附件2

关于《广东省医疗保障局关于印发〈广东省

基本医疗保险按疾病诊断相关分组付费

管理办法〉的通知（征求意见稿）》

的起草说明

为规范统一我省按疾病诊断相关分组付费工作，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，更好地维护参保人员的权益，我局起草了《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）》（以下简称《管理办法》），现将有关情况说明如下：

一、主要背景

（一）国家高度重视医保支付方式改革。中共中央、国务院和国家医保局高度重视医保支付方式改革，多次发文要求加快推进相关工作。2020年《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）指出，要加快建立管用高效的医保支付体制，推行按病种付费为主的多元复合式医保支付方式。2021年国家医保局出台《国家医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48号），加快推进按病组和病种分值付费支付方式改革全覆盖，促进医疗机构主动控制成本、规范诊疗行为，切实减轻参保患者经济负担。2024年国家医保局出台《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），为持续深化支付方式改革提供了更贴近临床的分组，优化了医保付费技术标准。2025年，国家医保局印发了《医疗保障按病种付费管理暂行办法》（医保发〔2025〕18号），进一步规范按病组和病种分值付费相关工作，推进改革走深走实。

（二）我省已有按疾病诊断相关分组付费改革实践经验。2018年，佛山市作为按疾病诊断相关分组付费国家试点城市，成效显著，顺利完成国家医保局试点任务。汕尾市于2020年作为我省按疾病诊断相关分组付费试点城市，在前期探索、实施阶段取得较好成效。

（三）进一步规范按疾病诊断相关分组付费工作的必要性。为进一步规范统一全省按疾病诊断相关分组付费工作机制，我局根据国家技术规范，结合本省实际，起草了《管理办法》，规范统一按疾病诊断相关分组付费整体框架，突出可操作性，明确医保支付方式改革关键要素和机制，加快建立协同改革机制，将为全省开展按疾病诊断相关分组付费提供重要的政策依据。

二、文件依据

1. 《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）；

2. 《定点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）；

3. 《国家医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48号）；

4. 《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）；

5. 《广东省基本医疗保险按病种分值付费管理办法》（粤医保规〔2024〕11号）；

6. 《医疗保障按病种付费管理暂行办法》（医保发〔2025〕18号）。

三、主要内容

《管理办法》共有12章52条。第一章是总则，包括政策依据、适用范围、主要概念、支付方式、实施目标、工作职责等6条内容。第二章是总额预算管理，包括基本原则、区域总额、风险调节金、预算调整等4条内容。第三章是病组管理，包括分组方案、分组框架、细化分组、病组分类、其他病种、动态调整机制等6条内容。第四章是病组点数的确定，包括基准点数、计算方法、基层病组、其他病种、病组分类、调节机制等6条内容。第五章是医疗机构系数，包括机构系数、系数分类、基本系数确定、调整系数等4条内容。第六章是费用结算和清算，包括病组付费的标准、结算制度、预付金制度、二次分配等4条内容。第七章是结余留用、超支分担机制，包括结余留用、合理超支分担机制的具体内容。第八章是协商谈判机制，包括专家库建立、专家库组成、评议内容、议事规则、意见收集反馈等5条内容。第九章是特殊病例单议规则，包括特殊病例概念、特例单议机制、创新技术支持等3条内容。第十章是医保数据工作组，包括数据工作组、组成人员、工作机制、工作职责、运行监测等5条内容。第十一章是考核监督，包括结算清单质控、职能监管、考评机制、处罚规定等4条内容。第十二章是附则，包括组织领导、政策宣传、政策调整、实施时效等4条内容。

四、主要亮点

（一）完善按疾病诊断相关分组付费的工作机制。一是实施区域总额预算。我省医保实施市级统筹，坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的基本原则，以地级以上市作为单位，做好医保基金区域总额预算管理，科学确定统筹区域内年度住院统筹基金支出总额，不再对单个医疗机构下达总额预算控制指标，促进统筹区域内医疗机构之间公平竞争。二是构建以按疾病诊断相关分组付费为主，按病种、床日、项目付费等相结合的多元复合式医保支付方式，有利于促进医疗资源合理配置，根据住院不同类型精准支付，医保基金支付更加公平、公正、合理，提高医保基金使用效率。三是建立协商谈判机制。由医保行政部门牵头，各定点医疗机构代表组成专家评议组织，通过专家评议组织集体协商对有争议的病组、权重系数等进行评议，提出意见和建议。充分发挥专家集体协商、论证功能，建立健全医保部门与医疗机构之间良性互动机制。四是完善特殊病例单议机制。医保部门组织专家评议组织对住院时间长、医疗费用高、新药耗新技术使用等特殊病例进行评议，经审定符合规定的特殊病例可按项目付费或调整支付标准，解决医疗机构推诿重病患者或分解住院等问题。

（二）支持中医药传承创新发展。将中医优势病种、中医日间治疗病种按照疾病诊断编码，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。进一步健全我省中医特色医保支付政策体系，激发医疗机构积极使用中医药治疗的内生动力，让参保患者享受到更丰富、更优质的中医特色诊疗技术。

（三）强化医保支付制度监测考核体系。一是建立考核评价机制，对定点医疗机构执行医保政策情况进行考核评价，为年度清算等工作提供依据，规范定点医疗机构服务行为。二是加强运行监测。医保部门和定点医疗机构代表组成医保数据工作组，加强数据应用分析，建立数据定期公开机制，从医保基金、病组费用、定点医疗机构等维度进行实时分析，掌握基金支出、病组收治结构等情况，防范医保基金发生系统性风险。