

# 济源产城融合示范区医疗保障局文件

济管医保办〔2026〕2号

## 关于印发《济源产城融合示范区按病组(DRG)付费管理办法(试行)》的通知

局机关各科室、医疗保障服务中心，各有关定点医疗机构：

现将《济源产城融合示范区按病组(DRG)付费管理办法(试行)》印发给你们，请结合实际认真贯彻执行。各单位在执行中如遇重大问题，请及时反馈示范区医疗保障局。

2026年1月30日



# 济源产城融合示范区按病组(DRG)付费管理办法

## 第一章 总则

**第一条** 根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《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）、《国家医保局办公室财政部办公厅关于做好医保基金预付工作的通知》（医保办函〔2024〕101号）、《河南省医疗保障局关于印发〈河南省按病种付费管理暂行办法〉的通知》（豫医保〔2025〕9号）等要求，为进一步规范按病组（DRG）付费管理工作，建立管用高效的医保支付机制，赋能医疗机构发展，结合济源实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于医保部门与定点医疗机构（以下简称医疗机构）结算住院医疗费用的管理（含异地就医）。参保人员在医疗机构住院结算按照相关医保政策执行，医保待遇不受按病组付费影响。

**第三条** 医保行政部门负责制定按病组(DRG)付费相关政策并组织实施，加强与相关部门、医疗机构的协调配合，细化实施办法和管理措施等，有序推进改革落地。

**第四条** 医保经办机构负责落实医保支付方式改革纳入定

点服务协议管理和 DRG 预算编制、基金预付、结算清算、稽核考核、系统维护、政策宣传及运行分析等工作。

**第五条** 医疗机构按照医保协议约定，负责制定完善与医保支付方式改革相一致的内部管理制度、信息化建设等配套措施。及时完成病案审核，按规定上传参保人员住院病案首页、医保结算清单等相关信息。

## 第二章 预算管理

**第六条** 按病组(DRG)付费实行区域总额预算管理，遵循“以收定支，收支平衡，略有结余”的原则，确定本年度 DRG 付费基金支出预算总额（以下简称 DRG 付费预算总额）。DRG 付费实行单独预算、单独管理。

**第七条** 每年初，医保经办机构根据本年度基金收入、参保人数及增长预期、参保人员缴费水平和上年医疗总费用、医保基金支出、各类医疗机构收治病人数、药品和医用耗材集采降价等指标，确定年度 DRG 付费预算总额，编制基金预算，制定实施方案，报医保行政部门备案后实施。本地就医和异地就医预算应分项分类编制，职工、居民医保 DRG 付费预算总额应分别编制。

**第八条** 医保经办机构编制 DRG 付费预算总额时，可单独预留一定比例的区域调节金，用于年度清算合理超支分担等情况。

区域调节金用于合理超支分担支出后的剩余部分,可用于年度清算的二次分配。

**第九条** 年度清算时,医保经办机构可根据当年统筹基金收入及年度住院统筹基金实际发生额等情况,综合考虑本地经济社会发展水平、参保人数变化、公共卫生事件、重大自然灾害等因素影响,提出 DRG 付费年度预算总额调整方案,报医保行政部门备案后实施。

### 第三章 病组分组

**第十条** DRG 分组是将患者的诊断、治疗过程和资源消耗进行标准化分组,包括主要诊断大类、核心分组和细分组。主要诊断大类根据解剖部位和疾病性质确定。核心分组主要通过临床论证进行调整。细分组是对同一个核心分组内的病例按照病情严重程度、患者个体因素等进一步细分。

济源示范区使用河南省统一的 DRG 分组方案,并根据河南省 DRG 分组方案的调整而适时调整。

**第十一条** 支持中医药传承创新发展,探索建立本地化中医优势病种目录。在省中医优势病种的基础上,结合济源实际,遴选中医优势明显、诊断明确、疗效确切的病种为中医优势病种,其中治疗费用明显低于相同诊断西医治疗的,可开展按疗效价值

付费；治疗费用高于相同诊断西医治疗的，可根据中医治疗占比（中治率）情况，合理提高医保支付标准。

**第十二条** 设置 DRG 基层病组。在省基层病种的基础上，结合济源实际，遴选基层医疗机构收治占比较大、医疗费用相对稳定、变异系数较低且适宜基层医疗机构开展的常见病、多发病、慢性病等，设置为 DRG 基层病组，不区分医疗机构级别、系数，实行同病同标准支付，推动实现省内同病同价。

