山东省按病组和病种分值付费

特例单议工作实施办法

（征求意见稿）

第一章 总 则

第一条【目的】 为深入推进按病组和病种分值付费（DRG/DIP）工作，更好保障复杂危重患者治疗、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，制定本实施办法。

第二条【定义】 本实施办法所称的特例单议，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，经定点医疗机构自主申报，医保经办机构组织专家评议，符合条件的可根据实际调整付费标准或支付方式，按规定予以补偿。

第三条【原则】 坚持公平公正、公开透明、权责清晰、规范有序的原则，加强医保经办机构与定点医疗机构的沟通协商，持续提升特例单议工作效能，解除定点医疗机构收治复杂危重病人的后顾之忧，为参保人提供合理、必要、适宜的医疗服务。

第四条【管理责任】 特例单议申报、组织、评审等工作实行属地管理。统筹区医保行政部门明确特例单议具体政策，医保经办机构负责具体组织实施，受理定点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定点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，原则采取与本地病例相同规则。

第二章 申报要求及流程

第五条【申报条件】 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（种）支付标准一定比例的高额费用病例，并满足以下一个或多个情形：

（一）住院时间长，包括但不限于单次住院时间超过60天、单次住院时间超过上年度同级别定点医疗机构该病组（种）平均住院天数5倍（含）（各统筹区可根据实际适当调整倍数）、监护病房床位使用天数超过该病例住院床位使用总天数60%（含）；

（二）医疗费用高，包括但不限于急危重症抢救等导致单次住院费用超过该病组（种）支付标准3倍及以上的（各统筹区可根据权重等因素适当调整倍数）；

（三）因使用创新医疗技术和创新药品耗材导致医疗费用较高的；

（四）多学科联合诊疗或以复杂手术操作为主要治疗手段的转科病例；

（五）现行分组方案未能包含的病例；

（六）统筹区医保部门规定的其他情形。

第六条【申报时限】 定点医疗机构应按照统筹区医保部门规定的时间要求，按月或季度进行特例单议病例申报。原则上，在评审周期最后一个月结算完成后10个工作日内，定点医疗机构应按要求提交申报病例及相应说明材料。定点医疗机构应及时、全面申报，避免跨周期申报或补报，逾期未申请的，医保经办机构原则上不再受理。

第七条【申报形式】 定点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，逐例向医保经办机构自主申报特例单议。有条件的医保经办机构可通过月度结算分析，主动筛选符合条件的病例纳入特例单议评审范围。

第八条【申报材料】 医保部门与定点医疗机构加强信息共享，定点医疗机构要通过医保信息平台上传病历等相关资料，包括但不限于入院记录、出院记录、病案首页、病情记录、医嘱、检查或化验报告单、手术记录、特殊药品、特殊耗材或特殊检查治疗使用情况等。

对于报送资料不完整或存在疑问的，医保经办机构应一次性告知定点医疗机构进行补充，定点医疗机构应在收到告知5个工作日内补充报送相关资料。逾期不补报或补报资料不完整的，视为自动放弃申报。

第九条【申报比例】 统筹区医保部门可结合定点医疗机构级别、专科特色、重点学科发展等，区别设定不同定点医疗机构申报特例单议的数量、比例，并根据DRG/DIP付费评价情况、医保基金运行情况等实行动态调整。原则上特例单议总体数量不超过本统筹区按DRG结算人次的5%或按DIP结算人次的5‰。

第十条【申报导向】 统筹区医保部门可结合医保基金支撑能力、本地申报病例病种分布、医疗技术服务利用等情况，探索细分不同原因产生的特例单议病例占比，对急危重症抢救、多学科联合诊疗、新药耗新技术使用等申报病例占比给予适当倾斜，充分保证临床诊疗和医疗技术发展。

第三章 评审及结果应用

第十一条【评审周期】 统筹区医保经办机构应按月或季度组织专家对特例单议病例进行审核评议，原则上应在申报截止日后15个工作日内完成评审。病例申报数量较多的，可根据实际与提出申报的定点医疗机构协商，适当延长评审时限。

第十二条【评审主体】 统筹区医保经办机构可成立特例单议工作组，具体承担特例单议工作。

特例单议工作组实行召集人负责制，由统筹区医保经办机构相关负责同志担任召集人，负责工作组的建立和日常管理，指导工作组开展工作。

特例单议工作组可根据工作需要，由医保部门和医疗机构医保管理、编码、病案管理、临床医学等方面专家组成，开展病例评审、争议处理、结果公开等工作。评审专家定期轮换，并实行回避制，原则上不参与其现任职或原任职定点医疗机构病例的评审。特例单议工作组可与当地医保支付方式改革专家组整合开展工作。

