附件

广东省基本医疗保险按疾病诊断相关分组付费管理办法

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条【政策依据】为规范统一按疾病诊断相关分组（DRG）付费管理，提高医疗保障基金使用效率，推动建立管用高效的医保支付机制，更好地维护参保人权益，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）、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）、《医疗保障按病种付费管理暂行办法》（医保发〔2025〕18号），制定本办法。

第二条【适用范围】本办法适用于开展按疾病诊断相关分组付费统筹地区职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险住院医疗费用的结算管理工作。

第三条【主要概念】按疾病诊断相关分组付费是指根据年龄、疾病诊断、合并症、并发症、治疗方式、病症严重程度及转归和资源消耗等因素，将患者分入若干诊断组，通过历史数据赋予一定点数，在医保统筹基金支付本统筹地区住院医疗费用的总额预算内，医疗保障部门根据点数总和、点值计算、监督考核等情况对定点医疗机构进行付费的支付方式。

第四条【支付方式】统筹地区基本医疗保险定点医疗机构开展的住院医疗服务，实施总额预算管理下按疾病诊断相关分组点数法结算为主，病种、床日、项目付费等相结合的多元复合式医保支付方式。

第五条【实施目标】实施按疾病诊断相关分组付费是为了保障医疗保障制度稳健、可持续运行，促进医疗、医保、医药协同发展和治理，推动按照因病施治原则，实现合理收费、合理检查、合理治疗、合理用药，推动医药服务高质量发展，有效减轻参保人的负担。

第六条【工作职责】省医疗保障部门制定按疾病诊断相关分组付费相关政策，并指导相关统筹地区组织实施。

统筹地区医疗保障部门负责制定按疾病诊断相关分组付费实施细则，确定本统筹地区总额预算、诊断相关分组细化及病组基准点数、定点医疗机构系数、费用结算清算等核心要素的管理与调整规则，完善绩效管理与运行监测，畅通多方协商沟通机制，强化对医药服务领域的激励约束作用，协同稳步推进医保支付方式改革。

第二章 总额预算管理

第七条【基本原则】医疗保障部门按照《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。

第八条【区域总额预算】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，合理确定年度按疾病诊断相关分组付费区域总额预算，即年度按疾病诊断相关分组付费可分配资金总额（以下简称年度可分配资金总额）。年度可分配资金总额增长率不得高于10%。

第九条【风险调节金】统筹地区医疗保障部门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设立风险调节金，风险调节金所占比例不高于年度可分配资金总额的10%，统筹用于年中调整、年度清算时的合理超支分担。风险调节金经合理超支分担支出后的剩余部分，用于年度清算的二次分配。计提比例具体由统筹地区结合本地实际需要确定。

第十条【预算调整】统筹地区医保部门要严格执行收支预算。特殊情况需调整按疾病诊断相关分组付费总额的，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 病组管理

第十一条【分组方案】病组分组方案是指根据疾病主要诊断（出院主要诊断）与治疗方式、合并症和并发症及其它个体特征的组合，结合医保管理和医疗服务实际需要，以医保结算数据为基础，通过临床论证和数据验证形成的分组方案。

第十二条【分组框架】按疾病诊断相关分组包括主要诊断大类（MDC）、核心分组（ADRG）和细分组（DRG）。主要诊断大类根据解剖部位和疾病性质确定。核心分组在各大类下根据治疗方式将病例分为“手术”“非手术”和“操作”三类，并在各类下将主要诊断和（或）主要操作相同的病例合并。细分组是对同一个ADRG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。

第十三条【细化分组】统筹地区医保部门做好分组方案落地实施，在保持核心分组与国家一致的前提下，按照国家制定的技术规范和分组细化规则，结合实际制定本统筹地区细分组方案，并及时向定点医疗机构发布。

第十四条【病组分类】DRG细化分组是在保持DRG核心病组与国家一致的前提下，按合并症、并发症、年龄等因素，根据个体特征、疾病严重程度对资源消耗的影响和资源消耗变异系数大小，将疾病诊断或手术操作等临床过程相似且资源消耗相近的病例细化组合，以缩小组内变异，提高分组效能。对ADRG组进行细化分组，原则上要具备ADRG组资源消耗的变异系数大于1的条件。

