**关于《郑州市按病种分值付费（DIP）监管办法（试行）》起草背景和主要内容的说明**

为进一步推动我市按病种分值付费（DIP）工作的有效落实，结合我市实际，现将《郑州市按病种分值付费（DIP）监管办法（试行）》的起草情况说明如下。

一、文件起草背景

2020年2月中共中央、国务院颁布《关于深化医疗保障制度改革的意见》，提出制定完善医保基金监管相关法律法规，规范监管权限、程序、处罚标准。2020年6月国务院办公厅发布的《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》要求，强化医保基金监管法治及规范保障，制定医疗保障基金使用监督管理条例及其配套办法。2021年1月15日国务院印发《医疗保障基金使用监督管理条例》，对全国医保基金规范使用情况做了统一要求，根据国务院办公厅的指导意见，要求把加强基金监管、维护基金安全作为重要政治任务，不断完善监管制度体系，持续提升监管能力水平，形成基金监管高压态势。2021年7月27日，河南省人民政府办公厅发布《河南省人民政府办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的实施意见》进一步对主要目标、明确监管职责、创新监管方式、完善保障体系、加强领导等方面做了要求。我市自2021年开始推进以医保总额预算管理为基础，按病种分值付费（DIP）为主体的多元复合式医保支付方式改革，出台了《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)，文件第五章第二十六条至第三十四条对实行按病种分值付费后基金监管工作提出了新的要求。为进一步推动我市按病种分值付费（DIP）工作的有效落实，切实提高基金监管效率，增强监管工作透明度，结合我市实际，拟定了《郑州市按病种分值付费（DIP）监管办法（试行）》。该办法进一步明确按病种分值付费后的监管原则、监管内容、监管方式和违规处理等内容。

二、主要内容

对我市所有纳入DIP付费的医保定点医疗机构进行DIP监管。DIP监管是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，确保基金安全运行。

（一）监管原则

按照依法依规、客观公正、履责保密、合理高效的原则对我市按病种分值付费（DIP）工作进行监管，严格执行法律法规、客观反映医疗机构实际、公正处理医疗机构问题、认真履行职责，遵守保密规定、提高监管效率，引导医疗机构合理高效使用医保基金。

（二）监管内容

对医保目录执行情况、收费规范情况2个方面进行费用监管，对合规性、编码套高、编码套低、规范上传4个方面进行病案与结算清单监管，对违法诊疗规范、增加住院频次、降低医疗质量、住院成本向门诊或院外费用转移、欺诈骗保行为等5个方面进行医疗行为监管。

（三）监管方式

 监管方式主要分为三个方面，第一是日常审核，第二是重点稽核，第三是专项监管。对实行按病种分值付费（DIP）的定点医疗机构上传数据进行分析、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。依托信息化手段，调动线上与线下资源，对按病种分值付费（DIP）进行事前、事中、事后全流程监管。

（四）违规处理

违规处理主要分为责令整改、暂停协议、不予支付、罚扣分值、行政处罚、移送处理等方式。

1.对于存在违反病案与结算清单行业标准及未及时规范上传的行为，责令定点医疗机构予以整改，整改三次不到位的予以暂停协议。

 2.对于存在违反医保目录、收费规范和诊疗规范的行为，医保基金不予支付。

 3.对于存在增加住院频次、降低标准入院、降低医疗质量、住院成本转移等违规行为的病例，对应DIP分值不予计算，扣除1-2倍病种基准分值；对存在编码套高或因主观故意造成编码套低等违规行为的病例，其对应DIP分值不予计算，扣除2-5倍病种基准分值。

 4.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；存在违反医疗诊疗规范行为的，移交卫健部门处理；涉嫌犯罪的移送司法机关处理；涉嫌违纪或职务违法、职务犯罪的移送纪检监察部门处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

2022年12月7日