

重庆市医疗保障局 重庆市卫生健康委员会文件 重庆市财政局

渝医保发〔2025〕26号

重庆市医疗保障局 重庆市卫生健康委员会 重庆市财政局 关于印发《重庆市基本医疗保险按疾病诊断 相关分组（DRG）付费管理办法（2025版）》的 通 知

各区县（自治县）医疗保障局、卫生健康委、财政局，两江新区
社会保障局、社会发展局，高新区政务服务和社事务中心、公
共服务局，万盛经开区人社保局、卫生健康局，有关单位：

现将《重庆市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付

费管理办法（2025 版）》印发你们，请遵照执行。

重庆市医疗保障局

重庆市卫生健康委员会

重庆市财政局

2025 年 6 月 27 日

（此件主动公开）

重庆市基本医疗保险按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费管理办法 (2025版)

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市医保支付制度,提高医保基金使用绩效,推进医疗保险可持续发展和基金收支平衡,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)《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和分组方案的通知》(医保办发〔2019〕36号)和《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)等文件精神,结合我市实际,制定本办法。

第二条 全市各级医保部门与定点医疗机构之间的住院医疗费用按疾病诊断相关分组付费(以下简称“DRG付费”)结算,适用本办法。

第三条 重庆市医疗保障、财政、卫生健康等部门共同推动我市DRG付费稳健运行。市级医保部门牵头制定发布统一的政策体系,颁布统一的分组、权重、基础费率、等级系数和激励系数,

明确权重、细分组目录等规则的调整办法；区县医保部门负责推进本区县**DRG**付费改革落地实施。财政部门主要负责对医保基金收支、管理情况实施监督。卫生健康部门主要负责健全完善医疗服务行为、医疗质量安全监管机制，指导医疗机构加强临床路径管理、提高病案首页质量、加强病案编码人员培养配备，推动医疗机构开展内部精细化管理和运营机制转换，以适应**DRG**付费需要。

第四条 纳入**DRG**付费的定点医疗机构范围由市、区县（自治县）医保经办机构按协议地管理原则根据**DRG**付费改革推进要求和医院综合情况确定。原则上符合条件并开展住院服务的医疗机构均纳入**DRG**付费。

第五条 **DRG**付费结算医保基金范围包括职工基本医保统筹基金、职工大额医保基金、城乡居民基本医保统筹基金。

第六条 本办法中所称定点医疗机构的级别、等级均指医保结算等级。

第二章 基金预算管理

第七条 在年度全市医保基金支出预算范围内，对**DRG**付费实行区域预算管理。**DRG**区域预算包括**DRG**付费预算和**DRG**付费风险金预算。

第八条 DRG区域预算原则上根据上年度DRG医疗机构按DRG结算发生数结合项目结算情况、近三年住院人次变化情况等因素确定。从DRG区域预算中预留5%作为DRG付费风险金预算，DRG付费风险金预算用于年终清算。

第九条 市级部门下达全市医保基金支出预算时，一并下达DRG区域预算额。市级医保经办机构根据下达的DRG区域预算额，按照职工基本医保统筹基金、职工大额医保基金、城乡居民基本医保统筹基金和医疗机构医保结算等级分别编制DRG付费预算。

第十条 DRG付费相关预算确定后，除发生重大改革事项、突发重大公共卫生事件、服务量发生较大变化等实际情况，当年原则上不再调整。

第三章 分组与支付标准

第十一条 根据国家医疗保障疾病诊断相关分组的有关技术规范要求，结合临床发展，掌握医疗费用变化趋势，以医保基金收支水平为基础，按照“大版本升级、小版本优化”原则，建立分组方案及支付标准动态调整机制。其中“大版本升级”以国家CHS-DRG分组调整为前提；“小版本优化”根据实际运行变化，组织我市临床、医保、医疗及病案管理专家开展评估论证，

市级医保部门根据评估结果,确定和调整我市**DRG**分组和病组权重。

第十二条 在**DRG**付费下,探索对符合条件的新药新技术在应用初期按项目付费的除外机制,确定调整分组及支付标准或调整支付方式。

(一) 新药新技术。为支持我市定点医疗机构对新药新技术的应用,对新增纳入国家谈判药品目录的药品当年按项目结算支付;对新获批试行价格的医疗服务价格项目单独按项目结算,待其正式转常规后次年纳入**DRG**结算。

(二) 儿童医疗服务。为持续促进我市儿童医疗卫生服务能力提升,优化涉及儿童医疗成本差异较大病组。

(三) 中医药特色和优势病种。为支持中医药事业的发展,促进中医药服务提供与利用,根据中医药服务特点,建立中医优势病种分组、特色病种补偿支付付费方式。

(四) 康复医疗。根据不同功能障碍所对应的康复技术,结合临床诊治方案的差异,探索完善住院康复医疗分组与结算方式。

第十三条 为促进分级诊疗,根据同病组各级别医疗机构病例数量占比、例均费用差异等因素,经市级医保部门组织专家评估论证,确定形成无级差组;其中三级医疗机构病例量占比大的无级差组称为三级无级差组,二级医疗机构收治三级无级差组的病例按二级医疗机构等级系数确定支付标准。根据**DRG**病组疾病

