

# 郑州市医疗保障局文件

郑医保办〔2023〕8号

## 郑州市医疗保障局 关于印发《郑州市按病种分值付费 (DIP) 监管办法(试行)》的通知

航空港经济综合实验区人社局，各医保分局，局机关各处室、局属各单位，各定点医疗机构：

现将《郑州市按病种分值付费(DIP)监管办法(试行)》印发给你们，请认真贯彻执行。



# 郑州市按病种分值付费 (DIP) 监管办法 (试行)

根据国务院《医疗保障基金使用监督管理条例》、《郑州市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费结算办法 (试行)》 (郑医保办〔2021〕95号) 要求, 为进一步推动我市按病种分值付费 (以下简称: DIP) 工作的有效落实, 切实提高基金监管效率, 增强监管透明度, 结合工作实际, 制定本办法。

## 一、监管对象

郑州市所有纳入 DIP 付费的医保定点医疗机构。

## 二、监管目的

建立和完善 DIP 监管制度, 加强对定点医疗机构的诊疗行为, 以及 DIP 实施过程和结果的监督和管理。充分应用信息化智能监管手段, 实现对定点医疗机构事前、事中、事后的全流程监管。督促医疗机构医保结算清单填写规范, 防止组别套编等违规行为, 发挥医保支付方式改革导向作用, 提高医保基金的使用效率, 保障参保人利益。

## 三、监管原则

### (一) 依法依规

严格执行医疗保障法律法规, 加强对规范使用医保基金行为的监管, 严厉打击欺诈骗保。

### (二) 客观公正

客观反映定点医疗机构合理使用医保基金情况, 依法公正处

理定点医疗机构存在的违规违法行为。

### （三）履责保密

认真履行监管、稽核、审核职责，遵守各项保密规定。

### （四）合理高效

提升监管能力，创新监管手段，提高监管效率，高质量做好监管工作。有效引导定点医疗机构加强行业自律，建立自我管理、自我约束的良性机制，合理高效使用医保基金。

## 四、监管内容

对纳入DIP付费定点医疗机构以下违规违法行为予以重点监管。

### （一）费用监管

1. 医保目录执行情况。将不属于医保支付范围内的项目或费用纳入医保支付范围；将属于医保支付范围内的项目或费用转为参保人自费；其他违反医保目录执行的行为。

2. 收费规范情况。违反医疗服务项目价格标准和收费规范进行收费；收费项目与实际诊疗项目不一致；乱收费、多收费、超范围收费；其他违反收费规范的行为。

### （二）病案与结算清单监管

1. 合规性。病案与结算清单符合行业标准，相关标准依照《病历书写基本规范》《医疗机构病历管理规范》《住院病案首页数据填写质量规范》《医疗保障基金结算清单填写规范》等执行。

2. 编码套高。通过调整主诊断、虚增诊断、虚增手术操作等

方式使病案进入费用更高分组。

3. 编码套低。因诊断漏填、主诊断选择错误、手术漏填、主手术选择错误等问题导致病案进入费用较低病种。

4. 规范上传。病案首页、结算清单信息与原始病案资料不一致；未及时、完整、规范上传上报结算清单和病案数据。

### （三）医疗行为监管

1. 违反诊疗规范。无效、过度或降低标准提供检查、治疗、用药等医疗服务，违反临床诊疗规范，违反医疗机构手术分级管理制度。

2. 增加住院频次。未按照临床出院标准规定，将一次连续住院治疗过程，分解为二次甚至多次住院治疗。

3. 降低标准入院。违反诊疗规范的规定，将无入院指征可在门诊治疗的患者收治住院。

4. 降低医疗质量。推诿重症患者，加重患者经济负担；为了控制成本提前让患者出院或者从耗材、药品和诊疗服务等方面过度控制，影响医疗质量和患者满意度。

5. 住院成本向门诊或院外费用转移。要求患者通过门诊、药店购买等方式将原本可以医保报销的药品和耗材，转移到门诊、院外或自费项目上，降低医院治疗成本。

6. 欺诈骗保行为。诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据；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；虚构医药服务项目。

7. 其他违规违法行为。

## 五、监管方式

对DIP进行事前、事中、事后全流程监管，依托信息化手段，调动线上与线下资源，推动费用审核与监管检查联动，提高监督管理效率。监管方式以对实行DIP的定点医疗机构客观资料进行分析、查阅、复核为主，适时开展现场检查，把日常监管和专项监管有机结合。

### （一）日常审核

依托河南省医疗保障信息平台监管系统设定的规则，对定点医疗机构上传的住院费用进行初审，对医疗机构的申诉进行复核确认。按照DIP经办规程，对分组结果进行审核确认。组织专家对列入DIP评议范围的特殊病例以及有争议的病例进行评审。对具有普遍性的可疑风险点进行专项审核。

