

安庆市医疗保障局文件

宜医保秘〔2024〕57号

关于印发《安庆市基本医疗保险按病种分值付费特例单议经办规程》的通知

各县（市、区）医疗保障局，局各科室、单位，各有关单位：

现将《安庆市基本医疗保险按病种分值付费特例单议经办规程》印发给你们，请认真抓好落实。



安庆市基本医疗保险按病种分值付费 特例单议经办规程

为深入推进我市医保支付方式改革，发挥好特例单议作用，支持医疗机构收治复杂危重病人、新药耗新技术使用等，根据《安徽省基本医疗保险 DRG/DIP 付费特例单议实施细则(试行)》，结合我市实际，制定本规程。

第一条 适用范围。特例单议是指在按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按按病种分值标准支付的病例，经医疗机构自主申报、医保部门组织专家评议，符合条件的按规定予以补偿。本规程适用于我市纳入按病种分值付费管理的定点医疗机构，在住院病例按按病种分值付费中特例单议的情形。

第二条 职责分工。各级医保部门负责推进本辖区特例单议工作，医保经办机构具体负责本辖区特例单议实施工作，受理申报、组织评审、确定评审结果并按程序公布。定点医疗机构按规定申报特例单议病例，并配合做好相关工作。按病种分值付费特例单议实行属地管理。市内县外就医实行按病种分值付费结算的，特例单议由就医地负责，与本地病例采取相同规则。

第三条 申报范围。相关特殊病例根据数量分布、资源消耗水平和医保支付导向分为除外支付病例、特例单议病例两种类型。各医疗机构申报除外支付和特例单议病例数量，控制在年度内按病种分值付费出院结算人次的 5‰ 以内。

(一) 除外支付病例。对下列病例数量少、费用相对高的病例，由医疗机构自主申报，无需进行审核，直接认定为除外支付病例。

1. 特殊高费用病例。指病例数较少的器官（肝、肾、肺、心脏等）移植、造血干细胞移植、人工肝、重度烧伤病例，以及经医保部门与定点医疗机构协商谈判确定的其他高费用病例；

2. 特殊罕见病。指病例数少、治疗费用高，现有病组支付标准无法衡量其资源消耗水平的部分罕见病，详见《特殊罕见病参考目录》（附件 1）。也可结合国家卫生健康部门发布的罕见病目录，与定点医疗机构协商谈判确定本地其他特殊罕见病病种；

3. 使用新药耗新技术病例。指未纳入本地病种分值调整的国家医保谈判药品纳入医保支付首个自然年度内产生费用的病例。近三年医疗机构申请并报市级及以上相关行业主管部门备案同意开展的新医疗技术（含新耗材），且每年累计总病例数小于本地按病种分值付费成组病例数量规定的病例；

(二) 特例单议病例。下列医疗机构收治的资源消耗过高的病例可由医疗机构申报，经医保经办机构组织审核、评审符

合条件的病例，纳入特例单议范围。

1. 费用极高病例。住院费用高于本地病种分值 3 倍以上的病例；

2. 多学科病例。指多种诊断与以手术为主的多种治疗方法叠加的病例（包括多学科联合治疗、院内转科、双侧手术等）；

3. 住院时长异常病例。指住院天数明显超过该病种平均住院天数以及住院天数超过 60 天的病例（不含实行按床日付费的精神类、康复类等特殊病例）；

4. 急诊抢救病例。急诊入院的危急症抢救病例；

5. 特殊未入组病例。指现行分组方案未能包含的病例；

6. 经医保部门与定点医疗机构协商确定的其他病例。

第四条 支付标准。在按病种分值付费预算总额内，除额外支付和特例单议病例实行按实际医疗费用折算点数付费，清算时病例的医保支付额度不低于医保按项目支付额度的 90%。除额外支付及特例单议病例不重复补偿。

第五条 申报材料。

（一）除外支付病例。定点医疗机构申报除外支付病例，由经办机构根据医疗机构申报的相关信息，在医保信息系统提取病例数据并审核确定，其中涉及新医疗技术的，需提供相应证明材料。

