

漯河市医疗保障局文件

漯医保〔2022〕3号

关于印发《漯河市基本医疗保险 按疾病诊断相关分组（DRG）点数法付费特殊 病例单议管理办法（试行）》的通知

各县区医保局，局机关各相关科室，市医疗生育保险中心，市医疗保障基金稽核中心，各定点医疗机构：

现将《漯河市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）点数法付费特殊病例单议管理办法（试行）》印发给你们，请认真贯彻落实。



漯河市基本医疗保险 按疾病诊断相关分组（DRG）点数法付费 特殊病例单议管理办法（试行）

依据《漯河市基本医疗保险疾病诊断相关分组（DRG）点数法付费实施办法（试行）》（漯医保〔2021〕52号）相关规定，为加强我市按疾病诊断相关分组（以下简称DRG）点数法付费特殊病例基金支付费用结算管理，充分发挥医保基金效能，特制定特殊病例商议谈判（以下简称特病单议）办法。

第一条 特病单议原则

全市实行DRG付费的定点医疗机构试行DRG点数法付费过程中发生的特殊病例，医保经办机构与定点医疗机构经过商议谈判，确定特殊病例的拨付点数。

第二条 特病单议范围

- （一）急诊入院的危急症抢救患者及死亡病例；
- （二）已在市医疗保障行政部门备案的新技术项目病例；
- （三）住院天数小于等于1天或大于60天的病例；
- （四）因治疗不同疾病院内转科病例（不受比例限制）；
- （五）部分情况特殊的高倍率病例；
- （六）经医保行政部门核准的其他情况。

定点医疗机构可根据临床需要，向医保经办机构申请部分特

殊患者病例进行单议核算，但须严格控制单议核算的患者数量，每月不得超过当期本院出院人次的 3%，不足 1 份病例的年度周期内可累计使用。拟单议核算的病例，定点医疗机构须逐例申报，医保经办机构季度审核通过后方可实行单议核算。

第三条 特病单议流程

（一）提交申请。拟单议核算的病例，定点医疗机构经院内初审后，于每月 25 日前通过 DRG 综合管理应用平台申报。

（二）专家论证。每季度由医保经办机构从漯河市 DRG 点数法付费改革专家库中随机抽取不同级别医院相关医疗专家，对审核通过的拟单议核算病例进行论证核算，论证结果经专家签字后生效。

（三）点数确定。经办机构根据专家论证结果确定特病单议病例点数并报医疗保障行政部门，医疗保障行政部门对特病单议相关资料进行审核，并根据需要对单议结果进行抽查。经办机构将审核后的结果通过 DRG 结算公示系统及时向定点医疗机构反馈。特病单议审核通过的病例，调整点数在年终清算时一并追加处理。

特病单议病例追加点数=实际发生医疗费用÷全市所有病组次均住院费用×100-该病例已取得的结算点数，保留 4 位小数。

“实际发生医疗费用”为该特病单议病例医疗总费用扣除审核出的不合理医疗费用以外的费用。

（四）争议处理。医保经办机构应将特病单议工作计划及开展情况及时报医疗保障行政部门，医疗保障行政部门要在特病单议申请受理、专家论证、点数确定等环节进行监督指导。定点医疗机构对经办机构组织特病单议相关程序有异议的，可及时向医疗保障行政部门提出申诉；对特病单议结果有异议的，可在结果反馈后5个工作日内向医疗保障行政部门提出申诉，经医疗保障行政部门调查核实后，出具最终意见。