### （二）重点稽核

对投诉举报、日常稽核、大数据分析等发现的疑点问题进行现场稽核，重点稽核高套分值、分解住院、降低标准入院、费用转移、降低医疗质量、欺诈骗保等违规违法行为；对违规违法行为频发、医疗费用异常的医疗机构进行重点稽核，增加监督检查频次。

### （三）专项监管

对定点医疗机构普遍存在、日常稽核难以认定、社会影响较

大等违规违法行为，医疗保障行政部门组织有关部门、相关领域专家和第三方机构开展专项监管。

## 六、违规处理

（一）医疗保障部门按照本办法规定进行费用监管、病案与结算清单监管、医疗行为监管中，发现定点医疗机构存在违反《郑州市医疗保障定点医疗机构服务协议》（以下简称《协议》）行为的，依据《协议》规定进行处理。

（二）在监管稽核中发现定点医疗机构违规使用医疗保障基金的行为，对违规基金予以拒付或追回；违反《医疗保障基金使用监督管理条例》造成基金损失的，按照规定予以行政处罚；构成犯罪的，依法移送司法机关追究刑事责任。

（三）日常审核、重点稽核、专项监管中发现定点医疗机构存在违反医疗诊疗规范行为的，移交卫健部门处理；涉嫌违纪或职务违法的移送纪检监察部门处理；涉嫌犯罪的移送司法机关处理。

附件：1. 郑州市 DIP 监管规则（第一批）

2. 郑州市 DIP 重点监控指标

附件 1

## 郑州市 DIP 监管规则（第一批）

序号	规则分类	规则名称	内涵说明
1	合规性规则	住院天数异常	根据病人出院日期和入院日期，计算住院天数，判断住院天数是否在有效区间，如不在有效范围内，则提示住院天数异常。
2	合规性规则	非标准编码	上传诊断编码不能用类日和亚目编码，应上传细目（全码名称），所有诊断编码和所有手术编码，必须符合医保 2.0 版 ICD-10、ICD-CM-9 编码。
3	合规性规则	诊断冲突	检查上传主诊断和所有次要诊断，如其中某两个诊断存在内涵矛盾（例如“b01.900 水痘不伴有并发症”与“b01.801 水痘肝炎”）。则提示诊断 A 与诊断 B 冲突。
4	合规性规则	无效主诊断	检查上传主诊断，如主要诊断为空或不适合做主诊断相关编码，则提示无效主诊断。
5	合规性规则	诊断编码重复	检查上传诊断编码是否存在重复编码，包括主诊断和其它诊断，如出现重复编码，则提示其重复。
6	合规性规则	手术编码重复	检查上传手术编码是否存在重复编码，包括主手术和其它手术，如出现重复编码，则提示其重复。
7	反套高规则	联合诊断	ICD 编码中存在一些联合诊断，当出现疾病伴随合并症时应当上传联合诊断编码，继续分开上传编码后，作为次要诊断的编码可能影响 DIP 组别，导致 DIP 分组不准确，影响 DIP 支付效率。例如：“099.400x033 妊娠合并急性心肌梗死”，应进入“099.4 循环系统疾病并发于妊娠、分娩和产褥期”病种，如分开上传以“i21.900 急性心肌梗死”为主诊断和“z33.x00x001 妊娠状态”为其它诊断则将进入“i21.9 未特指的急性心肌梗死”病种或空白病组。检查上传的主诊断和所有次要诊断，如存在应联合编码而未进行联合编码的情况，则提示诊断 A 与诊断 B 存在联合诊断 C。
8	反套高规则	手术与收费项目不符	手术与收费项目存在一定对应关系，检查上传手术和收费项目，筛选是否存在上传手术而缺少收费项目的情况，如上传手术缺少收费项目，提示手术缺少收费项目。



序号	规则分类	规则名称	内涵说明
9	反套高规则	高套高编	通过诊断升级形式，将病例诊断高套至高分值病种。
10	反套低规则	低套低编	通过诊断低编形式，将低倍病例转化为正常病例。
11	规范性规则	病案首页和结算清单上传及时	按照《郑州市按病种（DIP）分值付费业务经办规程（试行）》（郑医保办〔2021〕108号），定点医疗机构需于每月15日前通过河南省医保信息化平台接口及时上传病案首页、医保结算清单数据。
12	规范性规则	病案首页和结算清单上传完整	每月全量上传医保结算清单和病案首页数据。
13	规范性规则	必填字段不可缺失	结算清单应根据最新版接口规范和医保结算清单填写规范要求，必填项不得为空，主要诊断标识、主要手术标识准确。
14	规范性规则	病案信息保持一致	病案首页和结算清单信息是否与原始病案资料一致。
15	增加住院频次规则	可疑分解住院	筛选在相同医疗机构结算两次以上的参保人的所有病例，如存在连续的两次住院且住院天数间隔小于15天，其中前一次入院与后一次入院为同一系统疾病外科转内科，或可在同一住院期间完成的两次手术分两次住院进行，则提示分解住院可疑单据。
16	增加住院频次规则	可疑分解住院	参保人以同一诊断，同一医疗机构，15天内再次入院的判定为分解住院可疑单据。
17	增加住院频次规则	二次住院评分	针对因相同诊断在同一医院再次入院，按照7天、14天、30天、90天分别进行细化分析，应重点监管7天内的分解入院，评估不同疾病特征影响下二次入院的概率，综合评价医疗机构二次入院率与标准值的偏离程度，重点监督二次入院评分较高医院。
18	降低标准住院规则	住院配药	计算病例药品费用占总费用百分比，排除放化疗病种病例，如药品费用占总费用>90%，且患者离院方式为医嘱离院，为住院配药可疑单据。



