

广东省基本医疗保险按病种分值付费 管理办法

(征求意见稿)

第一章 总 则

第一条 【文件依据】 为规范统一按病种分值付费管理，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，更好地维护参保人员权益，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），制定本办法。

第二条 【主要意义】 实施按病种分值付费应保障医疗保障制度稳健、可持续运行，促进医保、医疗、医药协同发展和治理，推动医疗资源合理配置，保障参保人员获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

第三条 【基本原则】 按病种分值付费应坚持基本保障、强化预算管理，坚持系统集成、协同高效，坚持公开透明、沟通协商，坚持科学测算、动态调整，坚持因地制宜、统筹推进。

第四条 【主要概念】按病种分值付费是按病种付费的一种方式，指在医保统筹基金支付本统筹地区内住院医疗费总额预算内，利用大数据、智能化技术，按照“疾病诊断+治疗方式”遴选病种，并赋予病种一定分值，医保经办机构对定点医疗机构进行付费的一种支付方式。

按病种分值付费通过引入分值，模糊诊治病种与费用之间的直接关系。病种分值的高低，反映不同病种在诊疗过程中所消耗医疗资源的相对差异，危急重症的病种分值相对较高，而轻病分值则相对较低。医保管理部门依据本统筹地区内各定点医疗机构所收治参保住院患者的病种积累分值，结合每一分值的点值、医疗机构等级系数、考核结果等指标，确定各定点医疗机构的实际医保结算金额并进行支付。

第五条 【职责分工】省医疗保障部门负责制定广东省按病种分值付费病种目录库，指导各地完善按病种分值付费配套政策。

各统筹地区医疗保障部门负责制定按病种分值付费实施细则，确定本统筹地区总额预算、病种目录及分值、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 区域总额预算

第六条【预算编制原则】 各统筹地区医疗保障部门应坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则，以医保基金年度支出预算为基础、以保障参保人基本医疗需求为出发点，制定年度按病种分值付费区域总额预算，即年度按病种分值付费可分配资金总额（以下简称为年度可分配资金总额）。

第七条【预算考虑因素】 制定年度可分配资金总额要以上年度统筹基金实际支出为基础，综合考虑上年度参保人员就医增长情况、参保人员结构变化、医疗服务水平、医疗消费价格指数等因素。

第八条【预算特殊调整】 各统筹地区医疗保障部门要严格收支预算执行。因重大突发公共卫生事件、自然灾害、重大政策调整、基金运行出现风险等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。

第九条【风险调节金】 在年度可分配资金总额内设立风险调节金。风险调节金经合理超支分担支出后，用于年度清算的二次分配。

第三章 病种目录库

第十条【病种概念】 病种是指疾病的主要诊断名称（出院第一诊断）与手术、操作所进行的组合。区域内所有确定的病种组成本地按病种分值付费的病种目录库。

第十一条【病种目录库制定】 省医疗保障部门以国家

医疗保障部门按病种分值付费病种目录库为基础，制定广东省按病种分值付费病种目录库（以下简称省级病种目录库），并指导各统筹地区医疗保障部门落实。

各统筹地区医疗保障部门以省级病种目录库为基础，按照与省级病种目录库一致的分组规则，根据实际制定本统筹地区病种目录库，并及时向定点医疗机构发布。

第十二条 【省级病种目录库结构】 省级病种目录库由核心病种、综合病种、基层病种、中医优势病种、床日病种、日间治疗病种、其他病种等构成。

（一）核心病种。是基于可显著区分资源消耗程度的诊断及治疗方式，使用医保版疾病诊断编码和手术操作编码，按照“疾病诊断+手术操作”的规则组合形成的病种。原则上将本统筹地区所有定点医疗机构历年住院病例达到临界值以上的病种作为核心病种。临界值（核心病种覆盖85%以上病例）由各统筹地区医疗保障部门根据当地实际情况确定。

