《宿州市基本医疗保险DIP付费特病单议

经办规程（试行）》的政策解读

近日，宿州市医疗保障局印发了《宿州市基本医疗保险DIP付费特病单议经办规程（试行）》（宿医付组〔2022〕3号），（以下简称《经办规程》）。现将《经办规程》有关内容解读如下：

1. 制定背景及依据

根据《国家医疗保障局办公室关于印发按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）的通知》（医保办发〔2021〕23号）、《宿州市医保区域点数法总额预算和按病种分值付费结算办法》（宿医付组〔2021〕2号），深入推进宿州市医保区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）工作开展，支持医疗机构开展新技术、收治疑难重症，规范特病单议工作流程，我市结合实际制定《经办规程》。

1. 制定意义和总体考虑

建立特病单议制度，对符合特病的病例，属费用超高病例特病病例的，于次月追加差额分值；其余特病病例，于年终清算追加分值。对问题病例查出违规的金额，按服务协议相关规定处理。

定点医疗机构可根据临床需要，向医保经办机构申请特殊患者特病单议。可鼓励医院收治疑难重症病人，支持医疗机构发展，保障医疗机构实施合理诊疗的行为。

1. 研判和起草过程

宿州市医保局结合宿州市实际起草了《经办规程》。为确保措施更加符合我市实际，更具可行性，《经办规程》先后征求各县、区医保局，局各科室意见。综合各方意见修改完善后形成，于5月13日经市医保局局长办公会审议通过。

1. 工作目标和主要任务

《经办规程》分别由以下4个方面组成：

1. 特病单议范围包括急诊入院的危急症抢救患者；符合《宿州市医保领域支持医疗机构重点学科建设及技术创新发展的意见》规定并按要求上报的新技术、新疗法、新项目；费用超高病例、无法分入已有病组的病例（其中费用超高病例可视情况纳入特病单议病例评审会议）；病例医疗总费用高于同层级医疗机构本病种次均费用标准5倍以上的极端异常病例；经医保部门核准的其他情况。

（二）申请特病单议的病例数的比例

定点医疗机构可根据临床需要，向医保经办机构申请特殊患者特病单议，但申请的病例数，原则上不得超过评审周期内符合DIP类型出院总人次的1%（按比例计算不够1例，可按1例申请），特殊情况下经所在地医保行政部门审核同意可适当增高比例。

（三）申请程序包括申请流程与提交材料

（四）组织评审分为评审组织及规则、评审程序与评审结果。

1. 创新举措和保障措施

特病单议是医保区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）开展医保支付方式改革中，对费用差异过大等特殊病例通过医疗保障专家集体讨论评审认定核准点数或认定存在不合理治疗的方法。我局从建立的医药服务专家库中随机抽取专家，对医院提交的疑似较高费用、病情复杂病例进行专业评审，评审程序公开公平公正、评审结果令人信服，得到医疗机构认可。促使医疗机构加强诊疗管理、病案管理、医疗服务管理等工作，提升服务能力，有效助推我市医保区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）可持续性实施。

六、解读人及政策咨询服务电话

解读人：宿州市医疗保障局医药服科管理科夏玉

咨询电话：0557-3060275