

# 福建省医疗保障局

闽医保函〔2024〕296号

## 福建省医疗保障局关于印发按病组和病种分值付费特例单议工作规则（试行）的通知

各设区市医疗保障局，平潭综合实验区社会事业局，各相关医疗机构：

为深入推进 DRG/DIP 医保支付方式改革工作，根据《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）和《福建省医疗保障局关于印发福建省 DRG/DIP 支付方式改革三年行动计划的通知》（闽医保〔2022〕2号）等有关要求，完善医保支付方式改革配套措施，保障复杂危重症病例得到充分治疗，支持新药新技术应用与发展，规范特例单议申请，保障特病认定的合规性，促使医疗机构更规范合理地进行诊疗、更精细科学地进行管理，现将《福建省按病组和病种分值付费特例单议工作规则（试行）》印发给你们，请结合实际制定实施细则并予执行。

福建省医疗保障局

2024年12月9日

（此件主动公开）

# 福建省按病组和病种分值付费 特例单议工作规则

( 试行 )

## 第一章 总 则

**第一条** 为深入推进按病组和病种分值付费(DRG/DIP)工作,更好保障复杂危重病例充分治疗、支持新药新技术合理应用,根据《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)和DRG/DIP技术规范有关规定,制定本规则。

**第二条** 本规则所称的特例单议,是指在DRG/DIP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按DRG/DIP标准支付的病例,经医疗机构自主申报、医保部门组织专家评议,符合条件的可按项目结算,或根据实际调整支付方式或结算标准,按规定予以补偿的工作机制。

**第三条** 坚持公平公正、公开透明、权责清晰、规范有序的原则,加强医疗机构与医保部门的沟通协商,持续提升特例单议工作效能,解除医疗机构收治复杂危重病患者的后顾之忧,为参保人提供合理、必要、适宜的医疗服务。

**第四条** 特例单议申报、组织、评审等工作实行属地管理。各统筹地区医保行政部门参考本规则制定各自的特例单议规则，医保经办机构受理医疗机构特例单议申报、组织评审、确定评审结果。评审形式、标准和结果按程序向医疗机构和社会公开。异地就医实行 DRG/DIP 结算的，特例单议由就医地负责，与本地病例采取相同规则。

## 第二章 申报基本要求

**第五条** 申报特例单议的病例原则上为医疗费用超出该病例所在病组或病种分值支付标准额度一定比例的高额费用病例，并满足以下一个或多个情形：

- （一）因比例限制未纳入按项目付费的费用极高病例；
- （二）使用新药耗新技术导致医疗费用高的病例；
- （三）危急重症抢救或涉及多学科联合诊疗或者死亡病例；
- （四）住院时间长的病例；
- （五）病例的监护病房床位使用天数大于或等于该病例住院床位使用总天数的 60%；
- （六）定义为新生儿发病率小于 1/万、患病率小于 1/万、患病人数小于 14 万的罕见疾病，以国家卫健委发布的第一、二批罕见病例目录共 207 项为参照；

(七) 均以手术操作为主要治疗手段的转科患者、实施多部位或多次手术的病例；

(八) 因当年药品、耗材、价格政策调整，导致当前治疗费用与测算历史病例差别极大的病例；

(九) 现行分组方案未能包含的病例；

(十) 经医保经办机构核准可申请按项目付费的其他情况。

**第六条** 各统筹区医保部门可结合医疗机构级别、专科特色、重点学科发展等，区别设定不同医疗机构申报特例单议的比例或数量，原则上申报特例单议支付的病例不超过评审周期内本统筹地区按 DRG 结算人次的 5%或按 DIP 结算人次的 5%，各统筹区可根据各地实际情况自行调整本统筹地区特例单议比例。

**第七条** 为进一步体现医保对医疗机构新药耗新技术运用的支持，统筹地区医保部门可结合本地申报病例病种分布、技术服务利用等情况，探索细分不同原因导致的特例单议病例的占比，对多学科联合诊疗、新药耗新技术使用等申报病例占比给予倾斜，保证临床诊疗和医疗技术发展需要。