**第十三条** 将符合条件的日间治疗病种纳入 DRG 付费管理。包括日间手术病种、恶性肿瘤门诊放化疗病种、中医日间病房等。

**第十四条** 对于医疗康复、安宁疗护和精神类疾病等需要长期住院治疗的病例，探索按床日付费或基于 DRG 付费下的床日点数法付费。

## 第四章 病组支付

**第十五条** 济源示范区实行 DRG 点数法付费，根据 DRG 病组基准点数、系数与点值，确定各 DRG 病组付费标准。

**第十六条** DRG 病组基准点数的确定。依据 DRG 技术规范，结合定点医疗机构前三年住院病例历史数据，对医疗费用严重偏离 DRG 支付标准的病例进行裁剪后测算并确定 DRG 病组基准点数。

（一）病组分类。基于病组费用稳定情况，将病组分为稳定

病组和非稳定病组。

1.稳定病组。组内病例数大于5例且组内变异系数(CV)值小于1的病组。

2.非稳定病组。组内病例数小于或等于5例的病组。

病例数 $>5$ 例且 $CV \geq 1$ 的病组，经中间区段法再次裁剪后病例数 $>5$ 且 $CV < 1$ 的纳入稳定病组，否则纳入非稳定病组。

### (二) 病组基准点数计算方法。

稳定病组基准点数=该病组次均住院费用 $\div$ 所有病组次均住院费用 $\times 100$ 。

非稳定病组基准点数=该病组住院费用中位费用 $\div$ 所有病组次均住院费用 $\times 100$ 。

### (三) 病组基准点数调整。

对因医保政策调整等原因造成DRG支付标准严重偏离实际医疗费用的病组，医保经办机构可在测算病组基准点数时根据相关情况进行校正，或年终清算时采用当年实际运行数据重新计算相关病组的基准点数、等级调整系数等。

**第十七条** DRG付费调节系数的确定。通过设置DRG付费调节系数，体现各类型医疗机构之间治疗同种疾病所需次均住院费用的客观差异。

(一)病组级别调整系数。不同级别定点医疗机构采取病组级别调整系数进行调整。

1.病组级别调整系数=该级别医疗机构本病组次均住院费用  
÷全市医疗机构本病组次均住院费用。

2.级别调整系数确定原则：

(1) 根据卫健部门的评级结果及医疗服务项目收费级别，  
设置三级、二级及以下、基层医疗卫生机构三个级别系数。

(2) 调整系数最低 0.4，最高 1.8。

(3) 新纳入协议管理的医疗机构采用同级别调整系数；若  
某病组无等级调整系数，三级、二级及以下医疗机构按就高相近  
原则，最大不超过 1.0，基层医疗卫生机构暂定为 0.6。

(4) 基层病组系数统一暂定为 0.8，年终清算时根据实际情  
况进行调整。

(二) 医疗机构调节系数。

综合考虑不同医疗机构在参保人员病情、提供医疗服务过程  
中所消耗的医疗资源、重点专科建设特色等方面存在的差异性，  
设置医疗机构调节系数。

1.支持重点专科、区域中心建设。各医疗机构根据本院国家  
级、省级重点专科或区域医疗中心申报相关特色 DRG 病组（不超  
过 2 个病组），提高系数予以倾斜。其中系数调整国家级原则上  
不高于 0.2，省级不高于 0.1。

2.支持儿科、心血管外科、重症医学等学科发展，各医疗机  
构相关病组可提高系数或病组基准点数予以倾斜，原则上系数不

高于0.1，基准点数不超过10%。

3.对三四级手术、核心技术病种、急危重症病例占比较大的，具有特色专科且相应病组收治患者数量占当地比例较大的，某病组中儿童、老年人等特殊易发病人群占比较大的医疗机构，可适当上浮相应病组的系数给予政策扶持，引导医疗机构发展优势专科和重点学科。

