

河南省医疗保障局文件

豫医保办〔2025〕39号

河南省医疗保障局 关于印发《河南省基本医疗保险按病种付费 管理办法（试行）》的通知

各省辖市、济源示范区医疗保障局，航空港区组织人事部，局机关各处室，局属各单位：

现将《河南省基本医疗保险按病种付费管理办法（试行）》印发给你们，请结合实际认真贯彻执行。

各地在执行中如遇重大问题，请及时反馈河南省医疗保障局。



河南省基本医疗保险按病种付费管理办法

(试 行)

第一章 总 则

第一条 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）、《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）、《国家医保局办公室 财政部办公厅关于做好医保基金预付工作的通知》（医保办函〔2024〕101号）、《国家医疗保障局关于印发〈国家医疗保障按病种分值付费（DIP）技术规范（2.0版）〉的通知》等要求，为进一步规范全省按病种付费管理工作，结合我省实际，制定本办法。

第二条 按病种付费是深化医保支付方式改革的重要组成部分，主要目标是促进医疗卫生资源合理利用、充分保障参保人员待遇水平、推进医保基金平稳高效运行。本办法所指的按病种付费包括按病组（DRG）和按病种分值（DIP）付费两种形式。

第三条 本办法适用于省内开展DRG/DIP付费改革的统筹地区医保部门与定点医疗机构（以下简称医疗机构）结算住院医疗费用的管理（含异地就医）。参保人员在医疗机构住院结算按照相关医保政策执行，医保待遇不受按病种付费影响。

第四条 省级医保行政部门按照国家要求落实省域内按病种付费管理职责，指导全省支付方式改革工作，逐步实现全省按病种付费政策、技术标准和服务管理统一。各统筹地区医保行政部门负责制定按病种付费相关政策并组织实施，加强与相关部门、医疗机构的协调配合，细化实施办法和管理措施等，有序推进改革落地。

第五条 各统筹地区医保经办机构负责落实医保支付方式改革纳入定点服务协议管理和 DRG/DIP 预算编制、基金预付、结算清算、稽核考核、系统维护、政策宣传及运行分析等工作。

第六条 医疗机构按照医保协议约定，负责制定完善与医保支付方式改革相一致的内部管理制度、信息化建设等配套措施。及时完成病案审核，按规定上传参保人员住院病案首页、医保结算清单等相关信息。

第二章 预算管理

第七条 按病种付费实行区域总额预算管理，遵循“以收定支，收支平衡，略有结余”的原则，确定本年度 DRG/DIP 付费基金支出预算总额（以下简称 DRG/DIP 付费预算总额）。DRG/DIP 付费实行单独预算、单独管理。

第八条 每年初，各统筹地区医保经办机构根据本年度基金收入、参保人数及增长预期、参保人员缴费水平和上年医疗总费用、医保基金支出、各类医疗机构收治病人数、药品和医用耗材

集采降价等指标，确定年度 DRG/DIP 付费预算总额，编制基金预算，制定实施方案，报同级医保行政部门备案后实施。本地就医和异地就医预算应分项分类编制，职工、居民医保 DRG/DIP 付费预算总额应分别编制。

第九条 各统筹地区医保经办机构编制 DRG/DIP 付费预算总额时，可单独预留一定比例的区域调节金，用于年度清算合理超支分担等情况。区域调节金用于合理超支分担支出后的剩余部分，可用于年度清算的二次分配。

第十条 年度清算时，各统筹地区医保经办机构可根据当年统筹基金收入及年度住院统筹基金实际发生额等情况，并综合考虑参保人数变化、医保政策变动、公共卫生事件、重大自然灾害等因素影响，提出 DRG/DIP 付费年度预算总额调整方案，报同级医保行政部门备案后实施，原则上应保证年度医保统筹基金支出预算总额的稳定性。

第三章 病种分组

第十一条 省级医保部门根据国家 DRG/DIP 分组方案要求，以病种成组前的历史三年清算数据为基础，形成省级 DRG/DIP 分组方案。各统筹地区医保部门结合当地实际测算形成本地分组，原则上不得超出省级分组方案范围。

