

国家医疗保障局文件

医保发〔2025〕18号

国家医疗保障局关于印发 《医疗保障按病种付费管理暂行办法》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：

为全面贯彻落实党的二十大和二十届二中、三中全会精神，按照《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》要求，加快建立管用高效的医保支付机制，全面总结2022—2024年按病种支付方式改革三年行动计划有效做法，做好改革任务衔接，持续推进以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革提质增效，国家医疗保障局制定了《医疗保障按病种付费管理暂行办法》，现印发给你们，请认真落

实，确保工作取得实效。



(主动公开)

医疗保障按病种付费管理暂行办法

第一章 总 则

第一条 以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民健康为中心，深入贯彻落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》，为推进按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革，规范按病种付费管理，建立全国统一、上下联动、内外协同、标准规范、管用高效的医保支付机制，赋能医疗机构高质量发展，制定本办法。

第二条 本办法适用于医保部门以按病种付费方式与医疗机构结算住院医疗费用的管理。本办法提到的按病种付费包括按病组（DRG）付费和按病种分值（DIP）付费两种形式。

第三条 国家医保局统筹推进以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革，制定政策文件，明确改革方案和技术标准，指导全国层面改革工作。省级医保部门对推动支付方式改革负主体责任，按照国家要求落实省域内按病种付费管理职责，指导统筹区医保部门支付方式改革工作，逐步实现省域内病种付费政策、技术标准和服务管理统一。统筹地区医保部门负责具体工作落实，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，有序推进改革落地。

第二章 总额预算管理

第四条 医保部门按照《中华人民共和国预算法》《中华人民共和国预算法实施条例》《社会保险基金财务制度》等法律法规和政策要求，坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，合理编制年度基金支出预算，支出预算调整保持在一定合理范围内，确保医保基金可持续。

第五条 统筹地区医保部门在基金支出预算的基础上，应充分考虑当地经济社会发展水平、医保基金运行情况、人民健康需求等因素，合理确定按病种付费总额。

第六条 统筹地区医保部门要严格收支预算执行。特殊情况需调整按病种付费总额的，可根据基金实际收入、就医人数变化、待遇政策调整、重大公共卫生事件等因素，按规定程序执行，要确保医保基金使用效益，维护医疗机构和参保人员合法权益。

第三章 病种分组

第七条 国家医保局负责制定和调整国家版病种分组方案。根据医保管理要求和医疗服务实际需要，收集汇总医疗机构反映的意见建议，以医保结算真实数据为基础，通过临床论证和数据验证，征求相关部门意见后，形成病种分组方案。

省级和统筹地区医保部门做好病种分组方案落地，在坚持 DRG 核心分组与国家一致，DIP 病种成组规则与国家一致的前提下，按照国家制定的技术规范，结合实际形成本地 DRG 细分组和 DIP 病种库，也可直接使用国家版分组。有条件的省份可逐步实现病种分组省内统一。

第八条 DRG 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，可由相关学（协）会开展行业论证，也可开展多学科联合论证。细分组是对同一个核心分组内的病例按照病情严重程度、疾病个体差异等进一步细分。

DIP 病种库包括核心病种和综合病种。通过设置病例数临界值区分核心病种与综合病种，病例数达到临界值以上的病种组合归入核心病种，作为 DIP 结算的主要付费单元。病例数临界值基于国家技术规范，结合当地实际情况确定。

第九条 国家医保局依托全国统一的医保信息平台采集医保结算清单、医疗费用明细等相关数据，按照一定质控规则对数据进行清洗、处理，形成基础数据库，作为分组基础。

第十条 各级医保部门建立常态化意见收集反馈机制，按照属地化管理原则，分级分类做好按病种付费意见收集反馈和汇总上报工作。定点医疗机构建立本单位的意见收集机制，向统筹地区医保部门定期提交医疗机构意见建议。各地可拓展意见收集渠道和方式，通过线上线下多种形式收集医疗机构、一线医务人员

