

# 国家医疗保障局办公室文件

医保办发〔2025〕2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

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

现将《按病种付费医疗保障经办管理规程（2025版）》印发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。

各地在执行中如遇重大问题，请及时反馈国家医疗保障局。



（主动公开）

# 按病种付费医疗保障经办管理规程

## (2025 版)

为贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》，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》要求，深化医保支付方式改革，提高医疗保障基金使用效率，保障参保人员权益，做好按病种付费经办管理工作，现制定本规程。

### 第一章 总 则

**第一条** 按病种付费是深化医保支付方式改革的重要组成部分，目标是促进医疗卫生资源合理利用，体现医务人员劳务价值，保障参保人员待遇水平，推进医保基金平稳高效运行。本规程提到的按病种付费包括病组付费（DRG）和病种分值付费（DIP）两种形式。

**第二条** 医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）依据医疗保障行政部门制定的支付政策以及病种分组、特例单议、数据工作组、意见收集等支付机制规定，开展按病种付费经办管理，发挥结余留用、合理超支分担等激励约束作用，开展运行分析和评价考核，及时反馈医保政策执行情况，为参保人员购买高质量、有效率、能负担的医药服务。

省级经办机构要组织并指导统筹地区开展按病种付费经办管

理工作，监测评估按病种付费经办运行情况，开展相关培训交流，不断提升经办管理服务能力。

**第三条** 本规程适用于纳入按病种付费的本地和异地住院医疗费用的经办管理工作。

**第四条** 完善“1+3+N”多层次医疗保障体系下的按病种付费经办管理，加强按病种付费与医疗服务价格改革、集中带量采购、医保目录谈判、商业健康保险、基金监管等工作的协同。做好与即时结算、直接结算、同步结算的协同推进。加强与公立医院高质量发展、紧密型县域医共体建设、推动检查检验互认等医改工作的协调联动。

## **第二章 协议管理**

**第五条** 将按病种付费纳入协议管理范围，经办机构与定点医疗机构通过签订医疗保障服务协议，明确双方权利义务。

**第六条** 按病种付费相关的协议内容原则上包括：按病种付费的定点医疗机构做好信息系统完善、医疗保障基金结算清单（以下简称“结算清单”）及相关数据上传等工作；经办机构明确医保基金结算方式、拨付时限、支付标准、考核评价等管理要求。统筹地区根据按病种付费实际需要，完善协议管理内容，落实按病种付费经办管理流程，强化定点医疗机构履约责任。省内异地就医住院费用纳入按病种付费范围的，应纳入就医地协议管理。

### 第三章 数据采集

**第七条** 加快全国统一的医保信息平台落地应用，完善数据采集、质量控制、分组方案管理、分组服务、权重（分值）和费率（点值）测算、结算清算、审核核查等功能，深化支付方式管理子系统 DRG/DIP 相关功能模块应用，为按病种付费管理提供数据和平台支撑。推进智能审核、病例评审、运行监测等个性化配置，构建全流程线上管理体系。指导定点医疗机构及时做好医保信息平台数据库动态维护、编码映射、接口改造等工作。

**第八条** 数据采集是制定按病种付费分组方案、测算支付标准、结算清算、审核核查等工作的基础。做好国家医疗保障信息业务编码标准的应用工作，统一规范使用疾病诊断和手术操作、医疗服务项目、药品、医用耗材等信息业务编码标准。指导定点医疗机构按照《医疗保障基金结算清单填写规范》等规定填报患者诊疗、医疗收费等信息，并上传至医保信息平台。

**第九条** 加强数据治理，开展结算清单等相关数据的质量控制工作。按照规定对上传数据进行核验，提高数据质量。

**第十条** 按照国家相关法律法规，开展信息系统建设和数据管理。按照数据安全的有关管理要求，采集、传输和使用数据，保障数据总体安全可控。落实网络与信息安全相关政策和标准，强化网络安全技术防护能力，做好网络与信息安全保障。加强数据安全审批，做好分级分类管理和重要数据保护，做好数据安全

风险评估。

## 第四章 预算管理

**第十一条** 按照《中华人民共和国预算法》及《中华人民共和国预算法实施条例》等法律法规，以及《社会保险基金财务制度》等政策要求，坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，会同相关部门合理编制年度基金支出预算。

**第十二条** 在基金支出预算的基础上，综合考虑当地经济社会发展水平、医保基金运行情况、医疗资源配置规划、人民健康需求等因素，科学编制按病种付费等预算。可根据基金运行情况、医疗卫生资源规划和发展、群众就医实际需求等，在预算中预留一定比例，统筹用于年中调整、年度清算时的合理补偿及超支分担。省级医保部门要指导统筹地区探索将省内异地住院结算的医保基金纳入就医地预算管理。