第十二条 DRG 分组是将患者的诊断、治疗过程和资源消耗进行标准化分组，包括主要诊断大类、核心分组和细分组。主

要诊断大类根据解剖部位和疾病性质确定。核心分组主要通过临床论证进行调整。细分组是对同一个核心分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 DIP 成组的核心是根据大数据理论，通过分析真实世界的历史数据，将诊断相同、临床过程相似、资源消耗相近的历史病例，按照“疾病诊断+治疗方式”的组合方式形成病种。

1. 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，使用历史病案的医保版疾病诊断编码和手术操作编码，按照“主要疾病诊断+主要手术操作+其他手术操作”的规则聚类组合形成的病种。原则上各统筹地区所有医疗机构出院病例中达到临界值及以上的病种作为核心病种，作为 DIP 结算的主要付费单元。

2. 综合病种。是将历史数据穷举聚类形成的病种组合中，病例数在临界值以下的病种，按照“主要疾病诊断+主要手术操作的具体属性”再次进行收敛聚类，作为核心病种的补充。

3. 临界值。设置病例数临界值，用于区分 DIP 核心病种与综合病种。病例数临界值的确定可结合当地情况设定固定值，也可根据当地病例数据的规模进行测算，以达到临界值以上的病例数能覆盖一定比例（如大于等于 90%）来设定。

第十四条 省级医保部门遴选中医优势明显、诊断明确、疗效确切的病种为中医优势病种，开展按疗效价值付费；设置中医特色病种，对照相应西医诊断 DRG 病组权重/DIP 病种分值合理

提高 DRG/DIP 支付标准，体现中医药治疗疾病的独有优势。各统筹地区医保部门可结合当地实际自主新增或调整，建立本地化中医优势病种和中医特色病种目录。

第十五条 省级医保部门遴选基层医疗机构收治占比较大、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，设置为基层病种，不区分医疗机构级别、系数，在统筹地区内实行同病同标准支付。各统筹地区医保部门结合实际筛选形成本地基层病种目录，明确支付标准。超出省级目录范围的要向省级医保部门备案。逐步探索省内同病同标准支付。

第十六条 各统筹地区医保部门可结合实际将符合条件的日间治疗病种纳入 DRG/DIP 付费管理。包括日间手术病种、恶性肿瘤门诊放化疗病种等；以及采用中医治疗为主的诊疗方案，需持续治疗但当次治疗完成后无需留院观察，可按照住院政策结算的中医日间病种等。

第十七条 各统筹地区医保部门对于医疗康复、安宁疗护和精神类疾病等需要长期住院治疗的，可实行按床日付费，也可探索基于 DRG/DIP 付费的床日 DRG 权重/点数、DIP 分值结算方式。

第四章 病种支付

第十八条 实行 DRG 的统筹地区根据 DRG 病组的次均费

用与所有病例均费的比值确定该 DRG 病组的权重/点数。实行 DIP 的统筹地区根据 DIP 病种的次均费用与所有病例均费的比值确定该 DIP 病种的分值。

第十九条 各统筹地区医保部门根据当年 DRG/DIP 付费预算总额，预测当年住院总费用、住院人次等，计算 DRG 总权重/点数、DIP 总分值，将当年住院总费用分配到每一权重/点数、分值上，分别测算 DRG 费率/点值、DIP 点值。

第二十条 实行 DRG 的统筹地区可结合医保基金运行情况，探索将临床必需、使用范围及数量明确的高值医用耗材从 DRG 分组中分离单独测算权重/点数，按照使用数量计算。原则上不受特例单议比例限制。

第二十一条 各统筹地区医保部门通过设置 DRG/DIP 付费系数，体现各类型医疗机构之间治疗同种疾病所需次均住院费用的客观差异。可采用按医疗机构等级与类别，并结合多因素综合考虑设置。