对支付政策、技术规范、分组方案、信息化建设、编码标准等方面的意见建议，各级医保部门按规定做好反馈。

第十一条 国家建立病种分组方案动态调整机制，根据客观数据、意见建议、临床特征规律、政策调整变化等因素，进行定期调整。原则上每两年调整一次病种分组，并在当年7月底前发布。国家版病种分组方案调整后，省级和统筹地区医保部门要结合实际，及时调整本地分组。必要情况下，可适时调整。

第十二条 DRG 分组方案调整，在保持主要诊断大类相对稳定的基础上，重点调整核心分组和细分组。DIP 病种库调整，重点包括核心病种和综合病种。

第十三条 统筹地区医保部门可结合实际，研究制定适合本地基层医疗机构开展的基层病种，实现“同病同质同付”。有条件的省份可探索统一全省基层病种。

第四章 核心要素

第十四条 完善 DRG/DIP 病种权重（分值，以下统称权重）、费率（点值，以下统称费率）、调整系数等核心要素管理和动态调整机制，促使病种付费标准能更加体现医疗资源消耗，提高医保基金使用效能。

第十五条 病种权重以当地历史住院费用为基础，通过该病种组合中所有病例与本地全部病例的平均住院费用的比值确定。

各地可根据资源消耗结构、疾病诊治难易程度、医保政策目标、临床学科发展等，通过专家论证、谈判协商等适当调整病种权重。权重调整时，原则上保持总权重不变，以病种为单位进行内部结构调整。逐步探索省域内病种权重统一，引导医疗资源合理配置。

第十六条 各地可根据病种付费运行实际情况和医保基金承受能力，选择费率确定方式。

（一）固定费率法，依据历史数据测算并预测，事先确定费率，原则上在一个清算周期内保持固定不变。

（二）浮动费率法，年初按照上一年度费率等因素确定初始费率，依据当年实际运行总费用及总权重，年度清算时确定最终费率。

（三）弹性费率法，依据历史数据，结合总额预算、医疗机构收治患者的疾病严重程度、病种资源消耗及医生劳动价值等因素因地制宜实行固定费率和浮动费率相结合的方法。

第十七条 病种支付标准原则上为相应病种权重、费率的乘积。统筹地区可针对不同医疗机构特点，确定相应调整系数。

第十八条 统筹地区医保部门建立谈判协商机制，以客观费用、基金支出为基础，实际病种数据为依据，与医疗机构代表就病种付费总额、分组、权重、费率等内容进行充分沟通，协商一致。

第五章 特例单议

第十九条 医保部门建立特例单议机制，完善相关制度，规范特例单议标准、申报程序、审核流程、结算办法等，结合国家支持创新药和医疗器械发展有关政策要求，支持医疗机构收治复杂重症患者、合理使用新药耗新技术。

第二十条 申报特例单议的病例包括但不限于因住院时间长、资源消耗多、合理使用新药耗新技术、复杂危重症或多学科联合诊疗等，不适合应用病种支付标准的病例。特例单议病例数量原则上不超过统筹地区 DRG 出院总病例的 5% 或 DIP 出院总病例的 5‰。

第二十一条 医疗机构可根据申报条件，自主申报特例单议病例，特例单议数量应符合国家和地方相关规定。医保部门应畅通特例单议受理渠道，完善工作制度，优化工作流程，简化上报材料，提升评审效率，可同步开展线上、线下受理及评审，改善申报体验。鼓励医疗机构优化内部管理，减轻申报特例单议工作负担。

第二十二条 统筹地区医保经办机构负责组织特例单议病例评审，一般按月或季度开展。评审可采取智能评审和专家评审相结合的方式，也可探索线上线下评审、医疗机构交叉评审等方式进行。医保部门根据评审意见，作出特例单议评审通过或不予通

