商医保发〔2024〕4号

商洛市医疗保障局

关于印发《商洛市区域点数法总额预算和按病种分值付费 (DIP) 特病单议实施办法（试行）》的通知

各县(区)医保局，市医保经办处，各相关定点医疗机构：

现将《商洛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) 特病单议实施办法(试行)》印发给你们，请遵照执行。

商洛市医疗保障局

2024年1月26日

商洛市区域点数法总额预算和按病种分值付费 （DIP）特病单议实施办法(试行)

为支持定点医疗机构收治疑难重症、开展新技术应用、提升医疗服务水平，规范特病单议申请，根据《商洛市医疗保障局关于印发商洛区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）实施细则(试行)的通知》(商医保发〔2022〕58号)等文件精神，结合我市实际，制定本实施办法。

一 、适用范围

纳入我市DIP支付方式改革的定点医疗机构，患者为商洛市医疗保险参保人员，符合以下条件之一的病例，可申请纳入特殊单议病例范围：

（一）该病例住院天数＞该医疗机构同种病例平均住院天数5倍以上；

（二）该病例住院费用＞该病种组合支付标准5倍以上；

（三）运用经市卫生健康行政部门评审认定、公布并在市医保经办机构备案的临床新技术项目的病例；

（四）超出商洛市现行DIP病种目录库的病种；

（五）市医保经办处核准可申请特殊病种的其他情况。

二、申请病例数要求

定点医疗机构可根据临床需求，向所属医保经办机构申请特病单议，申请的病例数原则上不得超过当期本院总出院人次的5‰（按比例计算不够1例，可按1例申请）。特殊病历占比由市医保经办处和DIP专家组共同商议讨论适当调整，并报市医保局备案。

三、申请程序

特病单议以一个季度为一个评议周期，遇有特殊情况时可根据申请病例数量采取不定期方式组织评议。

(一)申请流程。各定点医疗机构应于每月20日前查看病例分组结果，对上一月份内符合要求的特殊病例，在每月月底前申请特病单议；申请时，定点医疗机构应直接通过省医保信息平台向同级医保经办机构申请，各级经办机构安排专人负责，截至当月月末定点医疗机构未申请特病单议的，视为放弃，各级医保经办机构不再受理特病单议申请，医保基金按不符合特病情况进行DIP结算。因特殊情况导致病例分组结果公示延迟的，由市医保经办处按延迟时间重新通知截至时间。各定点医疗机构应对符合专家评议范围的特殊病例进行审核，重点审核申报材料是否齐全、病例是否达到申报条件等，对符合条件的病例填写《商洛市 DIP 付费特殊病例单议申请和专家评议表》（附件1）和《医疗保险DIP特病单议专家评议结果汇总表》(附件2)。

(二)提交资料。定点医疗机构在DIP申请特病单议通过后，自行收集病例资料，待特病单议现场评审时提供专家评审。报送材料包括：

1.《商洛市 DIP 付费特殊病例单议申请和专家评议表》和《商洛市医疗保险DIP特病单议专家评议结果汇总表》；

2.电子病历及相关材料（包括住院病历、病案首页、病情记录、医嘱、检查、化验报告单、手术记录、特殊药品、特殊耗材或特殊检查治疗使用情况等），要求为电子文档（也可以是图片或扫描文件），文档按“医院+参保人姓名+结算序号”命名。如医疗机构无法提供电子病历的，由定点医疗机构准备纸质病历及相关资料送至医保经办机构指定地点。

每季度首月20日前，定点医疗机构应将上季度拟申请进行特病单议的病例资料同时报送到同级医保经办机构。医保经办机构负责核定相关材料，初审后报各级医保行政部门审定备案。

四、组织评议

(一)评议组织及规则

1.市、县(区)医保部门负责牵头组织各自辖区内定点医疗机构特病单议工作，各级医保经办机构负责实施。各级医保部门成立由分管领导任组长，待遇保障科(股),经办机构有关负责人等参加的特病单议领导小组，指导辖区内定点医疗机构的特病单议工作的开展。各级经办机构在收到对应定点医疗机构申请材料后，根据特病单议病例数量及情况评估所需专家数量、主要学科类别等，由本辖区领导小组从DIP专家库中抽取相关专家，组成特病单议专家评议小组，负责具体审核工作。

2.特病单议评议采用分组评议形式，评议时实行专家回避制，即被评议定点医疗机构的专家不得参与本机构病例的评议。每个评议专家组抽取人员数量应为奇数，每组专家应不少于3名，专家组集体决议拿出专家评议意见。各专家在评议工作中应当客观、公正，不得向他人泄露工作中涉及的相关数据、资料。