		内涵说明	
序号	规则分类	规则名称	
19	降低标准住院规则	体检住院	计算病例检查检验费用占总费用百分比，排除放化疗病种，如检查检验费用占总费用>90%，且患者离院方式为医嘱离院，为体检住院可疑单据。
20	降低标准住院规则	低标入院评分	针对不同病种，建立基于大数据的低标入院院临界病种分值（RW）确定机制，基于疾病特征分析不同病种低标入院的可能性，结合概率分级对低标入院院率进行综合评估，重点监督低标入院院评分较高医院。
21	医疗质量规则	低风险死亡率	重点监督低风险病种死亡率较高医院。
22	费用转移规则	住院向门诊转移	住院期间将治疗费用向门诊或院外进行转移等转移费用情况。
23	费用转移规则	住院费用前置	住院前将检查费用前置至门诊等转移费用情况。

## 郑州市 DIP 重点监控指标

序号	监管维度	指标	释义
1	费用发生情况	总费用	医疗机构某个时间阶段的纳入 DIP 结算病例的总费用。
2		次均费用	次均费用=总费用÷总住院人次
3		次均费用增长率	住院次均费用增长率=[(结算期内住院次均费用-上年同期住院次均费用)÷上年同期住院次均费用]×100%
4		实际报销比例	实际报销比例=医保报销费用÷医疗总费用
5		自费费用占比	自费费用占比=患者自费费用÷医疗总费用
6	平均费用变化较大(前三)病种	亏损和盈利前三病种	每个病种按照医疗机构 DIP 支付的医保基金-按项目付费的医保基金的支付差额倒序(和正序)排在前三的病种。
7			每个病种的平均费用同比或环比差异值排列在前三的病种。
8		检查检验占比	检查检验费用占医疗总费用的比例。
9	医疗服务质量与能力	病例组合指数(CMI)	病例组合指数(CMI值)=医疗机构总分值÷该医疗机构总病例数÷100。
10		药占比	药品费用占医疗总费用的比例。
11		医用耗材占比	耗材费用占医疗总费用的比例。
12		时间消耗指数	时间消耗指数=Σ(该医疗机构该病组平均住院日÷全部医疗机构该病组平均住院日×该医疗机构该病组病例数)÷该医疗机构总病组病例数

序号	监管维度	指标	释义
13		费用消耗指数	费用消耗指数=Σ（该医疗机构该病组住院均次费用÷全部医疗机构该病组住院均次费用×该医疗机构该病组病例数）÷该医疗机构总病组病例数
14		平均住院日	指一定时期内每一出院者平均住院时间的长短，等于“出院者占用总床日数”与“出院人数”之比。
15		入出院诊断符合率	入院诊断与出院诊断符合率=入院诊断与出院诊断符合人数÷出院总人数×100%。
16		31天内再住院率	31天内再住院率=31天内再入院人次÷出院总人次×100%
17		病例数前三病种	统计医疗机构当期病例数排名前三的病种
18		人次人头比	住院人次人头比=住院总人次÷住院总人数
19		出院人次	一段时期内出院患者的总人次。
20	入组情况	出院病例入组率	DIP入组率=DIP入组病例数÷DIP住院患者病例数×100%
21		覆盖DIP病种数	按照郑州市病种目录，月度及年度病种的使用数量。
22		总分值	统计医疗机构各月总分值及其变化情况。
23		高倍率病例占比	倍率大于2倍以上的病例÷总病例数
24	病组病例异常变化	低倍率病例占比	倍率小于0.5倍以下的病例÷总病例数
25		病例数在50例以上且增长率或下降率为50%以上的病组数量、名称	病例数在50例以上且增长率或下降率为50%以上的病种数量、名称。
26		高倍率病例主要病种(前三)	高倍率病例中病例数排名前三的病种。
27		低倍率病例主要病种(前三)	低倍率病例中病例数排名前三的病种。