4.探索结合医疗机构的医疗水平、专科特色、病种结构、绩效考核结果、协议履行情况等因素，通过对多维管理指标进行加权计算，确定医疗机构调节系数，引导医疗机构回归功能定位，从“多劳多得”向“优劳优得”转变，从“以疾病为中心”向“以健康为中心”转变。

## **第十八条 病例点数计算方法**

(一)稳定病组。稳定病组内病例分为高倍率病例、低倍率病例、正常倍率病例。建立基于大数据的费用异常病例筛选机制，并对支付标准进行调整。按中医优势病种疗效价值付费的病例不纳入费用异常病例范围。

### **1.高倍率病例**

(1)属于稳定病组中基准点数小于或等于200点的病组且费用高于该级别本病组次均住院费用3倍的病例；

(2)属于稳定病组中基准点数大于200点且小于或等于300点的病组且费用高于该级别本病组次均住院费用2.5倍的病例；

(3)属于稳定病组中基准点数大于300点且小于或等于500点的病组且费用高于该级别本病组次均住院费用2倍的病例；

(4)属于稳定病组中基准点数大于500点的病组且费用高于该级别本病组次均住院费用1.5倍的病例。

高倍率病例点数 = 病组基准点数 × DRG 付费调节系数 + (该病例实际发生医疗费用 ÷ 该病组级别次均住院费用 - 病组高倍率判定倍率) × 病组基准点数 × DRG 付费调节系数

## 2.低倍率病例

低倍率病例是指住院总费用小于等于该级别本病组平均住院费用50%的入组病例。

低倍率病例点数 = 该病例实际发生医疗费用 ÷ 所有病组次均住院费用 × 100，最高不超过对应病组基准点数。

## 3.正常倍率病例

正常倍率病例是指不属于高倍率病例和低倍率病例的其它入组病例。

正常倍率病例点数 = 病组基准点数 × DRG 付费调节系数。

### (二)非稳定病组病例、空白病组病例

非稳定病组病例、空白病组病例点数 = 该病例实际发生医疗费用 ÷ 所有病组次均住院费用 × 100

**第十九条** 为鼓励医疗机构合理使用集采药品、医用耗材，集采当年涉及的DRG病组支付标准不作调整，次年起按照上年度

费用发生情况重新确定支付标准。

## 第五章 配套管理

**第二十条** 根据 DRG 实际运行情况、新技术运用、政策调整等因素，由医保经办机构根据历史结算数据测算结果，提出 DRG 分组、病组基准点数、医疗机构 DRG 付费调节系数等调整方案，并与医疗机构谈判协商达成一致意见，报医保行政部门备案后实施。原则上与省局分组方案调整时限保持一致，每两年调整一次，必要情况下，可适时调整。

**第二十一条** 建立特例单议工作机制。综合考虑病例的住院天数、医疗费用、新药品耗材等因素设置申报条件，实施医疗机构按要求申请和医保经办机构通过大数据筛选等方式，按季度组织专家对特例单议病例进行审核评议，对评议通过的特殊病例费用重新核定点数或支付标准，不予通过的要及时告知申请医疗机构。每半年对各定点医疗机构申请特例单议的数量、审核通过的数量等进行公告，鼓励医疗机构优化内部管理，减轻医务人员申报特例单议工作负担。特例单议的病例数量原则上为当期 DRG 出院总病例数的 5% 以内。

纳入特例单议的病例原则上为医疗费用超出该病例所在病组支付标准一定倍数以上病例，包括但不限于：

- 1.住院天数明显高于该病种平均住院天数的病例；
- 2.复杂危重症或多学科联合诊疗,消耗医疗资源过高的病例；
- 3.使用新药耗新技术导致医疗费用高的病例；
- 4.新发及爆发流行的法定传染病患者；
- 5.现行分组方案未能包含的病例；
- 6.其他符合医保部门相关规定的情形。

