

福州市按病组（DRG）付费工作经办流程

根据《福建省医疗保障局办公室关于进一步做好按病种付费医疗保障经办管理有关工作的通知》（闽医保办〔2025〕3号）有关要求，为深化医保支付方式改革，提高医疗保障基金使用效率，保障参保人员基本权益，做好 DRG 付费经办管理工作，特制定本经办流程。

一、适用范围

我市列入按病组（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），均纳入按病组（DRG）付费管理（以下简称“DRG 付费”）。

二、预算管理

（一）按照《中华人民共和国预算法》及《中华人民共和国预算法实施条例》等法律法规，以及《社会保险基金财务制度》等政策要求，坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，会同相关部门合理编制年度基金支出预算。

（二）预算执行中，可根据基金结余、就医人数变化、相关重大政策调整、重大公共卫生事件等因素，按程序调整按病组（DRG）付费预算，提高医保基金使用效率，维护医疗机构和参保人员权益。

三、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，仍以原按项目付费方式或按病种收付费（中医优势病种）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，由市医保基金中心与定点医疗机构按规定进行结算。

(二) 定点医疗机构数据上传

1. **医保结算数据上传。**定点医疗机构应按照《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向福建省医保信息平台及时完整上传医保结算数据。

2. **医保基金结算清单上传。**定点医疗机构应严格按照《国家医疗保障局办公室关于修订〈医疗保障基金结算清单〉〈医疗保障基金结算清单填写规范〉的通知》（医保办发〔2021〕34号）要求，遵循医保基金结算清单质控规则规范填写，并在出院结算后10天内通过福建省医保信息平台上传医保基金结算清单，确保传输结算清单的准确性、完整性。

(三) 数据校验与锁定

1. **数据校验。**经医保信息平台质控校验上传成功的医保基金结算清单数据，每半个月由市医保数据技术中心将医疗机构上传的数据进度表提供给市医保基金中心、市医保服务行为监测中心，由其共同进行监督管理，提高医保基金结算清单质量。

2. **数据锁定。**DRG付费系统在结算周期次月10日24时

对数据进行自动锁定，锁定后将不再接收和修改上月数据，定点医疗机构应于结算周期次月 10 日 24 时前，完成本结算周期内全部结算数据与医保基金结算清单数据上传及修正工作（例如：10 月 10 日 24 时前应完成 9 月 1 日至 9 月 30 日全部结算数据和医保基金结算清单数据的上传与修正）。

（四）DRG 分组

DRG 付费系统于每月 11 日对匹配成功的病例进行分组，定点医疗机构 12 日起可查看预分组结果，及时核查未入组原因。

（五）特例单议

申报特例单议的病例原则上应为住院时间长、医疗费用高、新药耗新技术使用、复杂危重症或多学科联合诊疗等不适合按病组（DRG）付费的病例。特例单议经医疗机构自主申报、医保部门组织专家评议，符合条件的可按项目结算。申报 DRG 特例单议数量原则上不超过评审周期内本医疗机构按 DRG 结算人次的 5%。因受年度病组权重最终修正结果和其他核心要素调整影响，导致已评审通过病例被剔除出特例单议的，医疗机构可按剔除病例数量补充申报 1-12 月期间发生的符合特例单议条件的病例。具体按《福州市按病组付费特例单议工作规则》实施。

（六）月度预付

市医保基金中心根据协议约定，采用按月预付和年度清算的结算办法。每月月底前，根据医保协议约定，将预拨金额拨付至各定点医疗机构。

1. **按月拨付。**市医保基金中心每月按项目实际医疗费用结算款项拨付至各 DRG 付费医疗机构，预留拔付费用的 5% 作为医保服务质量保证金，其中即时结算和药械货款结算按我市有关规定执行。

2. **费用查询。**各定点医疗机构可通过 DRG 付费系统中报表管理模块查看本医疗机构 DRG 付费发生的费用。

（七）DRG 付费审核

1. **疑似违规病例和费用的初审。**市医保服务行为监测中心应于每月 25 日前完成对上月违规病例和费用的审核，形成疑似违规病例的初审意见并下发定点医疗机构。

2. **定点机构对初审结果的申诉。**定点医疗机构应于基金拨付的次月 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，每月 15 日为申诉提交截止时间，未申诉的视为默认疑似违规的审核结果。

3. **疑似违规病例和费用的复审。**市医保服务行为监测中心应在申诉后的次月 5 日前完成对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。

（八）付费监管

市医保服务行为监测中心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《按病组（DRG）付费监督管理办法》对违规病例进行处理。

（九）年度清算

市医保基金中心根据医保基金预算、核心要素核定结果、特例单议等支付机制运行结果、结余留用合理超支分担等方面，结合年度绩效考核结果，并根据《福州市基本医疗保障基金区域总额预算下的 DRG+点值付费管理办法》要求，开展年度清算工作。按照规定时限向定点医疗机构拨付清算资金，并指导定点医疗机构对医保清算资金拨付情况进行确认，督促定点医疗机构按照财务会计制度等规定对应由其承担的医疗费用及时进行账务处理。

四、考核评价

开展按病组（DRG）付费考核评价，保障按病组（DRG）付费可持续运行，保证参保人员受益水平，引导定点医疗机构合理提供医疗服务。将定点医疗机构履行医保协议、结算清单和医疗费用明细数据上传、医疗费用金额和人次变化、药品耗材集采、医疗服务质量评价、基金监管等医保政策执行情况纳入考核。

五、争议处理

（一）争议处理遵循公平公正、客观合理、多方参与、及时处理的原则。开展按病组（DRG）付费争议处理，及时妥善解决工作开展、履行协议过程中产生的争议问题。

（二）对在按病组（DRG）付费中出现的各类纠纷，可采取专家评议或其他形式，按照医疗保障服务协议及相关法律法规处理。