

国家医疗保障局关于印发按病组和病种 分值付费 3.0 版分组方案并做好

落地实施相关工作的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

为深入贯彻落实党中央、国务院决策部署，持续深化医保支付方式改革，推进按病种付费分组方案动态调整，更好回应临床和患者需求，促进医疗医保相向而行，国家医疗保障局组织专家研究形成了《按病组（DRG）付费 3.0 版分组方案》和《按病种分值（DIP）付费 3.0 版分组方案》（以下统称为“3.0 版分组”），现印发给你们，请遵照执行。

为做好 3.0 版分组落地实施，持续提升按病种付费改革效

— 1 —

果，现就有关工作通知如下。

一、扎实做好 3.0 版分组落地实施

（一）稳妥推进 3.0 版分组落地。3.0 版 DRG 分组包括核心分组（ADRG）492 个病组、细分组（DRGs）825 个病组；3.0 版 DIP 核心病种库包括 5125 个病种。省级医保部门按照要求，在保持与国家医保局 DRG 核心分组一致、DIP 核心病种基本一致的基础上，广泛听取医疗机构意见建议，制定并发布省级分组方案，统筹地区可视情况调整完善。原则上，实施按病种付费的地区和医疗机构要在 2026 年 12 月 31 日前完成 3.0 版分组的切换准备工作，2027 年 3 月底前落地应用。

（二）规范基层病种推进同病同付。按照医疗卫生强基工程实施方案有关要求，为充分发挥医保支持基层医疗卫生服务发展作用，3.0 版分组明确了第一批基层病种，其中 DRG 基层病组 31 个，DIP 基层病种 127 个，供地方参考使用。各地要加快推进以省为单位规范基层病种范围，提高政策的统一性、规范性。统筹地区要充分考虑医保基金承受能力、本地基层医疗机构服务水平、参保群众需求等因素，合理确定基层病种范围和支付标准，实行统筹地区内不同等级医疗机构基层病种同病同付。

（三）提升数据质量夯实信息基础。持续推进医保信息平台支付方式管理子系统建设与应用，做好 3.0 版分组器本地化升级，完善信息系统中相关支付参数、结算规则配置，平稳做好病例入组、结算清算等工作。定点医疗机构要严格执行全国统一的

— 2 —

医保结算清单填报规范，准确使用医保版疾病诊断和手术操作编码，及时上传医保结算清单，确保按病种付费的各项指标数据真实准确。

二、提高按病种付费精细化管理水平

（四）强化按病种付费总额管理。统筹地区要以基金支出预算为基础强化支出总额管理，按照门诊和住院、本地和异地等分项细化，并合理确定住院服务按病种付费总额。同时可在当年基金支出总额中预留一定比例资金，用于平衡政策调整、服务量变动等因素影响，进一步优化总额结构。支持有条件的地区探索按季度或月度合理分配按病种付费总额额度，提高精细化水平。

（五）规范病种支付标准测算核定。省级医保部门要指导统筹地区根据医保基金运行、疾病谱变化、本地历史医疗数据以及医疗技术创新发展方向，综合考虑医疗服务价格调整、药品耗材集中带量采购、医保目录变化等因素，做好病种权重（分值）、费率（点值）测算，合理确定病种支付标准，支持医疗机构平稳运行、可持续发展。鼓励实行浮动费率的地区结合实际探索实行弹性费率，可将按病种付费总额划分为存量与增量，实行存量费率固定、增量费率浮动；或将医疗机构收治的病种划分为重症和轻症，实行重症病种费率固定、轻症病种费率浮动；或实行部分基础药品、耗材费率固定，医疗服务项目费率浮动。综合考虑医疗机构等级、功能定位、专科特色以及落实医保领域相关改革情况等因素，合理设定按病种付费调节系数，与卫生健康部门和定

— 3 —

点医疗机构充分沟通，提升规范性、透明度。

（六）优化特例单议机制提高审核效率。各地要充分发挥特例单议对医疗机构使用新药耗新技术、收治疑难复杂重症的支持性作用，原则上，实行 DRG 付费的统筹地区特例单议数量不超过 DRG 出院总病例的 5%；对实行 DIP 付费的统筹地区特例单议数量进行适度调整优化，2027 年起可不超过 DIP 出院总病例的 1%。特例单议的数量和比例原则上以统筹地区为单位使用，避免简单平摊到各医疗机构，可根据医疗机构级别、类型及功能定位等实施差异化管理。统筹地区医保部门要持续完善特例单议申请条件、优化工作流程，依托信息化手段提高病例审核效率，鼓励应用线上双盲评审功能模块，实现按季度或按月审核，并以适当方式对定点医疗机构特例单议申请、审核、结算清算情况予以公示。国家和省级医保部门定期汇总相关信息后，以适当形式公开。