特例单议实施细则见附件。

**第二十二条** 对经示范区卫健部门认定的首次在济源开展的新医疗技术项目应用的病例,实行单独核算。定点医疗机构于第四季度进行申报,医保部门组织专家评估确定,评估通过的病例医保经办机构在年终清算时根据基金运行情况进行补偿,原则上支付比例不低于90%。当年度新医疗技术项目应用的病例数量结合实际确定,原则上不受特例单议比例限制。

**第二十三条** 建立预付金机制。根据基本医疗保险基金结余情况,向管理规范、信用良好以及在医保政策落地等方面表现较好的医疗机构预付1个月左右的周转金(即预付金),帮助医疗机构缓解资金压力,明确预付金对象、条件、标准、程序、结算清算方式等。原则上职工医保统筹基金累计结余可支付月数不低于12个月、居民医保基金累计结余可支付月数不低于6个月可实施医保基金预付。如上年已出现当期赤字或者按照12个月滚动测算的方法预计本年出现赤字的,不能预付。预付金拨付情况

应于每年年底向社会公布，接受监督。

**第二十四条** 建立意见收集反馈工作机制。可采取公布意见收集反馈邮箱等方式，畅通意见收集反馈渠道，在政策出台、分组调整、结算清算等各个环节充分征求相关单位、相关部门、相关人士意见建议，提升社会各界参与改革的积极性，凝聚各方改革共识。

**第二十五条** 建立谈判协商工作机制。成立专家库，由临床、医保、药学、病案、财务、信息、法律等方面专家组成。在开展 DRG 分组、点数、点值等相关工作评审评议时，应邀请专家库成员参与集体讨论、充分沟通协商。

**第二十六条** 医保经办机构要按月开展 DRG 付费运行分析，加强基金运行分析结果运用，增强数据分析对付费改革的指导性和前瞻性；建立 DRG 基金运行监测指标体系，制定监测方案，设立监测项目，对 DRG 付费改革的实施效果进行周期性评价，发现问题要及时提醒并指导医疗机构进行核实处理。运行分析结果要报送医保行政部门。

**第二十七条** 建立医保数据公开机制。成立医保数据工作组，按月向定点医药机构公开医保数据。一年内至少开展两次线下面对面数据发布活动，每年第一季度和年度清算完成后 1 个月左右两个时间节点以线下面对面发布为主，提高工作透明度，促进医保数据和医疗数据共享共用共治，实现医保数据赋能医疗机构发

展。公开数据内容包括本地和异地医保基金收支结余情况、预算执行情况、DRG 付费、结算清算进度等。

**第二十八条** 医保部门要做好医保支付政策宣传解读，将按病组付费培训作为年度工作纳入常态化管理，加强对医保部门、医疗机构的按病组付费相关知识培训，规范培训内容，创新培训形式，切实提高相关工作人员业务能力。

**第二十九条** 医保部门要加强医保支付方式改革与医保标准化工作、医疗服务价格、集中带量采购、医保目录谈判、医保待遇政策、商业健康保险等工作的协同。加强医保支付方式改革与公立医院高质量发展、基层医疗卫生服务体系能力建设、分级诊疗等医药卫生体制重点改革的协同联动。

