

# 重庆市医疗保障局 关于印发重庆市基本医疗保险按疾病诊断相关 分组付费办法（试行）的通知

渝医保发〔2021〕67号

各区县（自治县）医疗保障局，两江新区社会保障局、高新区政务服务和社会事务中心、万盛经开区人力社保局，有关定点医疗机构：

为进一步加强基本医疗保险基金管理，确保医疗保险基金收支平衡和可持续发展，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）、《中共重庆市委重庆市人民政府关于深化医疗保障制度改革实施意见》（渝委发〔2020〕26号）和《国家医疗保障局办公室关于印发疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范 and 分组方案的通知》（医保办发〔2019〕36号）文件精神，结合我市实际，我局制定了《重庆市基本医疗保险按疾病诊断相关分组付费办法（试行）》，经2021年第33次党组会审议通过，现印发给你们，请遵照执行。

重庆市医疗保障局

2021年11月26日

# 重庆市基本医疗保险疾病诊断相关 分组付费办法（试行）

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步加强基本医疗保险基金管理，确保医疗保险基金收支平衡和可持续发展，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）、《中共重庆市委重庆市人民政府关于深化医疗保障制度改革实施意见》（渝委发〔2020〕26号）和《国家医疗保障局办公室关于印发疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范 and 分组方案的通知》（医保办发〔2019〕36号）文件精神，结合本市实际，制定本办法。

**第二条** 全市开展总额预算下按疾病诊断相关分组（以下简称“DRG”）付费的二级及以上基本医疗保险定点医疗机构与基本医疗保险统筹基金结算适用本办法。

**第三条** 市医疗保障局根据国家和我市医保付费改革有关要求，结合医保基金支出发生和定点医疗机构住院病例综合情况，确定我市 DRG 付费试点的医疗机构范围，并向社会公布。市、区县（自治县）医疗保障经办机构（以下简称经办机构）与 DRG

付费定点医疗机构通过协议明确 DRG 付费中的权利和义务。DRG 付费协议文本由市医疗保障局制定。

## **第二章 基金预算管理**

**第四条** 在医保基金总预算控制前提下,由市级经办机构分别合理编制职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的 DRG 付费预算总额,并报市医保局审定。DRG 付费预算总额包括 DRG 年度住院统筹基金预算和 DRG 住院风险金预算。

**第五条** DRG 年度住院统筹基金预算原则根据上年执行情况 and 年度支出增长率确定,年度支出增长率综合考虑当年度收入预算、重大政策调整和医疗服务数量、质量、能力等因素。

**第六条** 从医保基金预算总额中,按 DRG 年度住院统筹基金预算的 5%提取 DRG 住院风险金,DRG 住院风险金主要用于调节年终清算时特殊情况的支付。

**第七条** DRG 年度住院统筹基金预算确定后,除发生范围较大的突发事件、重大政策调整等影响因素外,原则上不再调整。

## **第三章 支付标准**

**第八条** 根据国家医疗保障疾病诊断相关分组的有关规定,

市级经办机构组织专家评估论证，市医保局根据评估结果，确定和调整我市 DRG 分组和病组权重。探索建立中医优势病种分组，促进中医药服务提供与利用，支持中医药事业的发展。

**第九条** 根据 DRG 病组疾病诊治难易程度，将常见、多发病例确定为基础组，DRG 基础组之外的病组统称为 DRG 非基础组。在 DRG 年度住院统筹基金预算基础上，按照病组病例数，DRG 病组分为稳定病组和不稳定病组，其中组内病例小于等于 10 例为不稳定病组。

**第十条** 确定和调整病组权重应将资源消耗结构、疾病诊治难易程度、医保政策调整等因素作为重要评估指标。各病组首次权重值根据单个病组前三年例均医疗费用与入组所有病例例均费用的比值确定。以后年度权重值根据上年度费用结构并结合实际需要适当调整。计算公式为：

$$\text{DRG 测算权重} = \frac{\text{该 DRG 中病例的例均费用}}{\text{入组所有病例的例均费用}} \quad (\text{保留四位小数})$$

**第十一条** DRG 基础费率根据当年 DRG 住院统筹基金预算和近年住院人次情况，预测当年住院总费用、住院总人次，计算住院总权重，将当年 DRG 住院总费用分配到每一权重形成（计算公式见附件）。正式付费启动之初，由于形成 DRG 住院统筹基金预算的基础数据处于逐步完善阶段，导致 DRG 住院统筹基金预算准确性受到影响，DRG 基础费率可暂时根据上年度 DRG 病组数据测算形成。

