

宁德市医疗保障局文件

宁医保〔2023〕31号

宁德市医疗保障局关于完善宁德市 DIP 付费专家评议机制（暂行）的通知

市医保中心，各县（市、区）医保局，各有关 DIP 定点医疗机构：

为推进宁德市 DIP 付费专家评议工作科学高效开展，保障 DIP 付费特殊病例的医疗费用合理结算，根据《宁德市医疗保障局关于印发宁德市 DIP 支付方式改革三年实施方案的通知》（宁医保〔2022〕10 号）要求，结合我市医疗实际，经研究，决定调整完善我市 DIP 付费专家评议机制。现将有关事项通知如下：

一、评议内容

本市定点医疗机构收治入院的特例单议病例，定点医疗病种分值偏差及新增 DIP 病种项目，稽核争议等纳入专家评议内容。

经专家审核后的合理费用在年度住院医保基金预算总额内优先保障，讨论通过的新增 DIP 病种项目优先纳入 DIP 病种目录库。

（一）特例单议范围

1.超高住院病例：在医疗机构住院期间发生的医疗费用，三级医院医疗费用 19 万元以上、二级医院医疗费用 8 万元以上、一级（包含未定级）医院医疗费用 4 万元以上的病例。

2.超长住院病例：大数据对区域内每一个病种组合的平均住院日进行统计，超出区域每病种平均住院日 5 倍及以上的为超长住院病例。

3.重症病例：监护病房床位使用天数大于当次住院床位使用总天数 60%的病例。

4.创新技术病例：本市三级及以上医疗机构运用创新医疗技术，在 3 年内获得国家自然科学奖、技术发明奖、科学技术进步奖的医疗技术或治疗手段的；二级及以下医疗机构开展符合卫生健康行政部门规定的，为同级别医疗机构五年内首次实施的医疗技术或治疗手段的（不含检查、检验、麻醉、临床药物应用的项目），并提高相关佐证材料和卫健部门证明。

（二）病种分值偏差及新增 DIP 病种项目的评议：在实际结算时发现病种分值不合理，出现分值偏低、过高或倒挂现象及定点医疗机构申报新增 DIP 本地病种目录等需要进行专家评议的问题。

（三）稽核争议问题：稽核过程中经办机构与医疗机构沟通后存有争议的病例及费用，提交专家组评议。

二、开展方式及申报内容

医保经办机构原则上每季度组织一次专家评审，评审方式含线上、线下评估及集中研讨。评审材料分为医保经办机构提取项目、定点医疗机构自主申报项目及医保经办机构组织申报内容。

（一）医保经办机构提取项目。稽核和信息中心经办机构负责提取医保信息系统自行匹配的费用超高病例及汇总稽核争议问题相关数据材料，提交专家组。

（二）定点医疗机构自行申报项目。超长住院、重症病例、病种组合偏差、新增 DIP 付费项目病例、创新技术病例由定点医疗机构自行申报。专家评议的特例单议申报病例数占比原则上三甲综合医院（含中医）、三乙综合医院（含中医）、二级综合医院（含中医）、一级医院分别不超过该诊疗医院当年度 DIP 付费总例数的 5‰、4.5‰、4.5 ‰、7‰。

（三）医保经办机构组织申报内容。医保经办机构原则上定期组织 DIP 定点医疗机构反馈 DIP 目录病种组合和分值的调整、完善意见及建议，整理汇总后，提交专家审议，确定调整后的合理病种组合和分值。

三、审核流程

（一）专家初审。定点医疗机构于每个季度第一个月 10 号前向医保经办部门提交上季度审议材料。医保经办机构提取、汇总相关数据和材料后，原则上于 15 个工作日内组织专家进行审议。在审议结束后 7 个工作日内，将专家意见下发至医疗机构进行确认。

(二) 机构反馈。定点医疗机构应对审核内容进行确认和申诉，存在异议的在结果下发7个工作日内向医保经办部门申请复核并补充相关佐证材料。在规定时间内未作反馈的视为认可审核意见。

(三) 评估复审：定点医疗机构提出复核申请后，将于下一季度专家审核时，进行复审，复审与初审专家不得为同一人。原则上每一病例只能申请一次评议复审，以复审结果作为最终结果。

(四) 终审确定：复审结果由DIP经办部门提交DIP专班会议初审通过，由局务会议审定后，作为终审结果向定点医疗机构公布。

四、审核结果应用

(一) 结算方式。特例单议专家审核不通过的病例，按该病例对应入组的病种分值进行年度结算；特例单议专家审核通过的病例，按该病例发生的实际费用进行基金结算。

(二) 费用剔除。稽核争议问题审核，确定的不合理费用直接给予剔除，医保基金不予支；已支付的，由医保经办机构给予追回。

(三) 分值扣除。对“诊断升级”和“高套分值”的病例，按核定结论重新确定对应的病种分值，加扣高套分值医保多支付的费用。

(四) 调整分值。经专家审议通过的病种组合偏差病例，需要建立基于大数据的费用异常病例筛选机制，确定合理权重系数并对支付费用进行调整。病组支付标准（费用异常病例校正）=

费用异常病例病种分值点值系数*结算点值*病种组合分值。

（五）其他事项。年度测算时超高费用病例不另加成分值付费调整系数。为确保病种分值计算的精准性，超高费用病例不纳入对应病种年度平均住院费用计算范围。

本通知自 2023 年 5 月 1 日起执行。以往有关规定与本通知不一致的，以本通知规范为准。



(此件主动公开)