（二）特例单议病例。定点医疗机构申报特例单议病例需根据病例情况提交以下材料。

1. 入院及出院记录或死亡记录；

2. 临床诊疗记录。包括但不限于提交病案首页、病程记录、急危重症病例的讨论记录、手术记录等；

3. 检查或化验报告单；

4. 收费明细清单；

5. 其他辅助材料。按统筹地区规定，根据具体病例需要还需提供的其他支持性文件或证明，如特殊药物使用证明等。

第六条 申报程序。除外支付和特例单议工作每季度开展一次，分为申报、审核、评审等阶段。探索依托统一医保信息平台开发上线除外支付和特例单议全流程线上操作系统，进行线上评审，提高审核评议效率。

第七条 申报时间。医疗机构应及时汇总本机构拟申报特例单议的病例，提交医院医疗质量专家委员会审核通过后，于每季度首月 10 个工作日内，向医保经办机构申报。

经办机构应对于报送病例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。逾期未申报、逾期不补报或补报不完整的，视为医疗机构自动放弃申报。

第八条 申报方式。医疗机构将申请表（附件 2）和相关材料报至医保经办机构。加强信息化建设，逐步实现医疗机构自主通过国家医保信息平台支付方式子系统逐例提交申报除外支付和特例单议病例。

第九条 初步审核。医保经办机构于申报工作结束后 10 个工作日内对特例单议病例进行初审，其中除外支付病例无需审

核，符合条件的直接认定。特病单议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。对特例单议初审存在异议的病例，提交专家评审。

第十条 专家评审。

（一）评审方式。 医保经办机构应在初审结束后 20 个工作日内对存有异议的特例单议病例进行专家评审，原则上每个病例参加评审的专家数量不少于 3 人。为确保评审的公正性，评审实行回避制度，专家不得评审本院病案，被评审病案所在医疗机构不得干预评审。评审小组综合评估病例的病情复杂性、治疗合理性、费用相关性等，按少数服从多数原则明确评审意见。

（二）不予通过情形。 存在以下情形的病例，原则上不予通过评审。

1. 符合除外支付条件的病例或者已按政策进行支付的高倍率病例；

2. 被认定为不符合诊疗规范，存在过度诊疗的；

3. 因不合理使用药品、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；

4. 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；

5. 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；

6. 医保部门明确的其他情况。

第十一条 评审结果。医保部门根据专家评审意见，结合医保基金运行情况、辖区内医疗机构收治病例总体情况，确定特例单议评审通过或不予通过的结果，并于5个工作日内告知提出申报的医疗机构。对于评审通过的病例，按规定的付费方式进行付费，对评审不通过的病例，仍按原付费方式付费。

第十二条 争议处理。医疗机构对评审结果有异议的，可在获知评审结果后5个工作日内向医保经办机构提出争议意见。经办机构每半年组织一次专家复审，对存在异议的病例组织集中评审，形成的一致意见作为争议处理结论。逾期未提出争议意见的，视为同意评审结果。

第十三条 公布查询。特例单议申报及评审情况由医保经办机构每半年向医疗机构公布，接受医疗机构和社会监督。公开的内容包括各医疗机构申报特例单议的数量、审核通过数量、医保基金支付、占按病种分值付费出院病例比例、占医保基金支出比例等情况。

第十四条 数据安全。各级医保部门要加强数据安全管理工作，不得对外公开内部掌握数据，确保患者个人信息和医保基金数据的安全。

第十五条 本通知自2025年1月1日起实施，按照病例结算日期计算。原有规定与本通知不一致的，按本通知执行。

- 附件： 1. 特殊罕见病参考目录
2. 特病单议病例申请表
3. 特例单议病例评审（复审）表

附件 1:

