

附件

中卫市基本医疗保险区域点数法 总额预算和按病种分值付费（DIP） 特例单议实施办法（试行）

为积极支持定点医疗机构收治疑难重症、开展新技术新业务、提升医疗服务能力和落实分级治疗，根据《中卫市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费(DIP)结算办法（试行）的通知》（卫医保办〔2022〕45号），规范DIP医保付费特殊病例评议（以下简称特例单议）工作，制定本实施办法。

一、适用范围

（一）单次住院医疗总费用超过同病种次均费用4倍以上（含4倍）病例。

（二）经同级医保行政部门核准可申请特例单议的其他情况的病例（见附件1）。

二、申请病例数要求

定点医疗机构可根据临床需要，按管理权限向所属辖区医保经办机构申请特殊病例单议，申请的病例数原则上不得超过本院特例单议适用范围内病例总数的10%。

三、申请程序及要求

（一）特例单议原则上以半年为一个评审周期。

(二) 对上一个评审周期内符合本实施办法适用范围的特殊病例，定点医疗机构应于每年7月、次年1月31日前申报。逾期不再受理。

(三) 市医保服务中心统筹指导全市特例单议工作，负责收集汇总市级协议管理定点医疗机构特例单议病例资料，组织开展全市辖区定点医疗机构特例单议工作；各县（区）医保医疗保障局按照职责做好各自资料收集、汇总等配合工作；定点医疗机构提供相应证据材料不能证明该病例，视为无效申请。

四、组织评审

(一) 评审组织及规则。

1. 定点医疗机构特例单议评审工作，由市医疗保障局统一组织评审，评审人员从专家库中随机抽取或外聘相关专家组成评审小组进行评审。

2. 评审实行合议与专家组长负责制，每份病历评审专家原则上不得少于3人，其中设专家组长1名。

3. 评审时实行专家回避制，即被评审定点医疗机构的专家不得参与本医疗机构病例的评审。

4. 评审结果汇总后由评审专家成员书面签字确认评审意见。

5. 特例单议评审时间为20个工作日。

6. 特例单议病例评审资料由市医疗保障局进行档案管理。

(二) 评审结果。

1. 评审结果分为符合特例单议病例、不符合特例单议病例。

2.评审结果争议处理与效力。定点医疗机构不认同评审结果的，可在5个工作日内提出异议和理由向市医保局申报复审。市医保局在10个工作日内再次组织与前次不同的专家进行评审，复审结果与第一次评审结果相同的，复审为终审结果。如复审结果与第一次评审结果不同，市医保局按复审规定组织第三次专家评审，第三次评审为终审，取三次评审中的两次相同评审结果为终审结果。

3.专家评审结果经市医疗保障局会议研究同意后执行。（见附件2）。

4.评审完成后，定点医疗机构自行在中卫市医疗保障局微信公众号平台查询特病单议评审结果。

5.对符合特例单议的病例，年终清算时追加相应分值，对不符合特例单议的病例，按月度病种分组结果计算相应分值。

五、其他事项

1.定点医疗机构提供申请资料不完整的，在集中评审前还没有提供补充资料的，视为放弃申请评审。

2.定点医疗机构因编码错误导致入组错误而进入高倍率病例的，评审为不符合特例单议病例。

3.申请病例中，因耗费医疗资料多的诊断置于次要诊断而导致进入高倍率病例的，评审为不符合特例单议病例。

4.使用非必要的用药、检查、治疗和高值耗材等，评审为不符合特例单议病例，相关费用经专家评审核定后按不合理医疗费用移交相关部门处理。

5.属于“高套分值”“分解住院”“体检住院”“不符合入出院指征”等行为的，评审为不符合特例单议病例，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》和定点医疗机构服务相关协议予以处理。

6.本办法由市医疗保障局负责解释，自印发之日起试行，试行期为2年。试行期间如国家、自治区有新规定，从其规定。

附件：1.特病单议申请核准表

2.评审结果备案表

附件 1

特例单议申请核准表

申请单位（盖章）：

日期： 年 月 日

申请单位情况说明	申请特例单议病例基本情况： 申请理由： 申请科室负责人： 医疗机构医保负责人：
医保经办机构 初审意见	科室负责人： 年 月 日
审批意见	
局分管负责人意见	年 月 日
局主要负责人意见	年 月 日

备注：除单次住院医疗总费用超过同病种次均费用 4 倍以上（含 4 倍）、之外的需核准可申请特例单议其他情况病例需填报该表。

附件 2

评审结果备案表

经办机构（盖章）：

日期： 年 月 日

被评审医疗 机构名称	
医保经办机构 评审意见	经办机构负责人签字： 年 月 日
局医疗保障科 备案意见	 年 月 日
审批意见	经____年____月____日局党组会研究同意。 局分管领导： 年 月 日

备注：医保服务中心意见主要表述被评审单位申请病例情况、专家评审结果和医保服务中心意见等情况。