

广东省按病种付费医疗保障经办管理规程

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》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，规范全省按病种付费经办管理工作，根据《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》（医保办发〔2025〕2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》（医保发〔2025〕18号），结合我省实际，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 本规程适用于全省各级医疗保障部门（以下简称医保部门）经办管理纳入按病种付费的本地和异地住院医疗费用相关工作。

第三条 医疗保障经办机构（以下简称经办机构）负责依据医疗保障行政部门（以下简称行政部门）制定的支付政策开展按病种付费经办管理工作。省级经办机构负责指导各地

级以上市（以下简称各市）经办机构开展按病种付费经办管理工作。各市经办机构依据省和本市医保部门制定的支付政策以及相关支付机制规定，开展按病种付费经办管理，做好与定点医疗机构结算清算，强化运行分析和评价考核，及时反馈医保政策执行情况，提升医保基金使用效率。

第二章 协议管理

第四条 将按病种付费相关要求纳入医疗保障服务协议管理范围，经办机构与定点医疗机构通过签订协议，明确双方权利义务。

第五条 各市医保部门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”）及相关结算数据全量上传等工作；经办机构明确医保基金结算方式、基金拨付、考核评价等管理要求。各市医保部门要根据按病种付费实际需要，完善协议管理内容，规范按病种付费经办管理流程，强化定点医疗机构履约责任，相关履约情况与年度清算结果挂钩。异地就医住院费用纳入按病种付费范围的，就医地要纳入本地协议管理。

第三章 数据采集

第六条 各市医保部门要做好国家医保信息平台落地应用，完善数据采集、结算清算、审核核查等按病种付费管理

所需的信息系统功能，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系统支撑。加快推进智能审核、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，逐步实现线上全流程应用。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。

第七条 各市医保部门做好国家医保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。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，并及时上传至医保信息平台。加强数据治理，定期开展结算清单等相关数据质量控制工作，质控结果与年度考核挂钩。按规定对上传数据进行核验，提高数据质量。落实数据管理要求，保障数据安全可控。

第四章 预算管理

第八条 各市医保部门按照《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，支出预算应保持在一定合理范围内，确保医保基金可持续。

第九条 各市医保部门以基金支出预算和上年度按病种付费统筹基金实际支出为基础，综合考虑当地经济发展水平、医保基金运行情况、医疗资源配置规划、参保人员结构变化及就医需求等因素，在年度住院医保基金支出预算内科学确定统筹地区年度按病种付费区域总额预算，即年度按病种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%。有条件的市进一步完善异地就医总额预算确定方法，可将异地住院结算的医保基金纳入就医地区区域总额预算管理。

第十条 各市医保部门在年度可分配资金总额内预留一定比例（不超过10%）的资金作为风险调节金，用于合理超支分担支出。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。

第十一条 各市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。

第五章 核心要素管理

第十二条 各市医保部门按照国家DRG/DIP技术规范，在国家版DRG核心分组（ADRG）或DIP病种目录基础上，结合省有关规定及当地实际制定本市DRG细分组（DRGs）或DIP

病种目录库，并根据国家及省有关规定适时调整。各市 DRG 细分组（DRGs）或 DIP 病种目录库要及时向定点医疗机构发布。

第十三条 各市医保部门要根据国家及省医保部门有关规定，结合地方实践经验、协商谈判结果、优化医疗资源消耗结构等因素，以历史数据为基础，测算形成付费分值（点数）。

第十四条 各市医保部门根据国家及省有关规定，建立偏差病例分值（偏差病组点数）调节机制、辅助分型调节机制。分值（点数）调整原则上应统筹考虑本地和异地住院医疗费用情况。

第十五条 点值反映在按病种付费预算基础上，每一分值（点数）的医疗费用值，各市医保部门结合实际需要选择点值确定方式。

第十六条 各市医保部门按照国家及省医保部门有关规定，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，合理确定各定点医疗机构的系数，用于计算各定点医疗机构年度分值（点数）总和。相关系数确定后及时向定点医疗机构公布。

第六章 特殊病例单议

第十七条 申报特殊病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。申报特殊病例单议例数一般以统筹地区或单个医疗机构为单位，不超过按 DRG 结算人次的 5%或按 DIP 结算人次的 5%。

第十八条 特殊病例单议由定点医疗机构通过线上或线下方式申报。各市医保部门收集后，按季度或月组织通过智能评审与专家评审相结合等方式开展评议，对评议通过的特殊病例进行审定，评审通过的病例可按项目付费或调整该病例支付标准，并按规定及时补足差额或分值（点数），评审不通过的病例按病种付费规定执行。各市医保部门要定期公布各定点医疗机构申请特殊病例单议情况、审定结果、数量及占比等。特殊病例单议结果纳入当年度清算。