**第十二条** 根据医疗机构结算等级设置二、三级两个级别费率（计算公式见附件），根据级别费率确定基础组和非基础组各病组付费标准。

（一）DRG 基础组。按照“同城同病同价”原则，以二级级别费率和相应病组权重计算付费标准。计算公式为：

各 DRG 基础组付费标准=二级级别费率×各 DRG 权重

（二）DRG 非基础组，按照“同级同病同价”原则，根据医疗机构对应级别费率分别计算付费标准。计算公式为：

各 DRG 非基础组付费标准=级别费率×各 DRG 权重

## 第四章 结算管理

**第十三条** 在 DRG 单独预算建立之前，定点医疗机构 DRG 月度拨付金额纳入医疗机构总额控制结算。探索建立 DRG 单独预算，逐步实行 DRG 总额预算付费结算。

**第十四条** 入组病例基金支付费用，由市医保局按国家有关规定结合我市实际确定（计算公式见附件）。

**第十五条** 经办机构与定点医疗机构按照“月度预拨、年终清算”的方式进行医疗费用结算。

（一）月度结算。

经办机构每月按定点医疗机构 DRG 病例发生费用进行月度

预拨，预拨时按 DRG 统筹基金支付费用的 3%预留质量保证金，用于年度考核清算。

定点医疗机构 DRG 月度拨付金额=定点医疗机构 DRG 月度结算金额×97%

DRG 月度结算针对定点医疗机构部分特殊病例按以下原则结算。

1. 已实行按单病种、床日、日间手术结算的病例暂按原支付方式结算。

2. 住院总费用高于 DRG 支付标准 3 倍（含 3 倍）的入组病例，定义为费用极高病例。在保证鼓励危急重症患者得到及时有效的治疗的同时着力避免过度医疗。对费用极高病例采取抽审后，实行按项目付费。但费用极高病例人次不得超出当期本院该病组出院人次的 5%。如果超过 5%，则按照住院总费用高于 DRG 支付标准的差额从高到低进行排序，取排序在前 5%的人次所对应的病例抽审通过后按项目进行月度结算，其余超出病例按 DRG 支付标准进行月度结算。

3. 住院总费用低于 DRG 支付标准 30%（含 30%）的入组病例，定义为费用极低病例。要加大对费用极低病例分布异常机构的监管力度，提升医保基金使用效率，费用极低病例按项目直接进行月度结算。

4. 住院天数小于 2 天或大于 60 天的病例原则上按项目进行

月度结算。

5. 对于不稳定病组，暂按权重值为 1 进行月度结算。

6. 以下情况相关费用按最低权重组进行月度结算：

(1) 定点医疗机构未按规定时间上传的病例；

(2) 因数据质量错误导致不能正常入组的病例；

(3) 由于疾病诊断/手术或操作编码不规范等原因导致的不能正常入组的病例；

(4) 手术或操作编码与主要诊断不匹配导致的不能正常入组的病例。

(二) 年度清算。经办机构于每年 3 月底前开展定点医疗机构上年度 DRG 付费年终清算。在 DRG 试点初期，建立风险共担机制，确保 DRG 付费标准与病组实际费用在合理范围内，具体在 DRG 付费协议中明确。

**第十六条** 有下列情形之一的，定点医疗机构可向经办机构申请参保患者按项目付费，进行单议结算：

(一) 急诊入院的危急重症抢救患者或死亡病例。

(二) 已在市医保局备案的医疗服务新项目。可暂先按项目付费执行一年后，再根据数据进行测算，修订该病种分组的支付标准。

(三) 超出现行 DRG 分组范围病例。

(四) 经市级经办机构组织专家评议可申请按项目付费的其

他情况。

**第十七条** 定点医疗机构应当在次月 10 日前通过医保信息系统提交单议结算申请，上传上月单议结算的相关数据资料。申请单议结算人次不得超过本年度年初至当期本院 DRG 总出院人次的 3%。

经办机构按照本办法第十六条的规定，对符合（一）（二）两种单议结算情形的病例应当在收到单议申请的当月完成结算。对情况复杂需组织专家评议的应当在收到单议申请的 90 日内完成评议并纳入次月结算。

每月结算时当年医疗机构发起的累计申请单议结算人次不得超过年初至当期本院 DRG 总出院人次的 3%。

**第十八条** 定点医疗机构应当在参保患者出院后及时完成病案审核，按照医疗保障基金结算清单、医疗保障疾病分类及代码标准等国家颁布的各项医保标准，在出院结算之日起 10 日内通过医保信息系统向经办机构上传参保患者医疗保障基金结算清单及相关数据信息，每月 10 日（含）前完成上月病例上传。

**第十九条** 经办机构应当及时对定点医疗机构上传的 DRG 结算信息进行疾病标准认定、费用明细合理性、编码合规性等内容的审核，对审核中发现的 DRG 异常入组等情况及时反馈定点医疗机构，并根据审核情况，及时制定基金支付计划，按照协议约定拨付医疗费用并反馈结算明细。



## 第五章 附则

**第二十条** 我市 DRG 付费按照国家和我市医疗保障基金监督管理有关规定实施监管。

**第二十一条** 市医保局应当加强对参与 DRG 评估论证相关专家的管理，具体办法另行制定。

**第二十二条** 本办法自 2021 年 12 月 1 日起施行。

附件

## DRG 付费办法相关计算公式

### 一、基础费率

预测当年 DRG 住院总费用=当年 DRG 住院统筹基金预算÷  
上一年 DRG 住院统筹基金实际报销比例

上一年 DRG 住院统筹基金实际报销比例=上一年 DRG 住院  
按项目统筹基金支出费用÷上一年 DRG 住院按项目实际发生费  
用

预测当年各 DRG 组例数=上年各 DRG 组例数×(1+前三年  
住院人次的平均增长率)