特殊罕见病参考目录

序号	名称	识别方式
1	蜱虫病	a93.802 发热伴血小板减少综合征
2	戈谢病	e75.201 戈谢病
		e75.200x011 戈谢病 II 型
3	法布里病	e75.205 法布里病
4	脊髓性肌萎缩症	g12.000 婴儿脊髓性肌萎缩, I 型[韦德尼希-霍夫曼]
		g12.100x001 成人型脊髓性肌萎缩 (IV 型)
		g12.100x004 远端型脊髓性肌萎缩
		g12.101 肩胛型脊髓性肌萎缩
		g12.102 少年型脊髓性肌萎缩, III 型
		g12.103 婴儿型脊髓性肌萎缩, II 型
		g12.104 成人型进行性脊髓性肌萎缩
		g12.206 进行性脊髓性肌萎缩
		g12.800 脊髓性肌萎缩和有关的综合征, 其他的
5	低磷性佝偻病	e83.300x007 抗维生素 D 性佝偻病
		e83.300x021+m90.8*低磷抗 D 性软骨病
		e83.308+m90.8*低磷性佝偻病
6	黏多糖贮积症	e76.100 黏多糖贮积症, II 型
		e76.300 黏多糖贮积症
		e76.000 黏多糖贮积症, I 型
7	短肠综合征	k91.201 短肠综合征
8	冠状动脉扩张病	i25.400 冠状动脉动脉瘤
		i25.402 冠状动脉扩张
9	朗格汉斯组织细胞增生症	c96.604 朗格汉斯细胞组织细胞增生症 NOS
10	早产儿视网膜病	h35.100 早产儿视网膜病
11	West 综合征/婴儿痉挛综	g40.400x001 婴儿痉挛症[West 综合征]

序号	名称	识别方式
	合征	
12	发作性睡病	g47.400x002 发作性睡病
13	腓骨肌萎缩症	g60.002 轴索型腓骨肌萎缩
		g60.003 腓骨肌萎缩
14	瓜氨酸血症	e72.202 瓜氨酸血症
15	家族性地中海热	e85.001 家族性地中海热
16	甲基丙二酸血症	e71.100x005 甲基丙二酸尿症
		e71.102 甲基丙二酸血症
17	结节性硬化症	q85.100 结节性硬化症
18	进行性肌营养不良	g71.000 肌营养不良
		g71.000x005 杜氏肌营养不良症[Duchenne 型肌营养不良症]
		g71.001 进行性肌营养不良
		g71.003 假肥大型肌营养不良症
		g71.007 肢带型肌营养不良症
		g71.200x002 先天性肌营养不良
19	Angelman 氏症候群(天使综合征)	q93.501 天使综合征
20	遗传性痉挛性截瘫	g11.400 遗传性痉挛性截瘫
21	原发性免疫缺陷	d84.900x002 原发性免疫缺陷
22	Prader-Willi 综合征	q87.106 普拉德-威利综合征
23	Alport 综合征	q87.801 奥尔波特综合征
24	嗜酸性粒细胞性胃肠炎	k52.803 嗜酸性细胞性胃炎
25	糖原累积病(I型、II型)	e74.000 糖原贮积病
		e74.003 II型糖原贮积症
26	特发性肺纤维化	j84.104 特发性肺间质纤维化
27	全身型重症肌无力	g70.004 重症肌无力, 中度全身型
		g70.003 重症肌无力, 轻度全身型
28	ANCA 相关性血管炎	m30.100x001 嗜酸性肉芽肿性血管炎
29	肺泡蛋白沉积症	j84.001 肺泡蛋白沉积症

附件 2:

特病单议病例申请表

填报单位：（盖章）

序号	医疗机构编码	医疗机构名称	基金类型	参保人统筹区	DIP 结算流水号	病例类型	DIP 分组编码	DIP 分组名称	姓名	入院时间	出院时间	结算时间	总费用	统筹支付金额

填报人：

复核人：

附件 3:

特例单议病例评审（复审）表

申请医院					病例类型		
患者姓名		性别		年 龄		身份证号	
住院号		病区		床位号		住院总费用	
入院时间		出院时间				住院天数	
主要诊断							
主要手术							
分组名称							
【申请概述】：							
专家组意见：							
可疑违规行为：							
审核专家（签字）： 年 月 日							
医保经办机构意见：							
（盖章） 年 月 日							