诊疗需求，原则上不允许参保人员在住院期间到其他定点医疗机构检查治疗或定点零售药店购药。确因病情需要到其他定点医疗机构检查治疗或定点零售药店购药的，需将相关费用纳入住院费用一并结算。在DRG付费结算病例中，该相关费用在DRG清算时从各有关定点医疗机构的医疗总费用中进行扣减。

五、DRG付费结算的管理规定

（一）在DRG付费结算中，对内科组病例，如该病例确有开展相关手术操作但定点医疗机构未按要求进行上传的，视为低编；对手术操作组和外科组病例，如发现实际未开展相关手术操作但定点医疗机构却编码进行上传的，视为高编高套；对DRG结算病例中的其他疾病诊断编码，定点医疗机构并未做相关治疗或干预的，视为多编。以上，经核查存在高套医保支付标准的，将严格按照医保服务协议以及基金监管相关规定进行处理。

（二）对治疗效果不佳的，如术后出血、术后感染等导致短期内再次住院的，原则上需在上一次所经治定点医疗机构的相关住院医疗费用中扣减本次住院费用：未进行医保清算结算的，则扣减相应的DRG点数；已经进行了医保结算清算的，则扣减实际医保支付费用。本次住院正常支付，不受影响。医疗机构对此如有异议的，可在医保经办部门牵头下组织两家医疗机构或两个科室间重新进行医保基金分配。

（三）为了使精神类疾病治疗更加规范有序，对于按床日点数付费精神类疾病结算病例，如若上一次住院结算病历中显示该病人经医院评定出院后可进行门诊就医管理（继续门诊吃药、转门诊复诊、临床好转等）的，而本次住院病例无法体现病情有变等情况需要住院的，则本次住院结算病例不予支付（外转公立医院及上级医院除外）。对于精神类疾病患者出院后病情控制不佳、短期内频繁出院又入院等情况的，需加强医疗诊疗规范监管以及医保基金的有效支付，必要时组织专家进行病例评审后方予支付。

六、其他事项

（一）各医保经办机构需加强医保结算数据的应用分析能力，针对在数据分析以及监督管理中发现的问题及时梳理成问题清单，并纳入医保协议管理范畴。对于分解住院，按照7天、14天、30天、90天进行细化分析，重点监管7天内的分解住院情况。对病例结算人次增长较快的定点医疗机构，要采取提醒、约谈、通报、监督检查等方式及时处理，以确保医保基金的安全。

（二）各有关定点医疗机构需高度重视医保住院患者管理，因病施治，严格控制住院指征，凡发现定点医疗机构存在分解住院、放宽入院指征、小病大治等违规行为的，将严格按照医保服务协议以及基金监管相关规定进行处理。

贵港市医疗保障局

2023年10月11日

公开方式：主动公开

贵港市医疗保障局办公室 2023年10月11日印发