1. 医疗机构等级系数。

即综合考虑各医疗机构级别、类型、医疗费用的客观差异，以及医保部门对医疗机构绩效考核情况等综合因素，将医疗机构分为不同等级类型，计算不同类型医疗机构系数。

2. 医疗机构调节系数。

综合考虑不同医疗机构在参保人员病情、提供医疗服务过程中所消耗的医疗资源、重点专科建设特色等方面存在的差异性，

设置调节系数。可结合医疗机构的医疗水平、专科特色（如区域医疗中心、医学中心等）、病种结构（如 CMI 值）、绩效考核结果、协议履行情况等因素，通过对多维管理指标进行加权计算，确定医疗机构调节系数，引导医疗机构回归功能定位，从“多劳多得”向“优劳优得”转变。

第二十二条 实行 DIP 的统筹地区针对病种内导致费用存在明显差异的合并症指数（CCI）分型、疾病严重程度、年龄特征、重症监护等影响因素，遵循必要、客观、尊重临床实际的原则，可以设置辅助分型应用类型，测算辅助分型调节系数，对受影响的病种进行细化，明确一定的应用条件，最大程度地契合成本，对病种分值进行校正。

第二十三条 各统筹地区医保部门可结合实际建立基于大数据的费用异常病例筛选机制，并对付费标准进行调整，合理的费用超高病例可以纳入特例单议。按中医优势病种疗效价值付费的病例不纳入费用异常病例范围。

1. DRG 费用超高病例。

(1) 属于权重 ≤ 2 （或稳定病组中基准点数小于或等于 200 点）的病组且费用高于本病组付费标准 3 倍的病例；

(2) 属于 $2 < \text{权重} \leq 3$ （或稳定病组中基准点数大于 200 点且小于或等于 300 点）的病组且费用高于本病组付费标准 2.5 倍的病例；

(3) 属于 $3 < \text{权重} \leq 5$ （或稳定病组中基准点数大于 300 点且

小于或等于 500 点) 的病组且费用高于本病组付费标准 2 倍的病例;

(4) 属于权重 >5 (或稳定病组中基准点数大于 500 点) 的病组且费用高于本病组付费标准 1.5 倍的病例。

2. DIP 费用超高病例

费用超高病例是指费用大于或等于同级别医疗机构 DIP 病种支付标准 2—3 倍 (含) 的病例。为了兼顾临床复杂性和支付调控的有效性, 既要承认一定比例费用超高病种存在的合理性, 也要防范医疗机构由于非合理原因发生大量的费用超高病例。

3. DRG/DIP 费用超低病例

费用超低病例是指住院总费用小于等于 DRG/DIP 支付标准 50% 的入组病例。

第二十四条 实行 DRG 的统筹地区医保部门根据基础费率/点值、等级系数或病组级别系数与各病组权重值/基准点数, 确定各 DRG 病组付费标准。实行 DIP 的统筹地区医保部门根据 DIP 分值、点值、等级系数 (辅助分型调节系数) 等, 确定各 DIP 病种付费标准。

第五章 配套管理

第二十五条 各统筹地区医保部门根据 DRG/DIP 实际运行情况、新技术运用、政策调整等因素, 由医保经办机构根据历史结算数据测算结果, 提出 DRG/DIP 分组、目录及权重/点数或

分值、医疗机构等级系数等调整方案，并与医疗机构谈判协商达成一致意见，报同级医保行政部门备案后实施。

第二十六条 各统筹地区医保部门要建立特例单议工作机制。综合考虑病例的住院天数、医疗费用、新药品耗材等因素设置申报条件，实施医疗机构按要求申请和医保经办机构通过大数据筛选等方式，按季度或按月组织专家对特例单议病例进行审核评议，对评议通过的特殊病例费用重新核定分值或实行按项目付费，不予通过的要及时告知申请医疗机构。每半年对域内各定点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，鼓励医疗机构优化内部管理，减轻医务人员申报特例单议工作负担。一般以统筹地区为单位，特例单议的病例数量原则上为当期DRG出院总病例的5%或DIP出院总病例的5%以内。纳入特例单议的病例范围包括但不限于：

1. 住院天数明显高于该病种平均住院天数的病例。
2. 费用超过DRG/DIP支付标准一定倍数以上的病例。
3. 重症及未在分组方案内包含的多学科或联合手术病例。
4. 新发及爆发流行的法定传染病患者。
5. 其他符合规定的情形。