过的结果判定，并及时告知申请医疗机构。有条件的地方可缩短评审周期，提高工作效率。

第二十三条 对评审通过的病例，可按项目付费或调整该病例支付标准等方式予以合理支付。对评审不通过的病例，仍按病种规定付费。

第二十四条 统筹地区医保经办机构定期向医疗机构或社会公开特例单议申报及评审情况，接受监督。公开的内容主要包括各医疗机构申报特例单议的数量、审核通过数量、占按病种出院病例比例、医保基金支付、占医保基金支出比例等情况。

第六章 结算清算

第二十五条 统筹地区医保经办机构要按照协议规定，严格做好基金预付、结算、清算等工作，及时结算和拨付医疗保障基金。对医疗机构申报的相关费用，严格按照规定审核、核查，确保基金使用规范。

第二十六条 各地应按规定做好基金预付，结合实际进一步完善预付金管理，根据统筹地区医保统筹基金累计结余和医保基金运行风险等级等因素确定是否进行预付以及预付金规模等，预付规模应在1个月左右。

第二十七条 各地要推动月度按病种实际结算，并落实基金结算改革要求，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，减轻医药机构资金周转压力。

第二十八条 各地应不断提升医保基金清算效率，加强对定点医疗机构绩效考核，充分利用考核结果，做实按病种付费清算工作。上年度清算完成后一个月左右，做好数据发布工作，提高医疗机构对医保基金清算结果的知晓度。

第二十九条 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病种结余资金，可作为业务性收入。同时，做好医保结余留用政策与集中带量采购等衔接，形成政策合力。

第三十条 省级医保部门按规定公开医保基金收支数据，指导省域内各统筹地区做好数据公布。统筹地区医保部门负责建立医保数据工作组，定期向医疗机构公布基金收支、按病种付费、结算清算等情况。

第七章 配套措施

第三十一条 医保经办机构要切实履行按病种付费经办管理职责，将按病种付费相关要求纳入协议管理，细化具体措施，压实协议主体履约责任。

第三十二条 做好医保支付政策宣传解读，加强对医保部门、医疗机构的按病种付费相关知识培训，将按病种付费技术培训作为年度工作纳入常态化管理，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。

第三十三条 医保部门应加强对按病种付费管理运行成效的监测评估，从医保可持续、医疗增效能、群众得实惠等不同维度进行综合评价，客观全面反映改革成效，及时总结发现问题，为医保支付政策调整提供依据。国家层面完善按病种付费可视化监测，推动实现病种结算结果可比较可分析。

第三十四条 加强按病种付费智能审核和监控。根据按病种付费特点，完善智能监管规则，推进事前提醒接入和应用，重点对分解住院、高编高套、转嫁住院费用等造成医保基金损失的行为进行监管。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。

第三十五条 加强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协同。加强按病种付费等多元复合式医保支付方式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调联动。

第三十六条 医保部门指导医疗机构按协议约定上传包括医保结算清单等全量数据，确保数据全面、准确、及时，加强清单质控和数据治理，提高数据质量，为按病种付费提供可靠依据。加强重要数据和敏感字段保护，强化数据安全。

第三十七条 国家和省级医保部门应加快推进全国统一的医

保信息平台支付方式管理子系统优化完善，满足统筹地区医保部门按病种付费业务需要，为医保支付管理提供数据和平台支撑。地方版 DRG 细分组和 DIP 病种库要通过支付方式管理子系统上传到国家端，实现地方分组方案、入组结果、支付标准等可查询。

第八章 附 则

第三十八条 医保部门要积极探索长期住院、门诊、中医优势病种等支付方式改革，形成以按病种付费为主的多元复合医保支付新格局。有序推进省内异地就医和跨省异地就医纳入按病种付费范围。

第三十九条 按病种付费适用于基本医保、大病保险和医疗救助等。异地就医住院费用按病种付费管理参照本办法执行。本办法由国家医疗保障局负责解释，自下发之日起施行。

