

烟台市医疗保障局文件

烟医保发〔2020〕50号

关于规范医保基金结算清单编码填报的通知

各区市医疗保障局、各定点医疗机构：

根据《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障基金结算清单填写规范的通知》（医保办发〔2020〕20号）等文件要求，以统一标准、统一规范扎实推进我市医保支付方式改革、医保基金监管等工作。在征求相关定点医疗机构专家意见后，现将《医保基金结算清单编码填报规范（试行）》（以下称《规范》）印发给你们，请遵照执行，并就有关事项通知如下：

一、本《规范》适用于我市职工及居民基本医疗保险、生育保险本地住院病历医保基金结算清单的疾病诊断及手术操作编

码填写及上报管理。

二、各定点医疗机构要按照国际疾病分类 ICD-10、手术及操作分类 ICD-9-CM-3 的编码规则，统一使用国家医保版《医疗保障疾病诊断分类与代码》和《医疗保障手术操作分类与代码》编码，按照《规范》的要求填报相关编码，同时设立医保编码人员（以下称编码人员）专业岗位。定点医疗机构要明确医保、医务、质控、病案、信息等相关部门的职责统一协调管理，确保医保基金结算清单编码数据的质量。

三、定点医疗机构医保医师要严格遵守诊断标准，入出院标准和重症监护病房收治标准及诊疗规范，按照本规范要求及时、完整、准确填写住院患者诊断及手术操作等诊疗信息，并承担相应责任。

四、定点医疗机构编码人员要按照本规范要求，根据病案信息对疾病与手术及操作准确编码，并负责核实、校验，同时对医保基金结算清单编码质量承担辅助监督职责。编码人员在编码过程中应根据需要与医保医师沟通确认。医保医师已作出明确诊断，但书写格式不符合分类规则的，编码人员可按照分类规则编码。

五、定点医疗机构编码人员应根据国际疾病分类规则，慎重使用假定分类。只有可以使用假定分类的情况，方有可能作为诊断编码填报。医保医师须对临床已明确情况提供详实记录，减少编码人员假定分类的填报。

六、定点医疗机构信息技术人员应按照医保数据传输接口标准做好系统程序对接工作，按时上传数据，确保数据信息质量完整准确。

七、医保经办机构要在现有医保信息数据采集的基础上，尽快推进医保基金结算清单的应用工作，做好采集系统的改造，以及与现有经办信息系统、定点医院信息系统的对接等工作。在稳步推进 DRG 改革医疗机构使用医保基金结算清单的基础上，力争到 2021 年将所有承担本地住院服务的定点医疗机构纳入医保结算清单管理范围，使医保基金结算清单成为医保数据管理、支付改革、基金监管的重要抓手。

八、医保经办机构要完善服务协议的相关规定，将病例临床诊断或编码与实际病情和治疗不符（如高靠诊断、虚假诊断及手术操作、高编多编等）的情况纳入医保协议管理内容，同时加强编码填报合理性的审核。

九、各级医疗保障部门要将医保基金结算清单和《规范》的落地使用工作摆上重要议事日程，强化组织领导和统筹协调。市医保局建立市级专家团队，提供人力智力支撑，同时配合医保部门负责《规范》解释、修订及其他标准化工作。建立培训机制，各区市医保部门也可以根据自身实际开展医保部门骨干人员和核心专家的业务培训，着力培养造就一支专业扎实、经验丰富的人才队伍。

十、各级医保部门要建立健全各定点医疗机构在工作中的沟

通反馈机制，收集相关工作意见及建议并及时反馈市医保局。

附件：医保基金结算清单编码填报规范（试行）



烟台市医疗保障局办公室

2020年10月29日印发
