

宁德市医疗保障局文件

宁医保规〔2025〕3号

宁德市医疗保障局关于印发《宁德市按病种分值付费（DIP）监管暂行办法》的通知

局机关各科室、市医保中心、市医保稽信中心、各县（市、区）医保局、管理部，各级医保定点医疗机构：

为进一步加强按病种分值付费（DIP）监管，现将《宁德市按病种分值付费（DIP）监管暂行办法》印发给你们，请遵照执行。

宁德市医疗保障局

2025年4月9日

宁德市按病种分值付费（DIP）监管暂行办法

第一章 总则

第一条 为进一步规范我市医保部门对定点医疗机构按病种分值付费(DIP)的监督管理工作,根据《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)、《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》(国办发〔2020〕20号)、《国务院办公厅关于加强医疗保障基金使用常态化监管的实施意见》(国办发〔2023〕14号)、《宁德市医疗保障局关于印发宁德市区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)结算办法的通知》(宁医保规〔2024〕4号)等文件要求,结合我市医保基金监管工作实际,制定本暂行办法。

第二条 宁德市所有纳入按病种分值付费的医保定点医疗机构均为本暂行办法监管对象。

第三条 DIP监管坚持依法依规、客观公正、合理高效、智能监控原则。

第四条 DIP监管以规则质控为主体,大数据监控为辅助,以人工抽查为补充

第五条 本暂行办法适用于基本医疗保险参保人员(含城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险参保人员,下同)在我市定点医疗机构住院纳入DIP结算的医疗费用的监管。

第二章 监管内容

第六条 各定点医疗机构应当严格按照《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）填报医保结算清单，并按规定及时、准确上传至医保信息系统，做好数据安全维护工作。

第七条 各定点医疗机构应规范临床诊疗行为，因病施治，不得出现高套分值、分解住院、低标准入院、降低医疗质量、住院成本向门诊或院外费用转移等违规行为，严禁弄虚作假套取医保基金，损害参保人员合法权益。

（一）高套分值。即诊断升级，通过不合理调整主诊断等方式使病案进入费用更高分组。

（二）分解住院。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。

（三）低标准入院。即不符合入院指征住院，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。

（四）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。

（五）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。

（六）欺诈骗保。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；虚增诊断、虚增手术操作；其他虚构医药服务项目、虚假医疗行为、虚假病人骗取医保基金的行为。

（七）其他违规违法行为。

第三章 监督管理

第八条 各级医疗保障部门按照属地管理的原则，对开展按病种分值付费(DIP)的定点医疗机构进行监督和管理。

违规行为已构成中止或解除定点医疗机构医疗保障服务协议的，应按规定中止或解除协议；发现并查实涉及违规行为的责任医生，按《福建省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则》等有关规定处理；发现违规行为已构成违反条例的，应按规定进行行政处罚。按规定做好协行衔接、行行衔接、行刑衔接、行纪衔接。

第九条 DIP 实行事前质控审核、事后专项稽核监管。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。

第十条 依托宁德市按病种分值付费管理系统设定的质控规则，对定点医疗机构上传的费用进行审核，规范医疗机构病案质量。

第十一条 基本医疗保险参保人员在医疗机构住院纳入 DIP

结算的医疗费用，在执行项目稽核的基础上，同步执行 DIP 稽核扣分及违规费用追缴。

第十二条 DIP 稽核扣分及违规费用追缴实行按比例抽查、按比例扣分和按比例追缴的原则。

第十三条 DIP 稽核时间

医保结算部门对当年 DIP 数据进行固定后，次年由医保稽核部门进行年度稽核，原则上在次年4月底完成上一年度 DIP 稽核。日常发现当年 DIP 违规情形的，累积到年度按规定扣分及追缴违规费用。

第十四条 DIP 病例抽查原则

按照双随机的原则，根据全市统一标准，对规则库和非规则库中 DIP 付费病例进行抽查，医疗机构对 DIP 稽核结果需要申诉的，采用同比例抽查病例的方式进行复核。

第十五条 DIP 稽核比例

(一) DIP 稽核病例抽查比例 = $\sum (\text{抽查病例数量}) / \text{当年度医疗机构申报纳入 DIP 付费范围的病例数量}$;

原则上，DIP 病例数量少于 100 份的，DIP 病例全部检查；DIP 病例数量介于 101 份至 2000 份的，按 10%比例抽查；DIP 病例数量介于 2001 份至 5000 份的，按 7%比例抽查；DIP 病例数量介于 5001 份至 10000 份的，按 5%比例抽查；DIP 病例数量大于 10000 份的，按 2%比例抽查；各区间抽查病例数量不少于上一区间。

(二) DIP 稽核扣分按照 DIP 稽核病例抽查的同比例执行扣分;

第十六条 DIP 稽核扣分

(一) 医疗机构 DIP 付费经稽核后确定为高套分值(诊断升级)的病例, DIP 稽核扣分=原病种分值-核定后的病种分值。

(二) 医疗机构 DIP 付费经稽核后确定为分解住院、低标准入院(不符合入院指征住院)、降低医疗质量(含违反医疗规程提前出院)、住院成本向门诊或院外费用转移、欺诈骗保等违规病例, DIP 稽核扣分=原病种分值。

(三) 医疗机构年度 DIP 稽核总扣分= $\sum$ (被稽核医疗机构单次检查 DIP 稽核扣分/被稽核医疗机构 DIP 稽核病例抽查比例)。

第十七条 DIP 稽核违规费用追缴

(一) 在当前以项目为主的稽核方式下, DIP 稽核违规费用主要指 DIP 违约费用。

(二) 在国家规定的总违约金比例下, 逐步提高 DIP 稽核违规费用追缴比例, 推动医疗机构加强自我管理, 切实规范医疗服务行为。2025 年度和 2026 年度纳入 DIP 付费的病例的 DIP 稽核违规费用追缴比例暂定为 10%。

(三) DIP 结算前, DIP 稽核发现医疗机构存在 DIP 违规行为的, 医保部门按照 DIP 稽核扣分规定对医疗机构进行 DIP 稽核扣分, 并对医疗机构追缴年度 DIP 稽核违规费用; 年度 DIP

稽核违规费用=医疗机构年度 DIP 稽核总扣分*结算点值*医疗保险平均实际报销比例(城乡居民/城镇职工)*DIP 稽核违规费用追缴比例。

(四) DIP 按 DIP 稽核扣分后的合规分值进行结算。DIP 结算时,医疗机构违规行为造成医保基金损失部分(含 DIP 稽核扣分对应的医保基金损失及项目稽核查处的医保基金损失)医保基金不予超支分担。DIP 扣分对应的医保基金损失=医疗机构年度 DIP 稽核总扣分*结算点值*医疗保险平均实际报销比例(城乡居民/城镇职工)。

(五) DIP 结算后, DIP 稽核发现医疗机构依然存在 DIP 违规行为的, 医保部门对医疗机构追缴相关个例 DIP 稽核违规费用, 个例 DIP 稽核违规费用=个例 DIP 稽核扣分*结算点值*医疗保险平均实际报销比例(城乡居民/城镇职工)*(1+DIP 稽核违规费用追缴比例)。

第十八条 本暂行办法自印发之日起执行, 有效期两年。按项目稽核的, 其稽核方式、违规费用计算等继续按照项目稽核的规定执行。《宁德市按病种分值付费(DIP)监管规程(暂行)》(宁医保〔2021〕55号)同步废止。若国家和省里出台 DIP 监管规定的, 从其规定。

信息公开类型：主动公开

宁德市医疗保障局办公室

2025 年 4 月 9 日印发