**第十三条** 预算执行中，可根据基金结余、就医人数变化、相关重大政策调整、重大公共卫生事件等因素，按程序调整按病种付费预算，提高医保基金使用效率，维护医疗机构和参保人员权益。

## 第五章 核心要素管理

**第十四条** 按照国家 DRG 技术规范，在 DRG 核心分组（ADRG）全国一致的基础上，制定本地 DRG 细分组（DRGs）。各省可建立本地分组方案动态调整机制，探索全省统一分组。病

组付费的支付标准主要通过权重、费率计算。

按照国家 DIP 技术规范，结合地方实际确定本地 DIP 病种目录，也可直接使用国家版分组。根据 DIP 运行情况、新技术运用、政策调整、医疗机构意见建议等，适时调整本地目录库。病种分值付费的支付标准主要通过分值、点值计算。

**第十五条** 权重（分值）反映不同病组（种）的医疗资源消耗相对于平均医疗资源消耗的程度。基础权重（标准分值）通常采用该病组（种）的次均医疗费用与统筹地区次均住院医疗费用的比值表示，也可采用基准病种费用法或标准定额法计算。权重（分值）越高，代表该病种消耗的医疗资源越多。总权重（分值）为各病组权重（病种分值）与患者例数乘积之和。可在总权重（分值）不变的原则下，根据地方实践经验和历史数据、协商谈判结果、优化医疗资源消耗结构等因素，对不同病组（种）基础权重（标准分值）进行调整优化，形成付费权重（分值）。权重（分值）调整应统筹考虑本地和异地住院医疗费用情况。

**第十六条** 费率（点值）反映在按病种付费等预算基础上，每一权重（分值）的医疗费用值。可结合实际需要选择费率（点值）确定方式，包括固定费率、浮动费率、弹性费率（点值包括预算点值、结算点值）等。

**第十七条** 根据定点医疗机构级别、功能定位、医疗水平、专科特色、病组结构等因素，合理设置系数，促进因病施治，推进分级诊疗。

**第十八条** 病组付费的支付标准通过费率乘以权重、系数计

算。病种分值付费的支付标准通过分值乘以点值、系数计算。根据医保基金实际运行情况，适时对权重（分值）、费率（点值）、系数进行动态调整。

**第十九条** 对占基层医疗机构病例比重较大，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，可设置基层病种，不区分医疗机构级别、系数，在统筹地区实行同病同支付。

## 第六章 特例单议

**第二十条** 申报特例单议的病例原则上应为住院时间长、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病种付费的病例。

**第二十一条** 各统筹地区依据特例单议申报标准、申报程序、审核流程、结算办法等规范，开展审核评议。DRG 特例单议数量原则上不超过统筹地区 DRG 出院总病例的 5%，DIP 特例单议数量原则上不超过统筹地区 DIP 出院总病例的 5%。

**第二十二条** 特例单议可由医疗机构自主申报，采取线上或线下的方式，按季度或按月等方式开展，通过智能评审与专家评审相结合等方式对特例单议病例进行审核评议。

**第二十三条** 对评审通过的病例，可实行项目付费或调整该病例支付标准。对评审不通过的病例，按病种付费规定执行。

**第二十四条** 对医疗机构申请特例单议的数量、审核通过的

数量、特例单议病例数量占出院病例数比例等按时进行公告并形成机制，特例单议结果纳入当年按病种付费清算。

## **第七章 结算清算**

**第二十五条** 按照规定建立医保基金预付制度。满足基金预付条件的地区，要合理确定预付金基础规模，结合定点医疗机构年度综合考核、信用评价等情况进行调整，预付规模应在1个月左右。规范预付金管理流程，做好对账核算工作，会同财政部门强化监督。

**第二十六条** 积极推进医保与定点医疗机构即时结算，与以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式做好衔接。可预留一定比例（不超过5%）作为质量保证金，结合考核评价情况在年度清算进行拨付。

**第二十七条** 根据医保基金预算、核心要素核定结果、特例单议等支付机制运行结果、结余留用合理超支分担等方面，结合协议考核、考核评价、监测评估等结果，开展年度清算。按照规定时限向定点医疗机构拨付清算资金，并指导定点医疗机构对医保清算资金拨付情况进行确认，督促定点医疗机构按照财务会计制度等规定对应由其承担的医疗费用及时进行账务处理。通过落实数据公开、意见收集、特例单议、协商谈判等机制，减少年度清算压力，缩短清算周期。