## 第六章 结算清算

**第三十条** 医保部门要积极落实医保基金结算改革工作，推进医保与定点医药机构即时结算，采取多种措施缩短结算周期，进一步减轻医药机构资金周转压力。

**第三十一条** 医保经办机构每月按医疗机构 DRG 病例发生费用进行结算，及时向医疗机构反馈 DRG 入组、结算等情况。结算程序为：

1.住院数据上传与整理。原则上医疗机构于参保人员出院之

日起5个工作日内上传医保结算清单等相关数据信息。

2.审核与结算支付。医保经办机构应根据医疗机构上传数据进行费用明细合理性审核等工作，并制定基金支付计划，按时拨付医疗机构医疗费用，及时将结算明细反馈至医疗机构。

3.非正常数据处理。超过规定时限上传、因数据质量及其他原因未入组等非正常数据住院病例不纳入DRG月度结算。医保经办机构年终清算时结合实际统一进行处理。

### **第三十二条 月预结算**

#### **(一) 月度总点数计算**

月度总点数为所有定点医疗机构月度点数之和；

医疗机构月度总点数为本月度所有病例点数之和。

本月度所有病例指结算时间在本月范围内的病例。

#### **(二) 月度每点费用计算**

月度每点费用=（所有医疗机构月度DRG住院病例总费用-月度实际住院统筹基金支出+月度DRG住院统筹基金预算总额）÷月度总点数。

医保经办机构根据年度DRG住院统筹基金预算总额，结合上年度每月发生医疗费用等因素，合理确定月度DRG住院统筹基金预算总额。若月度实际发生统筹基金 $\geq$ 月度DRG住院统筹基金预算总额，则月度预算不变；若月度实际发生统筹基金 $<$ 月度DRG住院统筹基金预算总额，则月度预算采用实际发生统筹基金，余

额滚存至下月度。

### （三）月度预结算费用

月度预结算费用=月度总点数×月度每点费用-（医疗机构月度住院总费用-月度住院参保人员实际发生统筹基金支出）

（四）医保经办机构于 DRG 分组结果确认后 10 个工作日内预结算上月住院统筹基金费用，预结算时预留 5% 的质量保证金。

## 第三十三条 年度清算

DRG 清算周期以参保人员在定点医疗机构出院结算时间为准（跨年度住院的费用累计至出院年度），清算年度为每年 1 月 1 日至 12 月 31 日。医保经办机构制定年度清算方案，按照“结余留用、合理超支分担”的原则，结合年终评价结果、考核系数、及各项调整政策，对定点医疗机构上年度费用进行清算。

### （一）计算年度总点数

年度总点数=所有定点医疗机构年度总点数之和；

定点医疗机构年度总点数=该定点医疗机构年度分组结果所有病例点数之和。

### （二）计算年度每点费用

年度每点费用=（所有定点医疗机构年度住院总费用-年度实际住院发生统筹基金支出+年度 DRG 住院统筹基金预算总额）÷年度总点数。

### （三）计算定点医疗机构年度 DRG 统筹基金应结算金额

定点医疗机构年度 DRG 统筹基金应结算金额=该定点医疗机构年度总点数×年度每点费用-（该定点医疗机构年度住院总费用-年度实际住院发生统筹基金支出）

（四）年度清算时应扣除 DRG 违规费用和不予返还的质量保证金。质量保证金返还和年终评价结果挂钩。年终评价方案由医保经办机构另行制定。

**第三十四条** 年终清算时根据各医疗机构人次人头比变化情况、出院人次变化情况、次均费用变化情况、参保人员个人负担比或负担金额变化情况、CMI 值变化情况和住院统筹基金按项目发生额变化情况指标确定考核系数，对各医疗机构的清算费用进行调整。根据年度医保基金和 DRG 运行情况，在年终清算时对考核系数设定上下限。

定点医疗机构年终清算考核系数调整资金=定点医疗机构年度 DRG 统筹基金应结算金额\*（考核系数-1）

**第三十五条** 建立“结余留用、合理超支分担”的激励约束机制，并与相关考核指标相挂钩。发挥医保支付引导作用，医疗机构通过规范服务行为、主动控制成本获得的结余资金，可作为业务性收入。同时，做好医保基金结余留用政策与集中带量采购等衔接，形成政策合力。

1.年度清算时，以 DRG 预清算支付比（DRG 统筹基金应结算金额÷年度实际住院发生统筹基金支出金额）判断该医疗机构结

余或超支，其中支付比大于 100%的为结余医疗机构，结余资金按规定部分由医疗机构留用；支付比小于 100%的为超支医疗机构，超支分担办法年度清算时根据基金运行情况制定。

2.设置支付封顶线。结余医疗机构 DRG 支付比上限为三级医疗机构 104%，二级及以下医疗机构 108%，基层医疗机构 110%。超出上限部分医保基金不予支付。

3.超支分担资金从年度风险储备金中支付，总金额不超过总额预算金额的 5%。

4.结余留用、超支分担和日常考核、年终评价结果等挂钩。定点医疗机构因年终评价不予返还质量保证金、考核系数调整清算资金、违规费用扣除等原因造成的超支，不列入合理超支分担范围；年度内因违法违规受到中止、解除医保协议等处理的，结余留用以及超支分担部分不予支付。