三、稳步提升医保基金结算清算效率

（七）加快推进基金结算清算提质增效。各地应按要求推进基金结算改革，落实预付金制度，整合优化各项医保基金预付。全面推进即时结算，不断扩大即时结算资金占比和即时结算定点医疗机构占比，推动对即时结算资金智能审核全覆盖。实施医保基金清算提质增效三年行动计划，持续推动清算提速，不断优化资金拨付结构，积极推进季度清算。

（八）规范病种结余留用管理机制。各地要落实“结余留用、

— 4 —

合理超支分担”政策要求，进一步细化完善按病种付费结余留用及合理超支的范围和比例等规定。加强对定点医疗机构医保基金使用的绩效考核，对医疗机构实行按病种付费结余留用激励，结余留用资金可作为医疗机构业务性收入，用于学科发展、人员绩效等业务性支出。因政策重大调整、重大传染病等因素造成的合理性超支，按规定由医保基金与医疗机构按比例分担。分担超支部分的资金优先在按病种付费总额中安排，不足部分可使用从总额中预留的资金补充。医疗机构不得将病种支付标准作为限额对科室或医务人员进行考核或与绩效分配指标挂钩。

（九）统筹推进异地就医按病种付费。持续巩固省内异地就医住院直接结算按病种付费，省级医保部门要完善异地就医按病种付费管理措施，指导各统筹地区做好分组、权重（分值）、费率（点值）、调节系数等核心要素管理和动态调整，以省为单位逐步实现省内异地就医病种分组、支付标准测算方法、经办管理的规范统一。统筹地区医保部门要做好异地就医结算清单上传，为测算病种支付标准提供数据支撑。就医地医保部门要将异地就医人员医疗费用、诊疗行为、医保结算等纳入本地同质化管理。稳步推进跨省异地就医住院直接结算按病种付费工作，探索制定按病种付费支付标准测算方法，建立跨省协同结算规则。

（十）建立数据工作组常态化数据发布机制。各地要将医保数据发布作为推动医保支付方式改革工作的重要抓手，持续做好数据发布工作，提升发布质量，通过全国统一的医保信息平台数

— 5 —

据工作组功能模块，实现数据自动推送和动态监测。鼓励有条件的地区提升数据发布智能化水平，深度挖掘分组运行、基金使用、医疗服务、成本效率等维度数据价值，自动生成分析报告，以数据赋能医疗机构精细化管理。省级医保部门要指导统筹地区因地制宜开展病种专题分析，优先选择结算人次较多、结算金额较大、入组结算问题比较突出、医疗机构关注度高的病种，每年选择不少于 5 个病种开展专题分析，在医保数据集中发布时向定点医疗机构公开。

四、组织实施

各地要充分认识按病种付费 3.0 版分组落地实施的重要意义，统一思想认识，强化组织领导，将改革任务落实纳入部门重点工作统筹推进。省级医保部门负责推进全省按病种付费工作，完善特例单议、意见收集反馈、谈判协商、医保数据工作组、病种结余留用等配套措施。统筹地区医保部门按要求抓好 3.0 版分组落地、经办管理、谈判协商、结算清算等工作。支持有条件的地区完善分组规则，试点探索 DRG 和 DIP 融合发展。要加强按病种付费与医药卫生领域重点改革联动，深化医保、医疗协同，加强政策解读和技术培训，将按病种付费有关政策培训纳入医务人员继续医学教育管理体系。畅通意见收集反馈渠道，及时做好医疗机构和医务人员意见收集和沟通，引导医疗机构主动适应 3.0 版分组要求，优化内部管理、规范医疗服务行为。

各地要加强对按病种付费改革进展和效果的监测，密切关注

— 6 —

参保人相关诉求反映，发现影响参保人正常权益的行为要及时纠正。工作落实中遇有重大问题及时报送国家医保局。

附件：1. 按病组（DRG）付费 3.0 版分组方案

2. 按病种分值（DIP）付费 3.0 版分组方案

国家医疗保障局

2026 年 8 月 31 日

（主动公开，附件内容请自行在国家医保局官方网站下载）

— 7 —