在细化分组中选择部分适合基层定点医疗机构功能定位、服务能力，适宜在基层开展的病组组成基层病组，医疗保障基金对不同等级定点医疗机构开展基层病组实行同标准支付。

第十五条【其他病种】统筹地区医保部门在DRG细分组和基层病组基础上，结合本地实际，开展床日病种、中医优势病种、中医日间治疗病种等其他病种多元复合支付方式。

床日病种是指康复医疗、精神类疾病等需要长期住院治疗且日均费用较稳定，可按床日付费的病种。

中医优势病种是指以纯中医或中医特色治疗为主，中医优势明显、治疗路径清晰、费用明确的病种。

中医日间治疗病种是指采用中医疗法为主的诊疗方案，需持续治疗但当次治疗完成后无需留院观察，治疗疗程完成后可按住院结算的病种。

第十六条【动态调整机制】建立健全DRG细化分组方案动态调整机制。统筹地区医疗保障部门根据国家和省医疗保障部门部署和工作实际，以遵循临床实际、保障合理诊疗需求、推动医疗技术发展的原则，采用定点医疗机构申请和医疗保障部门评估相结合的方式，适时调整本地细化分组方案。

第四章 病组点数的确定

第十七条【基准点数】病组基准点数是医疗保障部门与定点医疗机构进行费用结算的主要依据。统筹地区医疗保障部门要依据历史数据，通过测算，赋予每一个DRG细化分组的基准点数。

第十八条【计算方法】病组基准点数原则上采用病组权重法。各病组基准点数根据单个病组近3年例均医疗费用与所有病例例均医疗费用的比值确定。统筹地区医保部门可结合资源消耗结构、疾病诊治难易程度、医保政策目标等进行调整。

第十九条【基层病组】支持分级诊疗制度落实，各统筹地区可结合实际，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，按照疾病诊断编码对应DRG细化分组确定本统筹地区基层病组，不区分医疗机构级别系数，实行同病同支付。

第二十条【其他病种】其他病种由统筹地区医保部门根据实际情况，按以下原则确定付费点数或支付标准：

（一）床日病种按省医疗保障部门制定统一的病种范围和支付标准，统筹地区医疗保障部门可按照床日病种实施床日定额结算，或按照疾病诊断编码纳入对应DRG细化分组中，折算计入各定点医疗机构年度付费点数总和。

（二）中医优势病种、中医日间治疗病种根据省医疗保障部门制定统一的病种范围和支付标准，由统筹地区医疗保障部门结合实际，实施倾斜支持政策，可先实行按项目结算；条件成熟后，按照疾病诊断编码纳入对应DRG细化分组中，实行中西医同病同效同价，或增加病组支付标准等方式，折算计入各定点医疗机构年度付费点数总和。

第二十一条【病组分类】细分组分为稳定和不稳定病组。原则上病例数达到一定数量且组内变异系数（CV）＜1的病组为稳定病组，反之为不稳定病组；病例数达到一定数量且CV≥1的病组，经中间区段法再次裁剪后，CV＜1的纳入稳定病组，其他纳入不稳定病组。稳定病组、不稳定病组具体病例数量要求由统筹地区结合实际确定。

第二十二条【调节机制】建立偏差病组点数调节机制。稳定病组分为高倍率、低倍率与正常病例。统筹地区医疗保障部门按照病组基准点数区间设置倍数，原则上实际医疗费用与高于或低于本病组平均住院费用一定倍数的病例，视为偏差病例（高倍率、低倍率），并调节病组付费点数。高、低倍率倍数具体由统筹地区结合实际确定。

第五章 医疗机构系数

第二十三条【机构系数】为体现不同定点医疗机构之间医疗水平、医疗资源消耗的差异，确定各级各类定点医疗机构系数。统筹地区医疗保障部门综合考虑推动分级诊疗，支持医疗机构学科建设，倾斜区域医疗中心建设等因素，按照公开透明的原则合理设定医疗机构系数，用于计算各级各定点医疗机构年度付费点数总和。

第二十四条【系数分类】定点医疗机构系数以基本系数为主。为区分定点医疗机构差异，可根据需要通过调整系数对医疗机构学科建设、高水平发展、分级诊疗需要等予以支持。

第二十五条【基本系数确定】统筹地区医疗保障部门根据各级各类定点医疗机构历史医疗费用数据测算各级各类定点医疗机构的比例关系，并结合当地实际情况，合理设置各级各类定点医疗机构基本系数，及时向定点医疗机构公布。

