唐山市医疗保障局

唐山市医疗保障局
关于转发《河北省医疗保障局办公室关于规范特例单议专家审核行为的通知》的通知

各县（市、区）、开发区（管理区）医疗保障局（部门），市医疗保险服务中心：

现将《河北省医疗保障局办公室关于规范特例单议专家审核行为的通知》转发给你们，请认真遵照执行。

附件：《河北省医疗保障局办公室关于规范特例单议专家审核行为的通知》

唐山市医疗保障局

2025年8月13日

（此件主动公开）

河北省医疗保障局办公室

河北省医疗保障局办公室
关于规范特例单议专家审核行为的通知

各市（含定州、辛集市）医疗保障局，雄安新区公共服务局，省本级医疗保障经办机构：

近期省局在特例单议例行检查中发现，部分专家在病例审核中存在结论草率、理由敷衍、结论与理由不符等审核行为不规范问题，影响了特例单议工作的公平性、权威性与基金使用效能。为切实规范专家审核行为，提升特例单议工作质量，省局制定了《特例单议审核行为规范指引》（以下简称《规范指引》），现就有关事项通知如下。

一、压实主体责任，确保要求传达到位

各统筹区务必高度重视特例单议审核工作，深刻认识当前审核环节存在的风险隐患，切实履行属地监管主责。要迅速将《规范指引》传达至辖区内所有承担特例单议审核任务的医疗机构及每位入库专家，要求医疗机构及专家本人以高度责任感和专业精神对待每一例审核任务，确保审核结论严谨规范，经得起复核。

二、强化培训督导，确保审核精准规范

各统筹区要系统组织专项培训，定期开展督导，重点围绕《规范指引》中四种结论类型的适用情形、核心判定标准、关键禁止行为以及结论与理由的匹配性进行解读和案例剖析。要建立常态化审核质量抽查与复核机制，对专家审核结论进行定期评估。对屡次出现审核质量差、敷衍塞责、错判漏判、理由不清等行为不规范专家所在的医疗机构，要采取必要的处理措施，通过持续培训和严格监管，确保专家准确掌握标准，审慎、精准、规范地作出审核判断。

三、依托系统实时提醒，确保规范刚性约束

省局将于近期升级特例单议审核系统，将《规范指引》嵌入专家审核操作界面。专家提交审核结论前，系统将以强制弹窗形式清晰展示所选结论类型对应的规则要点与禁止行为清单。专家须认真阅读确认，方能提交审核结论。各统筹区要督促辖区内专家在系统升级后，务必严肃对待，严格遵循系统弹窗提示要求进行审核操作，切实增强责任意识与合规自觉。

附件：特例单议审核行为规范指引

河北省医疗保障局办公室

2025年8月11日

附件

特例单议审核行为规范指引

专家应根据材料审查和诊疗合理性评估结果，在以下四种结论类型中**明确选择一种**，并确保所下结论与所述理由相匹配：

审核结论类型	适用情形	禁止行为
1. 通过特例单议，无不合理费用	**同时满足以下所有条件：** 1.关键材料完整、真实、关联性强，无缺失或模糊影响判断。 2.诊疗行为全程符合规范，诊断准确，治疗方案（含转科、特殊治疗、用药、检查等）均有充分指征且合理。 3.费用清单所列项目均与本次住院诊疗直接相关、符合收费标准且无计费错误（如重复、超量、无医嘱等）。 4.对于复杂病例，多学科联合诊疗依据真实、充分。 * **注意：**专家须依据审核重点简要阐述通过原因。	* 在病例存在难以判断诊疗合理性和费用必要性的材料缺失问题、诊疗不合理或费用问题的情况下下此结论。 * 未阐述理由或理由含糊笼统。未能清晰证明“无不合理费用”。
2. 通过特例单议，有不合理费用	**同时满足以下条件：** 1.病例整体符合特例单议申报的核心条件（如病情复杂性、严重性、特殊性成立）。 2.核心诊疗行为（主要诊断、关键治疗措施）主体合理且必要。 3.存在**个别**具体、可分割的不合理费用问题，例如： ①个别检查、化验、药品或治疗项目无指征或过度使用。 ②个别重复收费、超标准收费、无医嘱收费、与本次诊疗无关收费等违规计费项目。 ③因非关键材料缺失或模糊导致无法核实小部分费用的合理性。 * **注意：**专家须明确指出具体的不合理费用及原因，并勾选不合理费用项目。	* 病例整体诊疗合理性存疑或核心条件不满足时下此结论。 * 未明确指出具体不合理费用项目及原因。 * 将系统性、大范围的不合理费用或诊疗错误简单归为“部分”。 * 未简述理由，未勾选不合理费用。

3. 未通过特例单议，无不合理费用	**适用于以下任一情形：** 1.材料严重缺失或不清晰，导致无法对诊疗合理性及费用进行基本判断（如缺少关键病程记录、手术记录、主要检查报告等）。 2.病例虽无不合理费用问题，但整体病情复杂性与严重性未达到特例单议标准，按常规支付政策即可覆盖，不符合特例单议的设立初衷。 *** 注意：**1.若仅因材料问题导致无法判断病例是否通过，专家也可依据现有材料核实是否存在不合理费用，如有，请下“未通过特例单议，有不合理费用”结论。 2.专家须明确指出导致“未通过”的关键问题（诊疗、材料、费用）；若以“材料不全”为由判定不通过，须说明缺少的具体材料。 3.专家须仔细查看不合理费用明细是否为正负抵消记录及其所属医保类型，涉及物价等问题请审慎。	* 以“非本专业病例”为理由下此结论（此情况应将病例作【退回】处理）。 * 规避对材料缺失或不符合特例单议标准的深入说明，简单以“病例费用或天数/监护病床使用时间未超 n 倍/60%”为理由下此结论。 * 在能够判断诊疗合理性且存在不合理费用时下此结论。 * 未明确指出不通过的关键问题。
4. 未通过特例单议，有不合理费用	**适用于以下任一情形：** 诊疗行为存在**严重或系统性**不合理，存在难以判断诊疗合理性和费用性必要的材料缺失问题，以及不合理费用问题，例如： 1.主要诊断依据不足或错误。 2.核心治疗方案（如手术、关键药物、转 ICU）缺乏明确指征或明显过度。 3.对于复杂病例，缺乏必要的多学科联合诊疗/转科依据，或联合诊疗/转科流于形式，影响诊疗决策质量。 4.费用清单中存在严重的不合理收费（如系统性重复计费、较多虚构项目收费或无指征项目收费等）。 5.材料存在严重真实性、关联性问题（如大量无关材料、篡改痕迹）导致无法信任其反映的诊疗过程。 *** 注意：**1.专家须明确指出导致“未通过”的关键问题（诊疗、材料、费用），并勾选不合理费用项目；若以“材料不全”为由判定不通过，须说明缺少的具体材料。 2.专家须仔细查看不合理费用明细是否为正负抵消记录及其所属医保类型，涉及物价等问题请审慎。	* 以“非本专业病例”为理由下此结论（此情况应将病例作【退回】处理）。 * 规避对材料缺失或不符合特例单议标准的深入说明，简单以“病例费用或天数/监护病床使用时间未超 n 倍/60%”为理由下此结论。 * 在病例核心诊疗合理且仅存在少量可分割不合理费用时下此结论（此情况审核结论应选类型 2）。 * 未明确指出不通过的关键问题，未勾选不合理费用。