

关于印发《威海市按病组付费特例单议实施细则》的通知

各区市医疗保障局，市医疗保险事业中心，各有关医疗机构：

现将《威海市按病组付费特例单议工作实施细则》印发给你们，请认真贯彻落实。

威海市医疗保障局

2025年4月22日

（此件主动公开）

威海市按病组付费特例单议实施细则

第一章 总 则

第一条 为深入推进按病组付费（DRG）工作，更好保障复杂危重患者治疗、支持新药耗新技术合理应用，根据《关于印发〈山东省按病组和病种分值付费特例单议实施办法〉的通知》（鲁医保发〔2025〕1号）和 DRG 技术规范有关规定，并结合我市 DRG 情况，制定本实施细则。

第二条 本实施细则所称的特例单议，是指在 DRG 付费非中医日间病房病例中对因住院时间长、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 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支付方式或付费标准，按规定予以补偿。

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 市医保行政部门负责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、标准和结果由医保经办机构按程序公开。省内异地就医实行 DRG 结算的高费用病例暂按我市省内异地就医按 DRG 付费相关要求执行。

第二章 申报要求及流程

第五条 因急诊抢救、急危重症、病情复杂等原因导致费用过高、住院天数过长或其他情形的病例，符合以下一个或多个情形，医疗机构在特例单议病例申报比例范围内，可申报特例单议：

（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平均住院天数 5 倍（含）、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）因急危重症抢救、使用创新医疗技术和创新药品耗材导致单次住院费用过高；

（三）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；

（四）现行分组方案未能包含的病例；

（五）因其他原因导致费用异常的，经院医疗质量专家委员会确认需要申请的病例；

（六）医保部门规定的其他情形。

第六条 定点医疗机构应在月度结算或年终清算前，完成特例单议病例申报，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，年终清算前未申请的，医保经办机构不再受理。

第七条 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，按要求向医保经办机构自主申报特例单议。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 医保经办机构要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、检验检查报告单、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 三级综合医疗机构申报特病单议病例不超过全部病例数的2.3%，三级专科医院不超过全部病例数的2%，二级综合医疗机构不超过全部病例数的1.3%，二级专科医院不超过全部病例数的0.8%，一级及未定级医疗机构不超过全部病

例数的 0.6%。医保部门可根据 DRG 付费评价情况、医保基金运行情况等对特例单议病例申报比例实行动态调整。

第十条 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，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 医保经办机构应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。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。

第十二条 医疗机构可依托全市特例单议工作组开展工作，抽选专家对病例资料进行初审。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。

第十三条 医保经办机构应按月或季度组织专家对初审病例抽查复审。

第十四条 特例单议病例评审可采用医疗机构专家初审、区市或定点医疗机构交叉评审、市医保经办机构复核等方式进行，提高评审效率。也可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，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。鼓励缩短评审时限，支持随审随结。

第十七条 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。评审不通过的病例不再递补。

第十八条 具备以下情形的病例原则上评审不通过：

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

（二）被认定为不符合诊疗规范，存在过度诊疗的；

（三）因不合理使用高值的药品、耗材或医疗服务项目导致医疗费用过高的；

（四）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；

（五）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；

（六）医保部门规定的其他情形。

第十九条 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。

第二十条 对评审通过的病例，按照现行付费办法执行。对评审不通过的病例，仍按DRG付费标准付费。对评审发现存在不合规费用的病例，可另行组织审核稽核，对确认的不合规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 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 医保经办机构加强对评审结果的日常核查。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，取消其特例单议评审专家资格，通报给所在定点医疗机构。

第二十三条 特例单议申报及评审情况由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。

第二十四条 医保部门应当强化基金安全意识，加大对过度诊疗、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核查力度，对发现的上述情形，依法依规处理。

第二十五条 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 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，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 按要求落地使用国家医保信息平台支付管理子系统 DRG 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 本办法自 2025 年 5 月 1 日施行。