第二十七条 对经市级以上卫健部门认定的新医疗技术项目应用的病例，医保部门可以实行单独核算，补偿后支付比例不低于90%。此类病例的数量由各统筹地区结合实际确定，原则上不受特例单议比例限制。

第二十八条 各统筹地区医保部门可实行药品、医用耗材集采与 DRG/DIP 支付挂钩，集采当年涉及的 DRG/DIP 病组支付标准不作调整，次年起可按照上年度费用发生情况重新确定支付标准。

第二十九条 各统筹地区医保部门要建立预付金机制。根据基本医疗保险基金结余情况，向管理规范、信用良好以及在医保政策落地等方面表现较好的医疗机构预付 1 个月左右的周转金（即预付金），帮助医疗机构缓解资金压力，要明确对象、条件、标准、程序、结算清算方式等。原则上职工医保统筹基金累计结余可支付月数不低于 12 个月、居民医保基金累计结余可支付月数不低于 6 个月可实施医保基金预付。上年已出现当期赤字或者按照 12 个月滚动测算的方法预计本年出现赤字的统筹地区，不能预付。预付金拨付情况应于每年年底向社会公布，接受监督。

第三十条 各统筹地区医保部门要积极落实医保基金结算改革工作，推进医保与定点医药机构即时结算，采取多种措施缩短结算周期，进一步减轻医药机构资金周转压力。

第三十一条 各统筹地区医保部门要建立意见收集反馈工作机制。可采取公布意见收集反馈邮箱等方式，畅通意见收集反馈渠道，在政策出台、分组调整、结算清算等各个环节充分征求相关单位、相关部门、相关人士意见建议，提升社会各界参与改革的积极性，凝聚各方改革共识。

第三十二条 各统筹地区医保部门要建立谈判协商工作机

制。成立 DRG/DIP 专家组，由临床、医保、药学、病案、财务、信息、法律等方面专家组成。在开展 DRG/DIP 分组、权重/点数、费率/点值等相关工作评审评议时，应邀请专家组成员参与集体讨论、充分沟通协商。

第三十三条 各统筹地区医保经办机构要按月开展 DRG/DIP 付费运行分析，加强基金运行分析结果运用，增强数据分析对付费改革的指导性和前瞻性；建立 DRG/DIP 基金运行监测指标体系，制定监测方案，设立监测项目，对 DRG/DIP 付费改革的实施效果进行周期性评价，发现问题要及时提醒并指导医疗机构进行核实处理。运行分析结果要报送同级医保行政部门。

第三十四条 各统筹地区医保部门要建立医保数据公开机制。成立医保数据工作组，按月向统筹地区内定点医药机构公开医保数据，条件尚不具备的可按季度公开。一年内至少开展 2 次线下面对面数据发布活动，每年第 1 季度和年度清算完成后 1 个月左右两个时间节点以线下面对面发布为主，提高工作透明度，促进医保数据和医疗数据共享共用共治，实现医保数据赋能医疗机构发展。公开数据内容包括本地和异地医保基金收支结余情况、预算执行情况、DRG/DIP 付费、结算清算进度等。

第六章 结算清算

第三十五条 医保经办机构每月按医疗机构 DRG/DIP 病例发生费用进行结算，及时向医疗机构反馈 DRG/DIP 入组、结算

等情况。结算程序为：

1. 住院数据上传与整理。原则上医疗机构于参保人员出院之日起5个工作日内上传参保人员医保结算清单等相关数据信息。

2. 审核与结算支付。医保经办机构应根据医疗机构上传数据进行费用明细合理性审核等工作，并制定基金支付计划，按时拨付医疗机构医疗费用，及时将结算明细反馈至医疗机构。

3. 非正常数据处理。超过规定时限上传、因数据质量及其他原因未入组等非正常数据住院病例不纳入DRG/DIP月度结算。医保经办机构年终清算时结合实际统一进行处理。

第三十六条 各统筹地区医保部门可以建立年度清算激励约束机制，实行DRG/DIP付费预算“结余共享、合理超支分担”，并与相关考核指标相挂钩。根据年度基金运行和DRG/DIP考核评价情况，适当调整医疗机构清算费用。