**第八条** 统筹地区医保经办机构可按月或季度组织特例单议申报评审，原则上每季度至少组织 1 次。医保部门明确医疗机构申报截止日，应当在申报截止日后规定时间内完成评审工作，年终清算前应完成当年度所有特例单议的评审工作。病例申报数量较为集中的，可根据实际与申报的医疗机构协商，适当延长评审

时限。

### 第三章 申报审核流程

**第九条** 医疗机构应及时汇总本机构拟申报特例单议的病例情况，并提交医院医疗质量专家委员会审核通过后，向医保经办机构自主申报特例单议。

**第十条** 医疗机构应按要求及时、全面申报，避免跨周期申报或补报。对评审周期内符合本办法适用范围的特殊病例，各定点医院应根据当地医保部门规定的时限要求，按月或按季度通过医保信息平台支付方式子系统向医保经办机构逐例提交申报病例及相应材料。原则上申报时限不超过月末或季度末后 10 个工作日，逾期申报的除特殊情况外医保经办机构可不予受理。

**第十一条** 医保部门与定点医院加强信息共享，完善定点医院医疗机构电子病历上传工作，通过医保信息平台支付方式子系统上传特例单议病例相关病历资料。医疗机构上传相关资料时，应隐蔽或剔除涉及医疗机构与患者就诊相关身份信息，否则不纳入初审环节。对于报送病例要素不完整或存疑的应一次性告知相应医疗机构，医疗机构应在收到通知 5 个工作日内提供补充资料，逾期不补报或补报不完整的，视为无效申请。

特例单议申报材料主要包括：

(一) 病程记录 (按日期顺序排序, 含危重或疑难病例讨论记录、术前讨论、手术记录、死亡病例讨论记录、出院记录或死亡记录、麻醉记录等);

(二) 各项检查报告单 (含超声、影像、心电图、病理、内镜报告单等);

(三) 实验室检查报告单、输血申请及记录;

(四) 临床医嘱单及收费明细清单;

(五) 需要提供的其他补充材料。

**第十二条** 省医保中心建立全省统一的 DRG/DIP 特例单议专家库, 专家库成员由各统筹地区定点医疗机构经本人同意后推荐, 报经统筹地区医保经办机构审核、同级医保行政部门同意后确定为评审专家并报省医保中心, 由省医保中心统一编号、分区设立专家库, 纳入局专家库统一管理。专家库成员原则上应熟悉 DRG/DIP 支付方式改革政策, 熟练掌握 DRG/DIP 付费理论, 具备独立开展特例单议审核工作的能力。

各统筹地区医保部门应充分调动专家参与特例单议审核工作的积极性, 建立激励考核机制, 按规定支付专家评审费用。对工作量大、完成度高、整体发挥作用强的专家及其所在医疗机构通过恰当形式予以表扬鼓励。对三次以上未及时完成评审工作的专家, 或对评审工作敷衍了事、马虎应付、不负责任的, 应予以及时清退, 两年内不得再次聘为评审专家。

专家库成员实行动态管理，统筹地区专家库成员名单、专家职称、从业单位等身份信息等有变动的，应及时书面通知省医保中心予以变更。

**第十三条** 特例单议评审工作由统筹区医保经办机构牵头组织，依托信息系统，采取线上双向盲审、初复审制等方式进行综合评审。评审时实行专家回避制，即被评审医疗机构的专家不得参与本机构病例的评审，且评审专家所在医疗机构级别不低于病例申报医疗机构。评审专家采取按例随机抽取的办法确定，应有一定比例的省内其他统筹地区专家参与。

**第十四条** 医保经办机构应于特例单议申请完成之后一定时限内完成特例单议病例收集，并按学科归类。评审分为初审及复审两个环节。

（一）初审。按照所属学科，将病例随机分配至相关关联学科专家，进行线上双向盲审，每个病例参与初审的专家原则上不少于3人。初审一般应于10个工作日内完成（鼓励有条件的地方缩短评审时限，支持随审随结），评审结果分为符合特例单议病例、不符合特例单议病例，若初审小组有一名专家不予通过，则判为不符合特例单议病例。针对初审判定为不符合特例单议的病例，医疗机构可申请病例复审，也可退出特例单议。

