

国家医疗保障局办公室文件

医保办发〔2024〕9号

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

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

为贯彻落实党的二十大和二十届二中、三中全会精神，持续深化医保支付方式改革，不断优化医保付费技术标准，国家医保局组织专家研究制订了按病组（DRG）付费分组方案 2.0 版和按病种分值（DIP）付费病种库 2.0 版（以下合并简称为“2.0 版分组”）。现印发给你们，并就做好分组应用及支付方式改革相关工作通知如下。

一、做好 2.0 版分组落地执行工作

（一）加快推进 2.0 版分组落地。各地要高度重视 2.0 版分

组落地使用工作，充分认识 2.0 版分组对于加强医保支付管理，提高医保基金结算水平，推动支付方式改革纵深发展的重要意义。原则上，2024 年新开展 DRG/DIP 付费的统筹地区直接使用 2.0 版分组，已经开展 DRG/DIP 付费的统筹地区应在 2024 年 12 月 31 日前完成 2.0 版分组的切换准备工作，确保 2025 年起各统筹地区统一使用分组版本，提高支付方式改革工作的规范性、统一性。

(二) 结合实际调整本地分组。在坚持 DRG 核心分组 (ADRG) 全国一致，DIP 病种库分组规则全国一致的基础上，各地可按照国家制定的技术规范，结合实际调整确定本地 DRG 细分组 (DRGs) 和 DIP 病种库，也可直接使用 2.0 版分组。及时做好医保信息平台支付方式管理子系统 DRG/DIP 相关功能模块本地参数配置和落地应用，确保新版分组嵌入后，能够顺利实现分组、结算、清算等工作，不影响医保业务正常开展。同时，要加强与医疗机构的协同，及时维护医保业务信息编码、上传医保结算清单，确保数据真实、完整、准确。

(三) 用好特例单议机制。特例单议机制是 DRG/DIP 支付方式改革的重要组成部分，对保障复杂危重病例充分治疗、支持新药新技术合理应用具有重要意义。各地要规范特例单议标准、申报程序、审核流程、结算办法，发挥好特例单议作用，解除医疗机构收治复杂危重病患者的后顾之忧，确保愿接愿治、能接能治。

对因住院时间长、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 DRG/DIP 标准支付的病例，医疗机构可自主申报特例单议，特例单议数量原则上为 DRG 出院总病例的 5% 或 DIP 出院总病例的 5% 以内。统筹地区应按季度或月组织临床专家对特例单议病例进行审核评议，根据专家评议结果可实行项目付费或调整该病例支付标准，及时予以补偿。审核评议过程中要加强与医疗机构的沟通协商，做到科学公正、便捷高效。统筹地区要对各医疗机构申请特例单议的数量、审核通过的数量等进行公告并形成机制，2025 年 7 月对当年上半年情况进行公告，以后每半年一次。探索除外机制，对符合条件的新药耗新技术在应用初期按项目付费或以权重（点数）加成等方式予以支持，后期积累足够数据后再纳入 DRG/DIP 付费。

（四）加强 2.0 版分组培训解读。各地要加强对 2.0 版分组的培训，重点内容是 DRG/DIP 分组的新变化，解读入组规则和影响因素，充分体现贴近临床、符合实际的分组调整导向。要采取多种形式将培训覆盖到各级医保部门、各级各类医疗机构，要突出重点对象，覆盖医保部门实际从事相关工作的行政、经办、执法人员以及医疗机构分管负责同志、医保办工作人员，切实提高医保支付方式改革相关业务能力，保障 2.0 版分组落地实施。

二、提升医保基金结算清算水平

（一）不断提升医保基金结算清算效率。各地要加快推进年度基金清算工作，确保次年 6 月底前全面完成清算。要按协议落

实“结余留用、合理超支分担”机制，确保约定的预算全部用于结算清算，保证医疗机构合理权益。要注重激励与约束并重，将医保对定点医疗机构的绩效考核结果与清算相结合，让管理好、效率高、政策执行到位的定点医疗机构分享更多医保红利。

各统筹地区要认真组织开展月结算工作，进一步提升结算效率，原则上费用结算时间自申报截止次日起不超过30个工作日。按季度或月及时全面地向医疗机构反馈DRG/DIP入组、结算等情况，指导医疗机构调整规范行为。医疗机构不得将DRG/DIP病组（病种）支付标准作为限额对医务人员进行考核或与绩效分配指标挂钩。