第三十七条 各统筹地区医保部门根据医保基金运行情况，按照“总量稳定、变量浮动、增量约束、减量激励”原则，合理控制医疗机构住院统筹基金支出的增长幅度。年度清算时，各统筹地区可以年初确定的住院统筹基金支出年度增长率、同级别医疗机构住院统筹基金支出平均增长率等为基准，对增长率低于基准值的医疗机构可予以激励，对增长率高于基准值的医疗机构予以约束。

第三十八条 各统筹地区医保部门可结合医保基金运行情

况，探索将使用国家谈判药品中的高值药品且未纳入 DRG/DIP 付费标准测算的病例，清算时可以根据使用情况予以补偿，相关 DRG/DIP 支付标准调整后，按调整后的标准结算。

第三十九条 各统筹地区医保部门根据 DRG/DIP 实际运行情况，年度清算时可以进行结构性调整，适当降低检查检验类和非集采药品耗材类等 DRG/DIP 支付标准，适当调高医疗服务类、集采药品耗材类、高龄重症病例类以及国家（行业）政策规定需要支持的项目类等 DRG/DIP 支付标准。

第七章 监测监管

第四十条 省级医保经办机构负责指导各统筹地区开展 DRG/DIP 监测、监管和评价工作。各统筹地区医保经办机构要依据医疗机构质量管理与控制、等级医院评审标准等相关质控指标，结合住院满意度、病组绩效对比等指标，采取日常与年终考核相结合的形式，对医疗机构 DRG/DIP 付费工作进行客观、公正、全面的考核评价。考核结果与质量保证金返还相挂钩。

第四十一条 各统筹地区医保经办机构要对结算清单、病案质量进行全面监管，不断加强智能审核，对结算清单进行全面审核。定期组织专家和医疗机构有关人员，也可引入第三方监管服务，逐步提高对 DRG/DIP 大数据的挖掘分析能力，切实提升医保智能监管水平。

第四十二条 各统筹地区医保经办机构要完善医疗机构协议

管理，明确医保经办机构与医疗机构在 DRG/DIP 付费中应尽的职责、义务及各项违约责任，明确 DRG/DIP 数据质量管理要求、结算方式及流程、协商谈判程序、医疗机构绩效管理等内容。

第四十三条 各统筹地区医保部门要根据按病种付费特点，完善智能审核和监控规则，推进事前提醒接入和应用，重点对分解住院、高编高套、低标入院、推诿病人、治疗不足、转嫁住院费用、不符合出院标准强制出院等行为进行监管。创新监管方式，加强大数据筛查分析，推动线上智能监管与线下专项检查、飞行检查相结合，加大欺诈骗保打击力度。

第四十四条 医疗机构要规范临床诊疗行为，因病施治、合理用药，严格控制个人自费费用比例，不得变相增加参保人员个人负担。要加强医保、病案、质控、信息化等专业技术人员队伍能力建设；要高度重视医疗基础信息管理，规范填写结算清单、病案首页，实时将所有就诊参保人员的医疗费用明细准确上传。

第四十五条 医疗机构要加强病案质量管理，参保人员住院期间实施的各项检查和治疗，应与病情及病程记载相符合，严格按照疾病诊断标准规范填写疾病名称、手术操作名称。出院时要按参保人员入院的主要疾病、合并症、次要疾病正确选择主要诊断及相关的主要手术操作，并依次填写，严禁疾病诊断升级。要配合医保经办机构做好病例抽审、专家论证等工作。

第四十六条 医疗机构要严格控制医疗费用不合理增长。各

级医保经办机构可将年度医保基金支出增长率高于域内平均增长率的医疗机构，列入重点监控名单，实施重点督查。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，相关内容可纳入定点服务协议约定。

第八章 附 则

第四十七条 实行 DRG 的统筹地区可结合实际，选择“DRG 权重费率法”或“DRG 点数法”开展付费工作。

第四十八条 本办法自印发之日起施行，各统筹地区要按照本办法制定 DRG/DIP 管理文件，用于月度结算和年度清算工作。