（二）复审。医疗机构对初审结论存在异议的，可在初审结束后3个工作日内提出复审申请，复审一般应于5个工作日内完

成。医疗机构阐明申诉理由，并可补充提交相关佐证材料。由系统将复审病例随机分配至非初审专家进行复审，每个病例参与复审的专家原则上不少于3人。专家复审判定病例是否符合特例单议条件，若有一名复审专家不予通过，则判为不符合特例单议病例。

复审结论不再接受申诉，并且将相关专家复审不予通过病例移送基金监管部门核查。

**第十五条** 具有以下情形之一的病例原则上评审不通过：

（一）根据统筹地区政策，进入高倍率病例范围，已经进行支付的；

（二）评审周期内，病例所在DRG/DIP组实际发生费用未超过该医疗机构按DRG/DIP月度结算费用的；

（三）被认定为不符合诊疗规范，存在过度诊疗的；

（四）因不合理使用高值药品、耗材或医疗服务项目导致医疗费用过高，且该药品、耗材或医疗服务项目不在本地区新药耗新技术认定范围内的；

（五）因编码错误导致入组错误，或未在规定时间内完成结算数据上传的；

（六）因评估资料不全导致无法做出评估结论，或者提供虚假材料的；

（七）医保部门规定的其他情况。

**第十六条** 评审结束后，各统筹区医保经办机构汇总特例单议评审意见进行审核，审批通过后，结合医保基金运行情况、统筹地区内医疗机构收治病例总体情况，作出相应结果，做好评审记录存档，将评审结果反馈至申报医疗机构。

**第十七条** 对符合特例单议的病例，可按照项目付费方式拨付或追加点数，于次月在该病例月度结算基础上予以追加差额。对不符合特例单议的病例，按 DRG/DIP 付费方式结算标准付费；存在“高编高靠”“重复收费”“挂名住院”“串换项目”等严重违规行为的病例，根据规定对有关医疗机构进行相关处理。

## **第四章 监督管理**

**第十八条** 各统筹地区医保行政部门应对特例单议申报条件、时限要求、比例规定、评审标准、评审结果等进行监督，提高特例单议审核效率，加强对评审结果的日常核查。医保经办机构应定期对专家做出的评审结果抽查复核，落实评审专家奖惩机制。省级医保部门应不定期对各统筹区通过特例单议的评审结果进行抽查复核。

**第十九条** 评审完成后，统筹地区医保经办机构应在医保信息平台上及时公示各医疗机构申请特例单议的数量、审核通过的数量、医保基金支付、占 DRG/DIP 出院病例比例、占医保基金支

出比例等信息。原则上每半年向医疗机构或全社会公开特例单议开展情况，接受医疗机构和全社会监督。

**第二十条** 评审专家应当履行保密义务，不得以任何名义任何形式泄露相关资料、数据和评审结果。医保部门和相关参与人员不得泄漏评审专家信息，不得泄露涉及个人隐私的患者信息。

## 第五章 附 则

**第二十一条** 依托全国统一的医保信息系统平台开发支付方式管理子系统，健全功能，实现特例单议申报、评审、公布信息化开展，不断提高规范化、数据化、智能化水平，提高评审效率。

**第二十二条** 定点医疗机构临床医务人员应充分理解特例单议机制内涵及其对疑难危重症与新药新技术的支持作用，规范医疗行为，积极申报、合理申诉。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。如因报送材料不全，影响特例单议病例评审的，由医疗机构自行承担责任。医保部门应严格遵守相关规则开展评审工作，保证数据安全，做好审查及监督工作。

**第二十三条** 本工作规则由省医保局负责解释。以往规定与本工作规则不一致的，按本工作规则执行。