**第三十六条** 根据医保基金运行情况，按照“总量稳定、变量浮动、增量约束、减量激励”原则，合理控制医疗机构住院统筹基金支出的增长幅度。年度清算时，可以年初确定的住院统筹基金支出年度增长率、同级别医疗机构住院统筹基金支出平均增长率等为基准，对增长率低于基准值的医疗机构可予以激励，对增长率高于基准值的医疗机构予以约束。

**第三十七条** 结合医保基金运行情况，探索将使用国家谈判药品中的高值药品且未纳入 DRG 付费标准测算的病例，在清算时

根据使用情况予以补偿，对罕见病病例实行按项目付费。免陪照护费用可暂不纳入按病组分组测算和年度清算。国家商业健康保险创新药品目录内相关创新药应用病例可不纳入医保按病组付费范围，经审核评议程序后支付。

**第三十八条** 对 DRG 年度清算后医保基金不予支付的费用，医保经办机构应通知定点医疗机构按规定及时核销财务账目，不得作为医保欠费处理。原则上每年 3 月底前完成上年度 DRG 清算工作。

## 第七章 监测监管

**第三十九条** 医保经办机构要依据医疗机构质量管理与控制、等级医院评审标准等相关质控指标，结合住院满意度、病组绩效对比等指标，采取日常与年终考核相结合的形式，对医疗机构 DRG 付费工作进行客观、公正、全面的考核评价，考核结果与质量保证金返还相挂钩。可将年度医保基金支出增长率高于统筹地区平均增长率的医疗机构，列入重点监控名单，实施重点督查。

**第四十条** 医保部门要根据按病组付费特点，完善智能审核和监控规则，推进事前提醒接入和应用，重点对分解住院、高编高套、低标入院、推诿病人、治疗不足、转嫁住院费用、不符合出院标准强制出院等行为进行监管。创新监管方式，加强大数据

筛查分析,推动线上智能监管与线下专项检查、飞行检查相结合,加大欺诈骗保打击力度。

**第四十一条** 医疗机构要规范临床诊疗行为,因病施治、合理用药,严格控制个人自费费用比例,不得变相增加参保人员个人负担。要加强医保、病案、质控、信息等专业技术人员队伍能力建设;要高度重视医疗基础信息管理,规范填写结算清单、病案首页,将所有就诊参保人员的医疗费用明细按时、准确上传。医疗机构不得将 DRG 支付标准作为费用限额对医务人员进行考核或与绩效分配指标挂钩,相关内容可纳入定点服务协议约定。

## 第八章 附 则

**第四十二条** 按病组付费适用于基本医保、大病保险、医疗救助等。本办法由济源产城融合示范区医疗保障局负责解释,自印发之日起施行。《济源产城融合示范区医疗保障局关于印发<济源基本医疗保险按疾病诊断相关分组(DRG)点数法付费实施细则(修订)>的通知》(济管医保办〔2023〕31号)同步废止。

**第四十三条** 本办法附件与本办法具有同等法律效力。

附件:济源产城融合示范区按病组(DRG)付费特例单议  
实施细则

附件

# 济源产城融合示范区按病组(DRG)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(DRG)付费工作，更好保障复杂危重病例充分治疗、支持新药耗新技术合理应用，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）、《国家医疗保障局办公室关于印发〈按病种付费医疗保障经办管理规程（2025版）〉的通知》（医保办发〔2025〕2号）等相关规定，结合济源实际，制定本细则。

**第二条** 本细则所称的特例单议，是指在 DRG 付费中，对因住院时间长、医疗费用高、资源消耗多、使用新药耗新技术、复杂危重症救治或多学科联合诊疗等情形，不适合按 DRG 标准支付的病例，经医保经办机构大数据筛选或医疗机构按要求申请，由医保部门组织专家评议，评议通过的病例重新核定支付标准，并按规定予以补偿。