第十三条【评审程序】 医保经办机构依托特例单议工作组开展工作，抽选专家对定点医疗机构提交的申报病例资料进行评审。按照病例所属学科，参与评审的专家数量原则上不少于3人。评审专家应分别独立评审，可设定通过专家比例确定评审结果，也可通过组内商议，共同确认评审结果。

第十四条【评审方式】 各统筹区可根据实际采取专家盲审、县（市、区）或定点医疗机构交叉评审、统筹区医保经办机构复核等方式进行，提高评审效率。支持各统筹区采取智能审核和专家评审相结合的方式进行综合评审。

第十五条【评审内容】 评审专家应重点审核评议病例是否满足第五条规定的申报条件，提交材料是否覆盖第八条规定的内容，是否存在第十八条规定的不予通过的情形，填写评审意见。

第十六条【评审时限】 评审专家应当按照医保经办机构规定的时间完成特例单议病例的评审。鼓励有条件的地方缩短评审时限，支持随审随结。

第十七条【评审结果】 统筹区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论，并及时告知提出申报的定点医疗机构。评审不通过的病例原则上不再递补。

第十八条【不予通过】 具备以下情形的病例原则上评审不通过：

（一）根据统筹区政策，进入高倍率病例范围，已经进行支付的（统筹区另有规定的除外）；

（二）评审周期内，病例所在DRG/DIP组实际发生费用未超过该定点医疗机构按DRG/DIP月度结算费用的（含医保支付费用和个人负担费用）；

（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）因提交资料不全导致无法做出评审结论，或者提供虚假材料的；

（七）统筹区医保部门明确的其他情形。

第十九条【争议处理】 评审设置争议处理机制。定点医疗机构对评审结果有异议的，可在获知评审结果后5个工作日内向统筹区医保经办机构提出争议裁决。医保经办机构每季度组织一次专家复审，对存在异议的病例组织集中评审，进行争议处理，做出意见裁决。逾期未提出争议裁决的，视为同意评审结果。鼓励有条件的统筹区在评审当期组织复审并完成争议处理。

第二十条【结果运用】 对评审通过的病例，按照统筹区现行结算办法，可调整该病例支付标准或实行按项目付费等方式予以合理补偿。对评审不通过的病例，仍按DRG/DIP月度结算标准付费。对评审发现存在不合理费用的病例，医保经办机构可另行组织审核稽核，对确认的不合理费用按照协议约定进行扣费或追回。对涉嫌欺诈骗保等违法违规行为的，及时依法依规处理。

第四章 监督管理

第二十一条【行政监督】 统筹区医保行政部门对特例单议申报条件、时限要求、数量比例、评审标准、评审结果等进行监督。

第二十二条 【经办管理】 医保经办机构加强对评审结果的日常核查，定期对专家做出的评审意见抽查复核。对未严格执行特例单议审核评议流程、标准或徇私舞弊将不符合条件的病例评审通过的专家，取消其特例单议专家资格，通报所在定点医疗机构。

第二十三条【定期通报】 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通报或向社会公开，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、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情况。

第二十四条【基金监管】 各统筹区医保部门应当强化基金安全意识，加大对过度治疗、高靠分组、低标入院、分解住院、转嫁费用、服务不足等行为的审核监管力度，对发现的上述情形，依法依规处理。

第二十五条【数据安全】 工作严格遵守保密原则，对不得公开发布的数据，评审专家不得以任何名义任何形式对外公开。

第五章 附 则

第二十六条【专家激励】 各统筹区医保部门应当充分调动专家参与特例单议工作的积极性，探索建立专家激励机制。对主动承担评审工作且评审工作量较大的、发挥作用较好的专家，统筹区医保部门可予以一定形式的表扬激励。对三次以上未及时完成评审工作的专家，应及时退出评审，两年内不得再次担任评审专家。

第二十七条【信息化】 各统筹区要按要求落地使用国家医保信息平台支付管理子系统DRG/DIP功能模块，，推动实现特例单议全流程线上操作，通过信息化手段提高评审效率，提升规范化管理水平。

第二十八条【实施】 本办法自\*\*年\*\*月\*\*日实施。统筹区医保部门应根据当地实际，进一步细化住院时长和高额医疗费用的标准，特殊病例的申报时限、评审周期以及评审时限等，可结合实际制定实施细则，报省级医保行政部门备案后实施。