（二）基层病种。是指在核心病种中选择符合基层定点医疗机构功能定位、服务能力，适宜基层开展的病种，医疗保障基金对不同等级定点医疗机构开展基层病种实行同标准支付。

（三）综合病种。将本统筹地区所有定点医疗机构历年住院病例数不超过临界值的病种作为综合病种，综合病种按ICD-10疾病诊断分类章节或类目和治疗方式组成。

（四）中医优势病种。是指以纯中医或以中医特色治疗

为主，中医优势明显、治疗路径清晰、费用明确的病种。

（五）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。

（六）日间治疗病种。是指按照诊疗计划，患者在 24 小时内入、出院，完成手术、介入、放化疗或生物靶向治疗的病种。

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。

（七）其他病种。是指符合国家和省规定的其他病种。

第十三条 【病种目录库调整】 建立健全动态调整机制。省医疗保障部门根据国家医疗保障部门部署和工作实际，适时调整省级病种目录库。各统筹地区医疗保障部门以遵循客观历史数据、保障合理诊疗需求、适应医疗技术发展为原则，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，定期调整本地病种目录库。

第四章 病种分值的确定

第十四条 【病种分值概念】 病种的分值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。各统筹地区医疗保障部门要依据历史数据，通过测算，根据主要诊断疾病轻重和不同治疗方式赋予病种不同分值。

第十五条 【基准病种】 病种分值原则上采用基准病种法。选用常见的、病例多、临床路径清晰、诊治方式相对固定、并发症与合并症少、费用稳定的病种作为基准病种。基准病种分值设为 1000 分，其他病种分值根据其次均费用与基准病种次均费用的比例关系确定。

第十六条 【病种分值计算】 各病种分值按照下列规则计算：

（一）核心病种、基层病种、综合病种分值=各病种次均医疗费用÷基准病种次均医疗费用×1000 分。

（二）中医优势病种分值=各中医优势病种次均医疗费用标准÷基准病种次均医疗费用×1000 分。

（三）床日病种分值=各床日病种日均医疗费用标准÷基准病种次均医疗费用×1000 分。

（四）日间治疗病种分值=各日间治疗病种次均费用标准÷基准病种次均医疗费用×1000 分。

中医优势病种、中医日间治疗病种和康复病种费用标准参照省医疗保障部门制定的标准执行。省医疗保障部门未制定病种费用标准的，由各统筹地区医疗保障部门根据实际确定。

第十七条 【基层病种分值】 基层病种实施同病同治同分值，制定统一的分值，直接计入各等级定点医疗机构年度分值总和。

第十八条 【中医优势病种分值】 中医优势病种实施同

病同治同分值，制定统一的分值，直接计入各等级定点医疗机构年度分值总和。

第五章 分值的调节

第十九条 【偏差病例调节】 建立偏差病例调节机制。医疗总费用与该病种同级别定点医疗机构相应病种分值费用标准的比值在 2 倍以上或 0.5 倍以下的病例，可视为偏差病例并调节其分值。具体调节规则由各统筹地区医疗保障部门根据实际制定。

第二十条 【辅助分型调节】 建立辅助分型调节机制。在病种目录库基础上，对病种细化分型，可建立合并症或并发症指数、疾病严重程度、肿瘤严重程度、年龄特征、监护病房住院天数等辅助分型。

病种的辅助分型调节系数根据该辅助分型上年度病例次均医疗费用与该病种分值结算费用的比值确定。具体调节规则由各统筹地区医疗保障部门根据实际制定。

第二十一条 【辅助分型调节的应用】 辅助分型的应用，应当同时满足以下条件。

（一）上年度某一病种费用变异系数大于一定数值，且该病种病例数量原则上不低于 30 例。

（二）上年度纳入某一病种辅助分型的病例数达到一定数量以上，原则上为 15 例。

（三）辅助分型费用变异系数较该病种费用变异系数下降一定幅度以上，原则上为 20%。

病种费用变异系数和病例数量可由各统筹地区医疗保障部门根据实际调整。已按辅助分型调节的病例不再纳入偏差病例计算。

第二十二条 【西医治疗为主增加特色中医的病例调节】 对于省医疗保障部门明确的以西医治疗为主增加特色中医治疗服务的住院病种，可适当提高该病种的分值。

第二十三条 【单独支付药品】 单独支付药品费用由基本医疗保险统筹基金单独支付，不列入本次住院的病种医疗总费用核算范围。

第六章 医疗机构系数

第二十四条 【定点医疗机构系数定义】 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。各统筹地区医疗保障部门要按照公开透明的原则合理设定医疗机构系数，既要考虑有利于推动分级诊疗，又要考虑支持医疗机构学科建设，倾斜区域医疗中心的建设。

第二十五条 【系数构成】 定点医疗机构系数以基本系数为主，为区分同级定点医疗机构差异，可增设加成系数。原则上各项系数的计算结果向下取至小数点后三位。

第二十六条 【基本系数】 各统筹地区医疗保障部门根据各级各类定点医疗机构历年的医疗费用数据测算各级各类定点医疗机构的比价关系，设置定点医疗机构基本系数，及时向定点医疗机构公布。

