**关于印发《辽宁省按病组和病种分值付费特例单议实施办法（试行）》的通知**

各市医疗保障局，省医疗保障事务服务中心：

现将《辽宁省按病组和病种分值付费特例单议实施办法（试行）》印发给你们，请遵照执行。

辽宁省医疗保障局

2024年10月日

**辽宁省按病组和病种分值付费**

**特例单议实施办法（试行）**

**第一条** 为深入推进我省按病组和病种分值付费改革，规范全省特例单议工作，鼓励支持医疗保障定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）收治疑难重症、合理使用新药耗及开展新技术，按照《国家医疗保障局办公室关于印发按病组和病种分值付费2.0版分组方案并深入推进相关工作的通知》（医保办发〔2024〕9号）等文件精神，结合实际，制定本办法。

**第二条** 本实施办法适用于我省各统筹区特例单议的管理。各统筹区要坚持公平公正、规范透明的原则开展特例单议工作，加强沟通协商，持续提升工作效能。

**第三条** 本实施办法所称的特例单议，是指在按病组或病种分值付费中，对因住院时间长、医疗费用高、新药耗新技术使用、复杂危重症或多学科联合诊疗等不适合采用按病组或病种分值付费标准支付的病例，经定点医疗机构自主申报、医保部门组织专家评议后，按规定予以补偿。

**第四条** 省医保局指导各统筹区开展特例单议工作，规范特例单议准入标准和业务流程。各统筹区医保行政部门制定特例单议具体规则，医保经办机构承担受理定点医疗机构申报、组织专家评审及结算付费等具体工作。异地就医实行按病组或病种分值付费范围的，特例单议由就医地负责，与本地病例采取相同规则。

**第五条** 申报特例单议的病例，原则上该病例医疗费用应超出本病组（种）支付标准一定比例且至少满足以下一个条件：

（一）住院时间过长：三级医院中住院治疗超过60天（不含康复理疗天数）的病例；

（二）消耗医疗资源过高的急危重症病例：

（三）多学科联合诊疗或转科诊疗的病例；

（四）高倍率病例（费用超高病例）：超出本病组（种）平均医疗费用一定倍数的病例，可分档设置具体标准；

（五）使用新药耗新技术导致医疗费用明显增高的病例；

（六）市级医保部门规定的其他情形病例。

各统筹区根据本地实际，设置具体标准并动态调整。

**第六条** 以下病例原则上不纳入特例单议范围：

（一）不适用按病组或病种分值标准支付的病例，如精神疾病、康复治疗等适合按床日、按人头等其他方式付费的病例；

（二）符合统筹区费用超低病例（低倍率）结算标准的病例；

（三）使用辽宁省住院可单独结算的高值药品且不能以第五条第五款理由申报的病例；

（四）市级医保部门规定的其他情形病例。

**第七条** 年度通过特例单议支付的病例数量原则上不超过本统筹区按病组付费病例数的5%或按病种分值付费病例数的5‰。各统筹区可结合定点医疗机构级别、专科特色、重点学科发展等，设定本统筹区政策倾斜的病例类型及评审通过的特例单议比例。

**第八条** 各统筹区按季度组织定点医疗机构申报，要在每季度第2个月的10日前完成申报，在申报结束后30日内完成评审。鼓励有条件的地 区缩短评审时限并随审随结。

**第九条** 各统筹区参考以下内容确定具体申报材料（上传信息）要求：

（一）病案首页、医保结算清单以及收费明细清单；

（二）出院记录、手术（操作）记录、分娩记录、死亡记录等必要记录；

（三）各项检查（检验）报告单（如超声报告单、X光报告单、CT报告单、MRI报告单、病理报告单、化验单等）；

（四）其他必要材料。

以上材料定点医疗机构应以电子病历形式通过医保信息平台上传，不具备条件的可以提交纸质版复印件。

**第十条** 定点医疗机构应及时收集汇总并审核本机构拟申报特例单议的病例，按规定要求申报。各统筹区要简化材料要求，减轻定点医疗机构申报负担。对于报送病历要素不完整或存在疑问的应一次性告知定点医疗机构补充相关资料，定点医疗机构应在收到通知5个工作日内补充报送相关资料。逾期不补报或补报不完整的，视为主动放弃申报。

**第十一条** 逐步开展全省特例单议的线上随机评审，提高申报规范化水平和评审效率。

**第十二条** 市级医保经办机构要建立专家库，报同级医保行政部门备案，省级医保经办机构在此基础上建立全省评审专家库。市级医保经办机构组织专家对定点医疗机构提交的病例资料进行评审，每个病例参与评审的专家数量原则上不少于3人。各统筹区要加强专家监督管理，选用专家要坚持回避原则。

建立专家激励考核机制。对主动承担评审工作且评审工作量较大、发挥作用较强的专家，各统筹区医保部门可予以一定形式的表扬奖励。对于未能履行评审职责的专家、经查实未严格执行特例单议评审标准特别是徇私舞弊的专家，应及时退出评审，取消其专家资格，两年内不得再次担任评审专家，并视情节轻重向其所在定点医疗机构通报。对积极配合医保支付方式改革且支持医生参加评审的定点医疗机构，各统筹区可在年度绩效考核等方面给予适当倾斜。

 **第十三条** 市级医保经办机构组织专家进行初审，依据诊疗规范和诊疗原则对病例费用的合理性进行评审，对申报病例是否符合特例单议条件作出判定。依据专家评审意见结果，对存在不合理费用的病例，需扣除不合理费用后，重新判断是否符合认定标准。

**第十四条** 市级医保经办机构根据专家评审意见，结合医保基金运行情况、统筹区内定点医疗机构收治病例总体情况，作出特例单议评审通过或不予通过的结果，并及时告知提出申报的定点医疗机构。

**第十五条** 定点医疗机构对初审结论存在异议的，可在初审结束后提出复审申请，阐明申诉理由，并可补充提交相关佐证材料。医保经办机构组织专家进行复审，专家所在定点医疗机构的级别不低于病例申报机构。

**第十六条** 定点医疗机构对复审结果仍有异议的，可在获知评审结果后5个工作日内，向统筹区医保部门申请争议裁决。逾期未提出争议裁决的，视为同意评审结果。

**第十七条** 定点医疗机构提出争议裁决后，由市级医保行政部门组织评审，做出争议处理和意见裁决。

 **第十八条** 对最终确认为特例单议的病例，各统筹区可采用按项目付费等方式，年度清算时对特例单议优先清算。

**第十九条** 特例单议申报及评审情况由统筹区医保经办机构每半年向定点医疗机构或全社会公开，接受定点医疗机构和社会监督。公开的内容包括各定点医疗机构申报特例单议的数量、审核通过数量、占按病组和按病种分值付费的出院病例比例、占医保基金支出比例等情况。各统筹区要在年度清算后，将特例单议情况报省级医保经办机构。

**第二十条** 各级医保经办机构要加强对评审结果的日常核查与抽查复核，医保行政部门应对特例单议工作进行监督。工作中严格遵守保密原则，对只能内部掌握不得公开的数据，不得以任何名义任何形式对外公开。

**第二十一条** 本实施办法自2025年1月1日起试行，由省医保局负责解释。