第二十六条【调整系数】统筹地区医疗保障部门可根据需要，结合定点医疗机构开展按疾病诊断相关分组付费情况，调整医疗机构系数，可设置病例组合系数、重点专科系数、高水平定点医疗机构系数、儿科等特殊专科系数、向偏远贫困地区医疗机构倾斜的区位系数、医药服务能力与医疗行为系数、医保医药服务考核评价系数等。具体调整系数由统筹地区结合实际确定。

第六章 费用结算和清算

第二十七条【病组付费的标准】根据年度可分配资金总额、点数总和计算点值。病组的支付标准通过病组点数、医疗机构系数乘以点值计算确定。

第二十八条【结算制度】统筹地区医疗保障部门结合协议管理、考核、监测评估等因素，按国家医疗保障部门规定进行结算、清算，及时足额向定点医药机构拨付医保基金。

第二十九条【预付金制度】统筹地区医疗保障部门要按照国家医疗保障部门的有关规定建立预付金制度，以缓解定点医疗机构医疗费用垫支压力、提高医疗服务能力、增强参保人就医获得感。

第三十条【二次分配】统筹地区医疗保障部门要按照国家医疗保障部门要求，年度可分配资金总额在清算后有结余的，年终进行二次分配，确保年度可分配资金总额全部用于结算清算，保证医疗机构合理权益。

第七章 结余留用、超支分担机制

第三十一条【结余留用】建立结余留用、合理超支分担机制。

（一）定点医疗机构住院年度清算总额高于定点医疗机构住院实际医疗保障统筹基金记账金额的结余部分，由定点医疗机构留用，可作为医疗机构发展资金和绩效奖励。

（二）定点医疗机构住院实际医疗保障统筹基金记账金额高于定点医疗机构住院年度清算总额的超支部分，原则上由定点医疗机构承担，合理超支由风险调节金给予分担，风险调节金分担后仍超支的，由统筹地区医疗保障部门会同财政部门研究解决。

结余留用和合理超支分担规则具体由统筹地区医疗保障部门制定，并报经统筹地区人民政府同意后实施。

第八章 协商谈判机制

第三十二条【专家库建立】建立省级支付方式改革专家库，涵盖医保政策、临床医学、药学、检验、病案、质控、财务、统计、价格、信息方面专家。鼓励高校和研究组织推荐社会公信力高的医疗保障管理、卫生健康管理、编码、统计、信息等领域的专家参加。统筹地区医疗保障行政部门可参照建立当地支付方式改革专家库。

第三十三条【专家库组成】统筹地区医疗保障行政部门建立由本统筹地区医保定点医疗机构代表组成的专家评议组织。原则上每一定点医疗机构只派一名代表，代表构成应兼顾各级、各类医疗机构。专家评议组织应设立专家核心组，从定点医疗机构代表中推选，人数为奇数，不少于7人。

第三十四条【评议内容】统筹地区医疗保障行政部门可根据需要，将病组细化分组方案和支付标准调整、定点医疗机构系数、特殊病例评议以及医保支付制度有关的事项，交由专家评议组织评议并提出书面意见。统筹地区医疗保障行政部门就专家评议组织提出的书面意见加强谈判协商。

第三十五条【议事规则】专家评议组织应定期召开议事会议，原则上每年至少召开一次。议事会由统筹地区医疗保障行政部门召集，由专家核心组成员轮流主持，对争议意见集中讨论后提出会议表决，形成书面意见，书面意见连同表决结果交统筹地区医疗保障行政部门审定后形成评议结果。具体议事规则由统筹地区医疗保障行政部门确定。

第三十六条【意见收集反馈】统筹地区医疗保障行政部门在召开专家评议组织议事会议前，通过支付方式改革专家、评议组织等渠道，收集定点医疗机构、医务人员的意见建议，并将争议意见提交至专家评议组织评议。评议结果向提出意见建议的定点医疗机构、医务人员反馈，提升定点医疗机构和医务人员参与度。