第二十七条 【加成系数】 各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病种分值付费情况，分别制定重点专科系数、高水平定点医疗机构系数、医保医药服务评价系数等加成系数。加成系数相加后不超过 0.1。

第七章 费用结算和清算

第二十八条 【周转金】 建立周转金拨付制度。原则上统筹地区医疗保障部门预先拨付一个月左右的额度（原则上按上上年度清算后该医疗机构统筹基金支付的月平均费用）的医保基金至符合条件的定点医疗机构。

第二十九条 【月度预拨费用】 各统筹地区医疗保障部门要建立月度预拨费用机制。以医疗保障统筹基金上上年度清算后拨付定点医疗机构的月平均住院费用为基数，每月按照不高于 85% 的比例预拨付给定点医疗机构。月度预拨付费用总量不得超过年度可分配资金总额的 85%。

第三十条 【月度预结算】 有条件的统筹地区医疗保障部门对定点医疗机构申报月度结算费用按月予以预结算。月

度预结算费用原则上按照月度预清算总额计算，超出实际医疗保障统筹基金记账金额的纳入年度清算。

月度预清算总额=月度预结算分值点值×该定点医疗机构当月分值－该定点医疗机构参保人月度住院个人支付医疗费用总额－该定点医疗机构月度其他补充医疗保险支付的医疗费用总额－该定点医疗机构月度医疗救助支付总额。

其中，月度预结算分值点值=当月可分配资金总额÷统筹地区定点医疗机构当月分值总和。

当月可分配资金总额=当月按病种分值付费可分配资金总额÷统筹地区医保记账比例。

统筹地区医保记账比例=纳入按病种分值付费清算的所有统筹基金总和÷总费用。

当月按病种分值付费可分配资金总额=（年度可分配资金总额－风险调节金）÷12。

统筹地区定点医疗机构当月分值总和=各定点医疗机构当月分值之和。

定点医疗机构当月分值=该定点医疗机构当月病例总分值×该定点医疗机构系数。

第三十一条 【年度清算】 各统筹地区医疗保障部门根据年度可分配资金总额，结合协议管理、考核、监测评估等因素，开展统筹地区医疗费用年度清算。年度清算按照下列规则确定。

（一）确定统筹地区年度分值总和。各统筹地区医疗保

障部门可结合年度考核结果，根据各定点医疗机构年度分值确定统筹地区年度分值总和。

（二）确定年度分值点值。

年度分值点值=（年度可分配资金总额－风险调节金）÷统筹地区医保记账比例÷统筹地区年度分值总和。

统筹地区年度分值总和=各定点医疗机构年度分值之和。

定点医疗机构年度分值=该定点医疗机构年度病例总分值×该定点医疗机构系数。

（三）确定年度预清算总额。

定点医疗机构年度预清算总额=该定点医疗机构年度分值×年度分值点值－该定点医疗机构参保人员年度住院个人支付医疗费用总额－该定点医疗机构年度其他补充医疗保险支付的医疗费用总额－该定点医疗机构年度医疗救助支付总额。

（四）确定应拨付医疗保障统筹基金。

各定点医疗机构年度清算应拨付费用=各定点医疗机构年度预清算总额－已拨付的月度预拨付或月度预结算费用－审核违规扣减总额－周转金。

（五）二次分配。各统筹地区医疗保障部门制定二次分配具体规则。

定点医疗机构获得二次分配资金=（合理超支分担后剩余的风险调节金+审核违规扣减总额）÷统筹地区年度分值总

和×该定点医疗机构年度分值。

第八章 结余留用、超支分担机制

第三十二条 【建立留用分担机制】各统筹地区医疗保障部门应建立结余留用、合理超支分担机制，年度按病种分值付费区域总额预算中的风险调节金，用于合理超支分担支出。

第三十三条 【具体做法】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，按协议拨付定点医疗机构留用，可作为医疗机构发展资金和绩效奖励。定点医疗机构住院年度清算总额低于定点医疗机构住院实际医疗保障统筹基金记账金额的超支部分，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。具体结余留用和合理超支分担规则由各统筹地区医疗保障部门制定。