3.专家评议应覆盖诊断是否准确、检查是否合理、用药是否合理、治疗是否合理、收费是否合理五个方面，确定特殊病例出院主诊断及主手术名称、不合理项目名称、费用。

4.医保经办机构应于特病单议申请完成之后5个工作日内在 DIP 付费系统完成上一年度特病单议病例评议工作。

5.评议资料由市、县(区)医保经办机构按有关管理规定分级归档管理。

（二）评审程序

1.初审分析：市医保经办处于每月反馈期截止后，于次月5号前（节假日顺延）在DIP付费系统完成对上一月份特病单议初审工作，并进行数量统计及费用分析工作。

2.病例评审：病例评审原则上每季度开展1次，根据申请病例数量可适当增加或减少评审次数。

(三)结果运用

评审结果分为符合特病、不符合特病、问题病例三种，评审完成后，医保经办机构应在DIP付费系统及时公示。根据专家评议结果，经审核后符合医保规定的特殊病例重新核定分值，计算公式如下：

1.对评审结论符合特病的病例，于年终清算时重新计算并追加分值。评议分值=病例总费用/地区同级别机构均费×1000。

2.对评审不符合特病的病例，按月度病种分组结果拨付，且不再接收申诉。

3.对评审中的问题病例查出违规的金额，医保基金管理相关规定处理。

4.评审结束后，参与评审的专家填写填写《商洛市DIP付费特殊病例单议申请和专家评议表》和《商洛市医疗保险DIP特病单议专家评议结果汇总表》,书面签字确认评议结果，并报评议特病单议领导小组。负责实施本次评审活动的医保经办机构会同第三方服务机构整理汇总评审意见表，形成评审会议纪要和评审结果，报所在地医保行政部门审定同意后，完成分组调整和追加分值等操作，相关资料予以存档；各级医保经办机构负责将评审结果向医疗机构进行通报。

五、工作要求

（一）定点医疗机构提交申请前应组织院内各部门对病例的用药合理性、检查合理性和收费合理性、编码准确性等进行核查，提高成本效率意识，加强医疗服务质量。如因报送材料不全，影响特病单议病例审定的，由医疗机构自行承担责任。

（二）因使用高值耗材、自费项目费用高(含药品、耗材、诊疗项目)导致病例进入高倍率病例的特病单议病例，不予审核通过。

（三）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，不予审核通过。

（四）对于因使用选择性、特需医疗服务产生的超高费用及耗材、药品超限价部分的不合规费用，应在医疗总费用中予以扣除。

（五）经专家评审，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，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》和《定点医疗机构服务协议》不予审核通过，并按有关规定予以处理。

六、2023年度特病单议工作安排

按照中、省2023年度DRG/DIP医保基金清算工作进度安排，要求3月底前必须在医保信息平台系统中完成。因此，要求2023年度特病单议工作各相关单位务必高度重视，逾期未报送结果的，视为无特病单议病例，后果自行承担。

1. 市内首批参加DIP支付方式改革的28家二级以上定点医疗机构应于2024年2月7日前完成2023年度本医疗机构的特病单议申报流程及资料提交工作。本次资料申报、提交、审核均采用线下流程，患者报销类别按职工医保、居民医保进行分类。

（二）由各级医保经办机构负责收集并汇总各辖区内相关医疗机构提交资料，核对资料信息完善程度，并于2月23日前将相关特病单议纸质资料报送市医保经办处对应科室，由市医保经办处完成统计汇总，进行初审分析，提交研究审核。

（三）2023年度特病单议组织评审工作由市级部门统一安排。自2024年第一季度起，特病单议组织评审工作按由市、县（区）医保部门按本实施办法分别组织开展。

七、其他

本办法自发文之日起试行。试行期间如国家、省有新规定，从其规定。

附件：1.商洛市 DIP 付费特殊病例单议申请和专家评议表

2.商洛市医疗保险DIP特病单议专家评议结果汇总表

附件1：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 商洛市 DIP 付费特殊病例单议申请和专家评议表 | | | |
| **评审时间:** |  | **病案号:** |  |
| **病例基本信息** | | | |
| 医疗机构名称 |  | 医疗机构编码 |  |
| 患者姓名 |  | 医保结算ID |  |
| 性别 |  | 年龄（天） |  |
| **病例诊疗信息** | | | |
| 主诊断编码 |  | 主诊断名称 |  |
| 手术编码 |  | 手术名称 |  |
| 住院天数 |  | 离院方式 |  |
| 总费用:(元) |  | 基本统筹金额(元) |  |
| **申请理由** | | | |
|  | | | |
|
|
|
|
| **专家评审意见** | | | |
| 请选择一项在括号中填√;  1.£通过  2.£不通过（驳回） 驳回意见：      是否存在疑似违规：□是 □否 疑似违规内容：     评审人签字确认:  医保经办部门(盖章): | | | |

附件2：

商洛市医疗保险DIP特病单议专家评议结果汇总表

医院名称(盖章): 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 患者  姓名 | 结算ID | 病案号 | 住院总费用 | 住院天数 | 入院时间 | 出院时间 | 结算时间 | 报销类型（职工医保/居民医保） | 专家审核意见（通过/不通过） |
| 1 | 例如 |  |  |  |  | 20230101 | 20230108 | 20230108 | 职工医保 | 通过 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

专家成员签名：

医保部门领导签字： 医保部门意见并盖章：