诊治难易程度，将剩余部分权重<1，治疗方式成熟的常见、多发、不含合并症或并发症的病组，通过市级医保部门组织专家评估论证，根据论证结果确定形成基础组。无级差组、基础组之外的病组统称为非基础组，其中，由于分组方案原因或医疗机构选择主要诊断和主要手术操作不匹配形成的与主要诊断无关的手术病例分组，称为歧义组（以下简称“QY组”）。

按照分组方案病组病例数情况，将DRG病组分为稳定病组、不稳定病组和无权重组，其中组内病例数小于等于10例称为不稳定病组，无相应历史病例的病组称为无权重组。

第十四条 病组权重的确定和调整应将资源消耗结构、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全市单个病组前三年例均医疗费用（按1:2:7比例测算）与全市入组所有病例例均费用的比值确定，后续年度权重值根据上年度费用结构并结合实际情况调整。QY组权重按主要诊断大类下外科组和非手术室操作组中最低权重确定。计算公式为：

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

对于不稳定病组和无权重组，按权重值1进行统计，年末组内病例数超过10例后，重新计算权重值。

第十五条 DRG基础费率根据当年DRG付费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，结合基金预算管理要求形成（计算公式见附件）。

当年DRG基础费率确定前发生的DRG病例可暂按上年DRG基础费率与医疗机构实施付费结算，待基础费率确定后清算。当年基础费率确定后发生的病例按照新的基础费率进行结算。因分组方案发生变化导致的费率变化除外。

第十六条 为促进分级诊疗，结合医疗机构结算等级间的成本差异设置相应机构等级系数（一级定点医疗机构暂不设等级系数），原则上以上年医疗机构每权重例均费用测算形成（计算公式见附件），可适当结合近年各级别每权重例均费用变化情况修正调整，原则上每年调整不超过1次。对年中调整医保结算等级的定点医疗机构，等级系数与医保结算等级同步进行调整，但仍按原结算等级的区域预算进行月度结算控制和年终清算。

定点医疗机构上年度的病例组合指数（以下简称“CMI”）与全市其他级别定点医疗机构上年度的CMI平均值比较，对CMI低于全市二级医疗机构CMI平均水平的三级医疗机构，其等级系数按二级医疗机构等级系数确定。专科医院根据医院类型和实际运行情况单独测算比较。

第十七条 DRG病组支付标准按基础组、无级差组和非基础组根据病组权重、基础费率、等级系数形成：

基础组支付标准=病组权重×基础费率×二级医疗机构等级系数。

无级差组支付标准=病组权重×基础费率。其中，二级医疗机构收治三级无级差组病例支付标准=病组权重×基础费率×二级医疗机构等级系数。

非基础组支付标准=病组权重×基础费率×等级系数。

一级医疗机构病组支付标准=一级医疗机构病组权重×基础费率。

第四章 结算管理

第十八条 除明确相关项目单独结算之外，参保人单次住院治疗的全部费用，即住院期间发生的检查费、化验费、手术费、治疗费、药品费、材料费、护理费、床位费等所有费用，以及择期手术、符合我市相应医疗服务价格项目的外诊检查、外购国谈药品、应纳入本次住院结算的费用均应纳入DRG结算范围。入组病例医保基金支付费用按国家有关规定结合我市实际确定（计算公式见附件）。

第十九条 为引导我市医学科学发展,保障疑难危重症等特殊人群的救治,针对二、三级医疗机构无级差组和非基础组增加设立激励系数。定点医疗机构上年度CMI高于全市同级别定点医疗机构上年度CMI平均值时,增加激励系数;CMI低于全市同级别DRG付费医疗机构上年度CMI平均值时,扣减激励系数;其中,等级系数已按下级医疗机构计算的,不再扣减激励系数。具体按以下方式确定:

(一) 各医疗机构激励系数基础值为1。

(二) 纳入DRG付费医疗机构基本实现数量和年度全覆盖情况下,按照CMI实际数据测算形成各定点医疗机构激励系数:

以上年度各定点医疗机构的CMI值与同级别定点医疗机构平均值比较,CMI每高10%(百分点按四舍五入原则取整),当年激励系数增加0.005,激励系数增加最多不超过0.02;CMI每低10%(百分点按四舍五入原则取整),当年激励系数扣减0.02。当年新纳入DRG实际付费医疗机构激励系数暂按1进行计算,次年按规定测算其激励系数。专科医院根据医院类型和实际运行情况可单独测算激励系数。