**第三条** 特例单议工作坚持公平公正、公开透明、权责

清晰、规范有序的原则，加强定点医疗机构与医保部门的沟通协商，解除收治复杂危重病人的后顾之忧，引导合理诊疗，为参保人员提供适宜的医疗服务，确保医保基金稳健运行。

**第四条** 医保经办机构依据本细则规定的特例单议申报标准、申报程序、审核流程、结算办法等规范，开展审核评议工作，负责定点医疗机构特例单议病例申报受理、组织专家评审，评审结果定期向医疗机构和社会公开。

## 第二章 申报范围与条件

**第五条** 特例单议病例原则上为医疗费用超出该病例所在病组支付标准一定倍数以上病例。符合下列情形之一的，可申请特例单议：

- 1.住院天数明显高于该病种平均住院天数的病例；
- 2.复杂危重症或多学科联合诊疗，消耗医疗资源过高；
- 3.因使用新药耗新技术导致医疗费用偏高；
- 4.新发及爆发流行的法定传染病患者；
- 5.现行分组方案未能包含的病例；
- 6.其他符合医保部门相关规定的情形。

**第六条** 特例单议病例原则上按季度进行评审。医保经办

机构通过大数据筛选出超支比例较大的病例直接纳入特例单议范围，原则上不超过评审当期全市出院病例总数的 1%；医疗机构可根据临床需要自主申报，申报数量不超过评审当期该院出院病例总数的  $1\% \times \text{CMI 值}$ （CMI 值低于 1 的按 1 计算；按比例计算不足 1 例的，可按 1 例申请）。

医保经办机构通过大数据筛选直接纳入特例单议的病例，应当及时通知定点医疗机构，避免医疗机构重复申报。

### 第三章 申报与审核

**第七条** 定点医疗机构应及时查看病例分组结果，严格在规定时间内逐例申请特例单议，逾期不再受理。

**第八条** 定点医疗机构申请时，需提交以下真实完整的材料：

（一）住院病历相关资料，包括但不限于入院记录、出院记录、病案首页、病程记录、医嘱、检查或化验报告单、手术记录、特殊药品、特殊耗材或检查治疗使用情况说明等；

（二）医疗费用总清单；

（三）医疗保障基金结算清单（医保结算清单，下同）；

（四）如实填写《济源示范区 DRG 付费特例单议申请和专家评审表》（附件 1-1），说明申报理由、病例特殊情况、费

用超出标准的具体情况等；

（五）按相关规定提供的其他材料。

**第九条** 医保经办机构可采取智能审核和专家评审相结合的方式对申报的特例单议病例进行综合评审。探索依托医保信息平台开发上线特例单议全流程线上操作系统，进行综合评审。

**第十条** 医保行政部门负责组建专家库，专家库由临床医学、医保管理、药学、财务等领域专业人才组成，通过单位推荐或个人自荐、医保行政部门审核认定后产生，实行动态管理，定期更新调整。

医保经办机构按照特例单议病例数量及情况，从专家库中抽取相关医疗专家，组成特例单议专家评审小组，采用分组评审形式开展评审工作。专家抽取流程需符合回避制度和公平性要求，必要时可聘请外地专家。每三名专家为一评审小组，并明确一名专家为组长。医保经办机构与评审专家签订《济源示范区 DRG 付费特例单议评审专家承诺书》（附件 1-2）。专家组成员严格按照要求进行病历审核，形成审核意见。当专家组成员审核意见无法达成一致时，以本组组长意见为准。

**第十一条** 特例单议病例入组情况审核内容为：

- （一）医保结算清单填写是否完整规范；
- （二）主要诊断、次要诊断、主要手术及操作和次要手术及操作是否准确；

(三) 虚增诊断、虚增手术及操作等。

**第十二条** 特例单议病例不合理费用审核内容为：

(一) 病历中没有相应记录的药品和诊疗项目；

(二) 病历中没有报告单的检查、检验项目；

(三) 与疾病诊断或病程记录不符的临床用药、检查和治疗；

(四) 违反卫生行政部门管理要求，不符合检查或复查指征过度检查、过度治疗；

(五) 违反用药管理规定、超适应症用药；

(六) 超“药品、诊疗、服务设施”目录规定范围或标准收费；

(七) 其他违反卫生行政部门或相关部门规定的医疗行为。

## 第四章 评审结果与结算

**第十三条** 具备以下情形之一的病例，原则上评审不予通过：

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

(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；

（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）因评审资料不全导致无法做出评审结论，或者提供虚假材料的；