第三十四条 【定点医疗机构清算总额】年度清算后，定点医疗机构如有结余，则其年度医疗保障统筹基金支付金额由该定点医疗机构实际医疗保障统筹基金记账金额、结余留用金额和二次分配金额组成。定点医疗机构如有超支，则其年度医疗保障统筹基金支付金额由该定点医疗机构年度预清算总额、合理超支分担金额和二次分配金额组成。

第九章 谈判协商机制

第三十五条 【支付方式改革专家库】 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。鼓励高校及研究组织推荐社会公信力高的医疗保障管理、卫生健康管理及编码、统计、信息等专家参加。各地级以上市医疗保障行政部门可参照建立支付方式改革专家库。

第三十六条 【专家评议组织定义】 各地级以上市医疗保障行政部门牵头建立专家评议组织，专家评议组织由本统筹地区医保定点医疗机构代表组成。原则上每一定点医疗机构派一名代表，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，原则上由 7 或 9 名专家组成，从定点医疗机构代表中推选。

第三十七条 【专家评议组织评议内容】 各统筹地区医疗保障行政部门可根据实际，将病种目录库和分值调整、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其他事项，定期交由专家评议组织评议并提出书面意见。逐步建立病种调整的触发机制。

第三十八条 【专家评议组织议事程序】 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。议事会议由各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请会议表决，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。具体议事规则由各统筹地区医疗保障行政部门确定。

第三十九条 【建立争议意见收集处置反馈机制】 各统筹地区医疗保障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的定点医疗机构、医务人员反馈，提升医务人员参与度。

第十章 特殊病例单议机制

第四十条 【特殊病例定义和意义】 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合适按病种分值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，一般以统筹地区或单个医疗机构为单位，病例数量不超过按病种分值付费结算人次的 5‰。特殊病例单议机制为复杂危重疾病留下结算空间，用于解决医疗机构推诿特重病患者或分解住院等问题。

第四十一条 【特殊病例单议】 各统筹地区要建立特殊病例单议机制。特殊病例可通过国家医保信息平台或线下方

式提出申请。各统筹地区医疗保障部门收集医疗机构提出的特殊病例申请，按月或季度组织专家评议组织进行评议和协商谈判，评议其高额医疗费用的合理性，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数量、审定通过的数量等要向医疗机构公布。

第四十二条 【特殊病例增补为核心病种】 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种分组条件的，经专家评议组织评议、统筹地区医疗保障行政部门审定后，可增补到病种目录库核心病种。

第十一章 监测分析和考核监督

第四十三条 【建立考核评价机制】 各统筹地区医疗保障部门应建立考核评价机制，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，为年度清算等工作提供经办依据，规范定点医疗机构服务行为。

第四十四条 【结算清单质控】 各统筹地区医疗保障部门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，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。

第四十五条 【智能审核】 各统筹地区医疗保障部门应

结合按病种分值付费工作开展智能审核，实施大数据实时动态智能监控，推动将病种变异系数、时间消耗指数、费用消耗指数等按病种分值付费监控指标，运用到事前提醒、事中审核、事后监管。

第四十六条 【开展监测分析】 各统筹地区医疗保障部门应开展按病种分值付费运行监测。从医疗保障基金、病种费用、定点医疗机构等维度进行实时分析，实时掌握基金支出、病种收治结构、医疗服务变化等情况，防范系统性风险。

第四十七条 【监测分析报告】 建立按病种分值付费监测分析机制。各级医疗保障部门应定期开展按病种分值付费监测分析工作。

第四十八条 【违规行为处理】 定点医疗机构有分解住院、挂床住院、高套分值、降低入院标准或者疾病和手术操作编码填写不准确、不规范等违法违规行为的，按照相关法律法规、政策规定及服务协议进行处理。建立管理结果与年度清算挂钩机制。

第十二章 附 则

第四十九条 【保障机制】 各统筹地区应成立按病种分值付费改革领导小组，加强对按病种分值付费改革工作的统筹协调。

第五十条 【宣传培训】 各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，准确解读按病种分值付费政策，及时宣传按病种分值付费改革的进展和成效，争取社会各方的理解和支持。

第五十一条 【调整依据】 省医疗保障部门根据医疗保障重大政策调整、国家医疗保障部门部署等情况，对按病种分值付费政策适时进行调整。

第五十二条 【适用范围】 本管理办法适用于职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险的按病种分值付费管理工作。

第五十三条 【生效时间】 本管理办法由省医疗保障行政部门负责解释。本管理办法自 2025 年 月 日起执行，有效期 5 年。