

连云港市医疗保障局文件

连医保〔2022〕168号

关于印发《连云港市按病种分值付费（DIP） 监督管理办法（试行）》的通知

各县（区）医疗保障局、各定点医疗机构：

现将《连云港市按病种分值付费（DIP）监督管理办法（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。

连云港市医疗保障局

2022年12月30日

（此件公开发布）

连云港市按病种分值付费（DIP） 监督管理办法（试行）

第一条 为提升按病种分值付费（以下简称“DIP 付费”）的异化医疗行为监督效能，健全绩效管理与运行监测机制，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》、《国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发【2021】48 号）、《国家医疗保障局办公室关于印发按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）的通知》（医保办发【2021】27 号）等规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于全市纳入 DIP 付费结算管理医疗保障定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）的监督管理。

第三条 DIP 付费实行协议管理。在医疗保障服务协议中增加与 DIP 付费管理有关条款，明确双方权利、义务及相应的法律责任。

第四条 医疗保障行政部门按照行政管辖权对 DIP 付费实施过程进行监督管理，将 DIP 监管纳入全年基金监管专项检查任务。医疗保障经办机构按照规定负责区域内定点医疗机构协议管理、基金审核和稽核工作。

第五条 医保经办机构应加强对 DIP 付费的异化医疗行为及重点指标的监测，并将异化医疗行为和异常指标，特别是多项异常指标共振的定点医疗机构列入重点监控名单。

第六条 DIP 付费下定点医疗机构涉及的违规行为：

(一) 高套分值。指医疗机构通过调整、虚增诊断或手术等方式使病案进入费用更高分组的行为。

(二) 编码低套。指医疗机构通过调整诊断或手术等方式使费用超低病案进入费用更低分组，规避按低倍率结算的行为。

(三) 分解住院。指医疗机构为未达到出院标准的参保患者办理出院，在短时间内（原则上指15天内）因同一种疾病或相同症状（突发危急重症、肿瘤放化疗、血液透析等除外）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或两次以上住院诊疗过程的行为。包括：（1）通过调整主诊断为患者重新办理入院的；（2）可以一次完成的多个手术分解为多次手术的；（3）让患者转为自费一段时间后，再重新办理入院的；（4）同一疾病过程，以转科形式重新办理入院的；（5）其他可认定为分解住院的情况。

(四) 低标入院。指医疗机构将可经门诊治疗且不需要住院的患者收入院以获得分值的情况。

(五) 挂床住院。指参保患者在住院期间长时间离开医院或实际未进行相关诊疗的。包括：（1）患者住院期间无合理理由不在病房或未办理请假手续但不在医院的；（2）患者单次住院期间，总请假次数超出两次；（3）患者入院48小时内，无实质性治疗的；（4）患者入院48小时内，病历资料缺住院记录、首次病程录等项目的；（5）住院科室一天中请假人数超过该科室总人次的十分之一的，超出部分记作挂床住院；（6）医保部门稽查时办理出院手续，且病人不在病区的；

(7) 其他各种形式的挂床住院情形。

(六) 体检住院。指医疗机构将以健康体检为主要目的的参保人员收入院以获得分值的情况。下列情形均视为体检住院：

(1) 住院期间仅有可在门诊完成的检查、化验、治疗；(2) 检查、检验费用占总医疗费比例超过 70%以上(急症等特殊患者除外)且特殊检查项目(如 MRI、CT、ECT 等)与疾病诊断无关。

(七) 转嫁费用。指医疗机构将住院费用向自费分解、向门诊转移的行为。

(八) 服务不足。指医疗机构未按临床诊疗规范要求，缩短诊疗服务时间、降低诊疗服务标准；或将不符合出院指征的患者办理出院，影响疾病治疗，甚或危及患者生命的行为。

(九) 推诿患者。指医疗机构推诿、拒绝符合住院条件的参保人住院治疗，或要求未达到出院标准的参保人提前出院或自费住院的行为。

(十) 虚假医疗。(1) 诱导他人虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据；(2) 伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料；(3) 虚构医药服务项目；(4) 其他以骗取医疗保障基金为目的的虚假医疗行为。

(十一) 其他违反 DIP 付费管理规定，违规使用医保基金，损害参保人权益的行为。

第七条 医疗保障经办机构应当通过智能审核、数据监测、病例审核、日常稽核、专项稽核等方式强化对 DIP 付费的监管。

（一）智能审核。利用人工智能、均衡指标和大数据分析等技术手段，积极完善基于管理区域、医疗机构、医保医师、医保药师、医保护士、参保人、病种、病案填写等多维度的监管指标体系，对医疗机构业务开展智能监控。

（二）运行监测。对门诊就诊人次、次均费用、人次人头比、百门诊人次住院等情况开展监测分析，全口径掌握患者住院费用构成。

（三）病例审核。组织专家进行病例评审，其中费用异常病例、无对应病种分值病例评审比例不低于 30%，其他病例评审比例不低于 1%。

（四）日常稽核。对智能审核、数据监测、病例审核中筛查发现的疑点问题及时进行稽查审核并核实病种申报规范性，重点查处高套分值、诊断与操作不符等违规行为。对违规行为频发、医疗费用异常、列入重点监控名单的医疗机构实行重点核查，加大检查频次。

（五）专项稽核。针对日常稽核中发现的多发或重大违规线索，不定期组织医疗、病案等领域专家开展专项稽核，进行集中整治。

第八条 医疗保障经办机构应依据本办法及服务协议，对医疗机构 DIP 付费中涉及违规问题进行处理。

（一）对医保结算清单信息填报中出现的不正确、不规范、不完整的一般信息问题，按协议规定每例支付一定额度的违约金。

(二)对医保结算清单中诊断及手术操作等主要字段填写不准确或不规范的，经审核后在年度预决算时扣减相应病例分值，并按协议相关规定进行处理。

(三)对病案评审确认的违反临床规范、指南等相关费用，在年度清算中予以扣除，并按协议相关规定进行处理。

(四)对经查实存在第六条所列违规行为的，不予结算相关病例分值，并按协议相关规定进行处理。不能确定分值的，按协议规定每例支付一定额度的违约金。

(五)医疗保障经办机构发现违规行为已构成欺诈骗保的，应及时报告同级医疗保障行政部门依法处理。对构成犯罪的，由医疗保障行政部门移送司法机关依法追究刑事责任。

第九条 医疗保障经办机构和定点医疗机构双方在违规行为处理过程中发生争议的，应当首先通过协商解决。双方协商未果的，上报医疗保障行政部门进行协调处理。对协调处理结果不服的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。

第十条 医疗保障行政部门应畅通投诉举报途径，发挥舆论监督作用，鼓励和支持社会各届参与监督，实现多方监督良性互动。

第十一条 本办法由连云港市医疗保障局负责解释，自2023年1月1日起施行。