（二）鼓励通过基金预付缓解医疗机构资金压力。落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》有关要求，支持有条件的地区进一步完善预付金管理办法，通过预付部分医保资金的方式帮助定点医疗机构缓解资金压力。各地医保部门可根据基金结余情况，商同级财政部门合理确定预付金的基础规模，向定点医疗机构预付1个月左右的预付金。定点医疗机构自愿向统筹地区申请预付金。基金预付要向与医保有长期合作、管理规范、信用良好以及在医保政策落地、发动居民参保、协助打击欺诈骗保、全面采集上报药品耗材追溯码等方面表现较好的机构倾斜，并明确对象、条件、标准、程序、结算清算方式等，保证医保基金安全。预付金拨付情况应于每年年底向社会公布，接受监督。

(三) 全面清理医保应付未付费用。各级医保部门要站在讲大局、守信用的高度严格履行定点服务协议，及时足额拨付协议约定的医保基金。同时，要指导定点医疗机构按规定及时做好院内财务处理。今年9月底前各地要对2023年以前按照协议约定应付未付的医保基金（含居民医保大病保险等）开展全面清理，维护定点医药机构合法权益。国家医保局将适时进行督导。

(四) 探索将异地就医费用纳入DRG/DIP管理范畴。鼓励有条件的省份对省内异地就医实行DRG/DIP付费，参照就医地的付费方式和标准进行管理，压实就医地医保部门属地管理职责，规范异地病人医疗服务行为，促进合理诊疗、因病施治。逐步研究探索跨省异地就医按DRG/DIP付费。

三、加强医保医疗改革协同

(一) 规范支出预算编制和调整。各统筹地区要严格落实预算法及其实施条例、社会保险基金财务制度等法律法规和制度文件的要求，坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，合理编制医保基金年度支出预算。要将总额预算指标细化到门诊、住院以及DRG/DIP等各种支付方式，切实保障参保人员基本医疗权益，促进医疗卫生资源合理利用，控制医疗费用不合理增长。要严格收支预算执行，特殊情况需调整收支预算的，应编制预算调整方案，按程序报批后执行。

(二) 强化支付方式意见收集反馈。各统筹地区要重视提升医疗机构、医务人员在支付方式改革工作中的参与度，建立面向

医疗机构、医务人员的意见收集和反馈机制，为规范管理、完善分组等提供依据和支撑。对于涉及省级或国家医保局职责范围的意见建议，要整理分类后按程序报送。国家医保局将设立专门的意见邮箱，收集医疗机构、医务人员关于 DRG/DIP 分组、技术规范、价格改革协同等方面的意见建议。

（三）健全完善谈判协商机制。各统筹地区要建立完善关于总额、权重、分值、调节系数等支付核心要素的谈判协商机制，以客观费用为基础，由医疗机构代表、行业（学）协会和医保部门共同协商，也可探索邀请参保人代表参与谈判协商过程。要建立医保支付方式改革专家组，由临床医学、医保管理、统计分析、药学等方面的专家共同组成，为当地支付方式改革提供技术支撑，指导医疗机构更好落实医保支付政策，也可承担特例单议审核评议、矛盾争议处理等工作。

（四）建立医保数据工作组。各统筹地区要进一步落实关于向社会公布医保基金运行情况等要求，定期向定点医药机构等“亮家底”，提高工作透明度。鼓励各统筹地区探索成立“医保数据工作组”，由不同级别、不同类型的医药机构代表组成，人数不少于 8 人，成员每年更换调整。数据工作组配合地方医保部门及时、全面、准确通报本地区医保基金运行整体情况、分项支出、医疗机构费用分布等，促进医保数据和医疗数据共享共通，形成共同治理、良性互动的良好改革氛围。

特此通知。

联系人及电话：朱 震 010-89061181

王从从 010-89061263

意见收集邮箱：DRGDIPtube@nhsa.gov.cn

附件：1. 按病组（DRG）付费分组方案 2.0 版

2. 按病种分值（DIP）付费病种库 2.0 版



（主动公开，请自行在国家医保局官方网站下载附件）