第七章 结算清算

第十九条 各市医保部门按照国家及省医保部门有关规定，建立医保基金预付制度。满足预付条件的市，结合医保基金运行及定点医疗机构情况，合理确定预付金规模，原则上为 1 个月左右，可因地制宜加大预付力度，并在每年一季度前向符合条件的定点医疗机构拨付预付金，年底前交回支出户或冲抵结算金额的方式收回。

第二十条 各市经办机构通过压缩结算时间、逐笔申报拨付、按月提前预拨等方式开展即时结算工作。通过压缩结算时间开展的市，将向定点医疗机构拨付医保资金结算周期压

缩至规定时间以内。有条件的市要进一步选择逐笔申报拨付、按月提前预拨等方式开展。

第二十一条 开展月度结算。各市经办机构根据国家及省医保部门有关规定，综合考虑医保基金运行及定点医疗机构运营情况，结合即时结算要求，指导定点医疗机构每月按时申报上月发生的医疗费用。经汇总计算及审核扣款确定月度应拨付金额，可预留一定比例（不超过5%）作为质量保证金后，拨付至定点医疗机构，拨付比例及结果要及时反馈定点医疗机构，未拨付部分结合考核评价情况在年度清算拨付。各市医保部门要逐步推进月度按病种付费实际结算，暂未开展的，要定期向定点医疗机构反馈入组结果。

第二十二条 开展年度清算。各市经办机构根据结算办法及协议规定，结合考核考评等结果，开展本地医疗费用年度清算。主要包括：

（1）与定点医疗机构完成数据（含结算清单）对账确认。

（2）完成特殊病例单议、考核考评、审核扣款等结果汇总。

（3）按结算办法规定完成年度总分值、结算点值计算后，依次计算各定点医疗机构年度预清算总额、结余留用和超支分担金额、二次分配金额和年度清算支付总额，扣除月度结算等已拨付费用后，确定各定点医疗机构应拨付金额，并与定点医疗机构等相关部门做好沟通。

(4) 最终应拨付金额确定后，经医保部门审定或备案，各市经办机构及时足额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。

(5) 完成年度清算后1个月左右，各市医保部门要开展结算清算运行情况监测分析，向定点医疗机构做好基金支出、医疗服务、费用变化等清算数据发布工作。

各市医保部门要通过落实数据公开、意见收集、特殊病例单议、协商谈判等机制，逐步缩短清算周期。有条件的市可以探索按季度或按半年度清算。

第二十三条 各市经办机构开展本地医疗费用年度清算时，同步开展异地就医住院医疗费用年度清算，纳入按病种付费的异地就医住院医疗费用，按省及就医地有关规定执行。

第八章 审核核查

第二十四条 医疗保障费用智能审核包括事前提醒、事中审核、事后核查等环节，对医疗保障费用进行智能审核全覆盖。各市医保部门有序推进按病种付费智能审核，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。

第二十五条 各市经办机构对定点医疗机构申报的医疗费用进行审核，可以结合本地实际采用拨审分离、先拨后审、先支后扣等方式推进。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。对审核核查工作中发现的疑点问题，及时向定点医疗机构反馈，畅通申诉及举报渠道，按规定对违规费用及时予以拒付或追回。应当由行政部门处理的问题线索，应及时移交。

第九章 配套机制

第二十六条 各市医保部门建立结余留用、合理超支分担的激励约束机制，明确结余留用和合理超支分担规则，引导医疗机构合理开展医疗服务。各市经办机构年度清算时，依据国家、省及本市政策规定，做好各定点医疗机构结余留用、合理超支分担金额及二次分配金额计算工作。

第二十七条 建立考核评价机制。各市医保部门每年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挂钩。

第二十八条 各市医保部门按照公平公正、客观合理、多方参与、及时处理的原则，开展本市医保部门与定点医疗机构谈判协商及争议处理，根据国家及省有关规定建立专家评议组织，加强与专家评议组织的谈判协商，收集定点医疗机

构、医务人员意见，将争议意见及问题提交至专家评议组织评议，评议结果向有关定点医疗机构、医务人员反馈。各市经办机构配合行政部门做好与定点医疗机构谈判协商及争议处理。

第二十九条 各市医保部门建立数据工作组，依托其加强数据分析，定期向定点医疗机构公开数据分析及费用结算等情况，收集意见建议，强化按病种付费质效。各市经办机构配合行政部门做好数据工作组相关工作。

第三十条 各市医保部门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。经办机构主要负责收集定点医疗机构反馈的意见建议。

第十章 附则

第三十一条 本规程自 2026 年 5 月 1 日起施行，有效期 5 年。

第三十二条 本规程由省医疗保障部门负责解释。原规定与本文不一致的，以本文为准。所涉及相关规程如有变更，或国家和省出台新规定的，从其规定。