预测当年 DRG 总权重=∑(各 DRG 预测例数×各 DRG 调整  
后权重)

$$\text{当年 DRG 基础费率} = \frac{\text{当年预测 DRG 住院总费用}}{\text{当年预测 DRG 总权重}}$$

### 二、级别费率

级别费率=当年 DRG 基础费率×等级系数

各级别试点医疗机构等级系数=本级别试点医疗机构每权重  
例均费用÷全市试点医疗机构每权重例均费用(计算结果保留 2  
位小数)

本级别试点医疗机构每权重例均费用=本级别试点医疗机构住院总费用÷本级别试点医疗机构总权重

全市试点医疗机构每权重例均费用=全市试点医疗机构住院总费用÷全市试点医疗机构总权重

### **三、入组病例基金支付费用**

医保基金 DRG 应支付住院费用= $\sum$  [(参保患者住院所属 DRG 组支付标准-全自费费用-先自付费用-起付线-进入大额范围费用) × 综合报销比例]

综合报销比例=参保患者住院按项目统筹基金支付费用÷(政策范围内医疗费用-进入大额范围费用-起付线)

其中：

(一) 全自费费用。指按照有关规定不属于医疗保险基金支付范围而全部由个人支付的费用，以及按规定应由医院承担部分。

(二) 先自付费用。指某些高值材料、药品或项目，按照我市医保政策规定，须先由个人支付的部分，以及超标须由个人承担部分。

(三) 起付线。指按照我市医保政策规定政策范围内费用应先由个人支付的部分。

(四) 政策范围内医疗费用。包括采取准入法和排除法确定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围内医疗费用(不含超标费用和乙类先自付费用)。

(五) 进入大额范围费用。指医保统筹基金报销满限额后进入医保政策范围内医疗费用。

#### 四、DRG 年终清算

(一) 不稳定病组。对于不稳定病组的病例，年末组内病例数超过 10 例后，重新计算权重值，确定付费标准。如果病例数仍≤10 例的，年终清算时按项目核算。

##### (二) 基础组。

1. 当实际发生基金支出费用低于基础组基金总额预算指标 85% (含) 时，按实际发生支付。

2. 当实际发生基金支出费用在基础组基金总额预算指标 85%—100% (含) 之间，基础组基金总额预算结余部分的 50% 纳入基础组支付。计算公式为：

定点医疗机构基础组清算应拨付额=定点医疗机构基础组实际发生基金支出费用×调节系数

$$\text{调节系数} = \frac{\text{全市基础组实际发生基金支出费用} + \text{基础组预算结余部分的 50\%}}{\text{全市基础组实际发生基金支出费用}}$$

3. 当实际发生基金支出费用在基础组基金总额预算指标 100% 以上的，超出基础组基金总额预算指标 15% (含) 以内部分，由 DRG 住院风险金分担 50%，其余部分由定点医疗机构承担。计算公式为：

定点医疗机构基础组清算应拨付额=定点医疗机构基础组实际发生基金支出费用×调节系数

$$\text{调节系数} = \frac{\text{全市基础组基金总额预算} + \text{超出基础组总额预算 } 15\% \text{ (含) 以内部分的 } 50\%}{\text{全市基础组实际发生基金支出费用}}$$

(三) 非基础组。

1. 当实际发生基金支出费用低于非基础组基金总额预算指标 85% (含) 时, 按实际发生支付。

2. 当实际发生基金支出费用在非基础组基金总额预算指标 85%—100% (含) 之间, 非基础组基金总额预算结余部分的 50% 纳入非基础组支付。计算公式为:

定点医疗机构非基础组清算应拨付额 = 定点医疗机构非基础组实际发生基金支出费用 × 调节系数

$$\text{调节系数} = \frac{\text{全市非基础组实际发生基金支出费用} + \text{非基础组预算结余部分的 } 50\%}{\text{全市非基础组实际发生基金支出费用}}$$

3. 当实际发生基金支出费用在非基础组基金总额预算指标 100% 以上的, 超出非基础组基金总额预算 15% (含) 以内部分, 由 DRG 住院风险金分担 50%, 其余部分由定点医疗机构承担。计算公式为:

定点医疗机构非基础组清算应拨付额 = 定点医疗机构非基础组实际发生基金支出费用 × 调节系数

$$\text{调节系数} = \frac{\text{全市非基础组基金总额预算} + \text{超出非基础组总额预算 } 15\% \text{ (含) 以内部分的 } 50\%}{\text{全市非基础组实际发生基金支出费用}}$$

(四) 基础组和非基础组预算结余指标可互相调剂使用。基础组和非基础组预算超支, 医保基金分担金额在 DRG 住院风险金额度范围内安排, 超过 DRG 住院风险金部分医保基金不再分担。