（六）医保部门明确的其他情况。

**第十四条** 医保经办机构根据专家评审意见，作出特例单议评审通过或不予通过的结论，评审结果需在5个工作日内报医保行政部门备案。

（一）对评审通过的病例，月度预结算结果不变，年终清算时按核定的支付标准重新核算拨付；

（二）对评审不通过的病例，退回重新入组结算。

**第十五条** 对查实存在诊断或手术及操作高编高套的病例，年终清算时医保基金不予支付相关费用；对查实的不合理医疗费用，予以扣除。医保行政部门对违规医疗机构按相关规定进行处理，涉嫌欺诈骗保的，依法依规追究责任。

## 第五章 监督与公开

**第十六条** 医保经办机构应每半年对特例单议评审结果进行公开，公开的内容包括各定点医疗机构申报特例单议的数

量、审核通过数量等情况。

**第十七条** 特例单议工作严格遵守保密原则,评审专家不得以任何名义、任何形式对外公开评审过程中的涉密信息、商业秘密及未公开内容。

**第十八条** 特例单议结果原则上不再接受申诉。医保经办机构与定点医疗机构在特例单议过程中出现的其他问题,按照定点医疗机构服务协议及相关法律法规、政策规定处理。

**第十九条** 医保行政部门建立特例单议工作评估机制,定期对特例单议工作成效、医保基金影响、医疗机构反馈等情况进行综合评估,根据评估结果优化完善特例单议政策和工作流程。

附件: 1-1《济源示范区 DRG 付费特例单议申请和专家评审表》;  
1-2《济源示范区 DRG 付费特例单议评审专家承诺书》。

## 附件 1-1

## 济源示范区 DRG 付费特例单议申请和专家评审表

患者姓名		患者年龄		住院号	
医院名称		出院科室		住院时长	
主要诊断			主要手术		
分组编码			分组名称		
医疗总费用		统筹支付金额		DRG 支付金额	
申报类型	1.重症 <input type="checkbox"/> 2.抢救 <input type="checkbox"/> 3.死亡 <input type="checkbox"/> 4.多次手术或转科 <input type="checkbox"/> 5.长期住院 <input type="checkbox"/> 6.其他 <input type="checkbox"/>				
申请理由：	单位（盖章）： 年 月 日				
<b>专家评审意见</b>					
主诊断是否正确	是		否		
主手术是否正确	是		否		
分组是否正确	是		否		
有无违规收费	有		无		
不合理项目名称				金 额	
评审结果	符合特病单议 <input type="checkbox"/>		不符合特病单议 <input type="checkbox"/>		
评审不通过理由	1.分组错误 <input type="checkbox"/> 2.常规治疗病例 <input type="checkbox"/> 3.违规病例 <input type="checkbox"/> 4.材料错误 <input type="checkbox"/> 5.其他 <input type="checkbox"/>				
其他意见					
评审组		专家签字	年 月 日		
医保部门意见					

## 附件 1-2

# 济源示范区 DRG 付费特例单议评审 专家承诺书

为保障 DRG 特例单议评审工作公平、公正，本人郑重承诺：

1.严格遵守特例单议相关文件规定，客观公正地履行评审专家职责。

2.根据医学专业知识，按照临床诊疗常规、临床诊疗指南的要求，客观、真实、准确地评价拟审核参保患者治疗相关资料，对评审过程中提出的评审意见承担个人责任。

3.不违规留存、传输、复制相关工作记录。

4.服从工作安排，认真完成工作任务。

5.严守保密纪律，不利用工作之便擅自向任何人透露任何信息。评审结束后，不复印或带走与评审内容有关的资料。

若违反上述承诺，本人自愿承担相应党纪、政纪责任和法律后果。

承诺人（签字）：

年 月 日



---

济源产城融合示范区医疗保障局办公室

2026年1月30日印

---