## 第八章 审核核查

**第二十八条** 推进智能审核全覆盖，常态化开展医保数据筛查分析，完善随机抽查检查机制，提高日常审核核查能力，强化基金安全防控。

**第二十九条** 对定点医疗机构申报的医疗费用进行审核，推进按病种付费智能审核。对智能审核发现的疑似违规费用进行核实，对初审通过的医疗费用进行随机抽查复审，对高套病种、分解住院、低标入院、推诿病人、转嫁住院费用等疑点问题开展核查。

**第三十条** 对审核核查工作中发现的疑点问题，经办机构及时向定点医疗机构反馈，畅通申诉渠道，按规定对违规费用予以拒付或追回。应当由医保行政部门处理的问题线索，应及时移交。

**第三十一条** 畅通投诉举报途径，支持并鼓励社会各界参与监督，实现多方良性互动。

## 第九章 结余留用

**第三十二条** 建立健全“结余留用、合理超支分担”的激励约束机制，提高医疗机构自我管理的积极性。

**第三十三条** 结合地方实际科学合理确定结余留用的具体办法。可以从按病种付费预算、按病种应支付金额、按项目付费记账金额、单个病例医疗费用与病组病种支付标准等方面，确定结余和超支的比例、分担比例、合理区间值等。做好实施前的数据

模拟测算。引导定点医疗机构通过合理提供医疗服务获得结余，对其合理超支部分进行共担。

## **第十章 考核评价**

**第三十四条** 开展按病种付费考核评价，保障按病种付费可持续运行，保证参保人员受益水平，引导定点医疗机构合理提供医疗服务。可以单独评价，也可纳入综合评价。

**第三十五条** 按病种付费考核评价要明确考核方式、评分主体、评分标准，建立考核指标，提高指标评价的客观性和可操作性。结合地方实际，将定点医疗机构履行医保协议、结算清单和医疗费用明细数据上传、医疗费用金额和人次变化、药品耗材集采、医疗服务质量评价、基金监管等医保政策执行情况纳入考核。加强考核结果应用，考核结果可与结余留用合理超支分担比例、基金预付、质量保证金拨付等年度清算内容挂钩。

## **第十一章 争议处理**

**第三十六条** 争议处理遵循公平公正、客观合理、多方参与、及时处理的原则。开展按病种付费争议处理，及时妥善解决工作开展、履行协议过程中产生的争议问题。

**第三十七条** 对在按病种付费中出现的各类纠纷，可采取专家评议或其他形式，按照医疗保障服务协议及相关法律法规处理。

## 第十二章 数据应用

**第三十八条** 各统筹地区要建立数据工作组，工作组成员由医药管理、规划财务、经办机构、数据管理等医保部门工作人员，以及定点医疗机构代表组成。数据工作组主要负责医保数据的审核分析、定期公开和医疗机构的意见收集。

**第三十九条** 强化与医疗机构的沟通协商，充分发挥数据工作组的作用，定期分析医保基金收支情况、预算执行情况、DRG/DIP 付费、结算清算进度等，组织数据公开沟通会，按月向医疗机构公布数据，暂时不具备条件的可按季度公布。应用医保信息平台支付方式管理子系统 DRG/DIP 相关功能模块，结合地方实际开展按病种付费分析和评价。

## 第十三章 谈判协商

**第四十条** 各统筹地区要建立关于预算、权重、分值、调节系数等支付核心要素的谈判协商机制。协商谈判代表可由定点医疗机构代表、行业（学）协会、卫生健康和医保等部门共同参与，也可探索邀请参保人代表参与谈判协商。

**第四十一条** 各统筹地区要建立支付方式改革专家组，为支付方式改革提供技术支撑，指导定点医疗机构更好落实医保政策，也可承担特例单议、谈判协商、争议处理等工作。选择专家应坚持公开、公平、公正、择优的原则，专家评议采取回避制

度。可探索专家库信息共享机制。

## 第十四章 意见收集

**第四十二条** 各统筹地区建立面向定点医疗机构、医务人员、医保医疗相关领域专家的意见收集和反馈机制，为优化政策、完善分组、规范管理等提供依据和支撑。加强与卫生健康、中医药管理等部门的沟通协作。同时，定期通报交流对各定点医疗机构按病种付费实施过程中的典型案例。

**第四十三条** 做好按病种付费管理的宣传工作，积极回应群众关切，合理引导社会预期。充分调动各方参与、支持配合按病种付费管理工作，凝聚社会共识，提前做好风险评估，努力营造良好氛围。

## 第十五章 附 则

**第四十四条** 本规程由国家医疗保障局负责解释。本规程自印发之日起实施。

**第四十五条** 《按疾病诊断相关分组（DRG）付费医疗保障经办管理规程（试行）》（医保办发〔2021〕23号）和《按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）》（医保办发〔2021〕27号）同时废止。