第九章 特殊病例单议机制

第三十七条【特殊病例概念】特殊病例是指住院时间长、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疾病诊断相关分组付费标准支付的住院病例。由医疗机构申请按特殊病例结算的病例，原则上申报的病例数量不超过本统筹地区按疾病诊断相关分组付费结算人次的5%。

第三十八条【特例单议机制】建立特殊病例单议机制。特殊病例可由定点医疗机构通过国家医保信息平台或线下方式提出申请。统筹地区医疗保障部门收集后，按月或按季度组织专家评议组织进行评议，并对评议通过的特殊病例进行审定，符合规定的特殊病例可按项目付费或调整该病例支付标准。各医疗机构申请特殊病例单议的情况、审定的结果等要向统筹地区定点医疗机构公布。

第三十九条【创新技术支持】应用创新医疗技术等特殊病例，累计达到一定数量并符合病组细化分组条件的，经专家评议组织评议、市级医疗保障行政部门审定后，可细化至DRG细化分组。

第十章 医保数据工作组

第四十条【数据工作组】统筹地区医疗保障部门建立由医疗保障部门和定点医疗机构代表组成的医保数据工作组，通过数据赋能医保支付方式改革。

第四十一条【组成人员】医保数据工作组成员统筹地区医疗保障部门医药管理、规划财务、数据管理、经办管理等人员，以及不同级别、不同类型的定点医疗机构代表组成。定点医疗机构人数应不少于8人，其中三级医疗机构不少于2人，二级及一级以下医疗机构各不少于3人，原则上每年更换。

第四十二条【工作机制】医保数据工作组实行召集人负责制，召集人负责医保数据工作组的建立和日常管理，指导工作组开展工作，定期召开会议，共同商讨研究数据发布与应用。

第四十三条【工作职责】医保数据工作组负责按疾病诊断相关分组付费过程中数据采集、分析、公开等工作。加强数据应用分析，有条件的地区定期形成数据分析简报。建立数据定期公开机制，向定点医疗机构公开数据分析和费用结算等情况。收集定点医疗机构的意见建议。

第四十四条【运行监测】统筹地区医疗保障部门应开展按疾病诊断相关分组付费运行监测。以统筹地区、医疗机构为单位，加强对扩面进展、运行质量、改革效果等相关指标进行监测分析，实时掌握基金支出、病组收治结构、医疗服务变化等情况，防范基金运行风险。

第十一章 考核监督

第四十五条【结算清单质控】各定点医疗机构应做好结算清单质控工作，确保结算清单填报及时、准确、完整。统筹地区医疗保障部门定期向定点医疗机构反馈质控情况，并建立定点医疗机构结算清单填报质量考核机制。结算清单质控结果与年度考核相挂钩。

第四十六条【职能监管】统筹地区医疗保障部门应结合按疾病诊断相关分组付费开展智能审核，实施大数据实施动态智能监控，推动将组内变异系数、时间消耗成本、费用消耗成本、病例组合系数（CMI）、病组付费标准偏差等按疾病诊断相关分组付费监控指标，运用到事前提醒、事中审核、事后监管。

第四十七条【考评机制】建立考核评价机制。为规范定点医疗机构服务行为，统筹地区医疗保障部门对定点医疗机构执行医保政策和履行服务协议情况进行考核评价，考核评价结果与年度清算相挂钩。

第四十八条【处罚规定】定点医疗机构有分解住院、挂床住院、低编高套、降低入院标准等违法违规行为，疾病和手术操作编码填写不准确、不规范的，按照相关规定及服务协议进行处理，并与年度清算相挂钩。

第十二章 附则

第四十九条【组织领导】统筹地区成立按疾病诊断相关分组付费改革领导小组，加强对按疾病诊断相关分组付费改革工作的统筹协调。

第五十条【政策宣传】统筹地区医疗保障部门应加强对定点医疗机构的培训和指导，准确解读按疾病诊断相关分组付费政策，及时宣传按疾病诊断相关分组付费改革进展和成效，争取社会各方理解和支持。

第五十一条【政策调整】省医疗保障部门根据国家医疗保障部门的工作部署，对按疾病诊断相关分组付费政策实施进行调整。国家医疗保障部门另有规定的，按其规定执行。

第五十二条【施行时效】本办法由广东省医疗保障局负责解释，自2026年 月 日起执行，有效期5年。