结合《重庆市推动公立医院高质量发展实施方案》,对我市国家医学中心或国家区域医疗中心(输出单位)定向增加激励系数0.01,国家医学中心或国家区域医疗中心(输出单位)定向增加激励系数不累计叠加。若定点医疗机构相关资质被取消,应主

动报告协议地医保经办机构，从取消资质的次月起取消定向激励。

第二十条 医保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，在月度结算时对无级差组和非基础组的支付标准增加激励系数。

（一）月度结算。医保经办机构每月按**DRG**支付标准与定点医疗机构结算**DRG**入组病例，医保基金月度结算实行**DRG**区域预算管理，在未纳入**DRG**区域预算管理范围内的医疗机构，仍执行医疗机构总额预算。每月按照定点医疗机构**DRG**病例发生费用进行月度预拨，预拨时按定点医疗机构统筹支付费用的**3%**预留年度医保服务质量保证金，根据绩效考核结果纳入年终清算。

1. 医疗机构当月按**DRG**付费医保基金实际发生额（基本医保统筹基金、医保大额医疗基金分别计算，下同）在当月按项目付费医保基金实际发生额**110%**以内的，按当月**DRG**付费医保基金实际发生额结算；医疗机构当月按**DRG**付费医保基金实际发生额超过当月按项目付费医保基金实际发生额的**110%**的，当月**DRG**付费应支付医保基金=当月按项目付费医保基金实际发生额×**110%**。当期累计应支付总额不超过当期累计预算额，如超过当期累计预算额，则通过等比例缩减各医疗机构应支付额，使当期累计应支付总额等于当期累计预算额。

2. 针对定点医疗机构部分特殊病例按以下原则结算。

(1) 纳入**DRG**付费的精神卫生机构和综合医疗机构精神科室，急性期住院患者纳入**DRG**支付，其他继续按床日付费。

(2) 日间手术结算的病例暂按原支付方式结算。

(3) 费用极高病例：住院总费用高于本**DRG**病组支付标准一定倍数及以上的入组病例。费用极高病例按以下规则分档设置：

①在病组权重小于等于1的**DRG**中，住院总费用（纳入**DRG**结算费用，下同）大于等于该**DRG**支付标准3倍（含）以上的病例；

②在病组权重大于1且小于等于2的**DRG**中，住院总费用大于等于该**DRG**支付标准2.5倍的病例；

③在病组权重大于2且小于等于3的**DRG**中，住院总费用大于等于该**DRG**支付标准2倍的病例；

④在病组权重大于3的**DRG**中，住院总费用大于等于该**DRG**支付标准1.5倍的病例。

在保证鼓励危急重症患者得到及时有效治疗的同时，着力避免过度医疗。对费用极高病例实行按项目付费，按项目付费的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%。如超过5%，系统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，自动取排序在前5%的人次按项目付费，其余按该病组支付标准实行**DRG**付费方式结算。

(4) 费用极低病例：住院总费用低于本**DRG**病组支付标准

40%（含）的入组病例，费用极低病例按项目付费。

（5）住院天数小于3天或大于60天的病例原则上按项目付费。

（6）对于不稳定病组和无权重组，在权重确定前按项目付费，待病组病例数达到10例以上后，次年按确定权重和第十七条确定的支付标准计算规则纳入DRG付费结算。

（7）以下病例情况相关费用按最低权重进行月度结算：

①因定点医疗机构自身原因未按规定时间上传的病例；

②因定点医疗机构数据质量问题导致不能正常入组的病例；

③由于定点医疗机构疾病诊断/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。

（二）年度清算。

1. 定点医疗机构全年按DRG付费医保基金（基本医保统筹基金、医保大额基金分别计算）实际发生额在全年按项目付费医保基金实际发生额110%以内的，按DRG付费医保基金实际发生额进行清算；定点医疗机构按DRG付费医保基金实际发生额超过按项目付费医保基金实际发生额的110%的，DRG付费应支付医保基金=按项目付费医保基金实际发生额×110%。

2. DRG付费实行“结余留用，合理超支分担”（见附件）。

3. 年度清算时间按国家医保局统一要求开展清算。

第二十一条 定点医疗机构可向医保经办机构申请特殊病例按项目付费单议结算，申请单议结算人次按照占本年度年初至

当期本院上传纳入**DRG**付费结算的医疗保障基金结算清单(以下简称“医保结算清单”)总人次比例进行数量控制,三级医院控制在5%以内,二级医院控制在3%以内,一级医院控制在1%以内。申请病例数计算结果取整至个位,不足1例按1例计算:

(一)急危重症抢救患者或死亡病例;

(二)由于疾病诊疗确需实施特殊诊疗项目,且该项目费用超过所属**DRG**病组支付标准20%(含)以上的病例;

(三)达到费用极高病例条件或者住院天数达到上年度同级别定点医疗机构相同病组平均住院天数150%(含)以上运行偏差较大的病例;

(四)实施多学科联合诊疗的病例;

(五)超出现行**DRG**分组方案的病例;

(六)我市罕见病协作网医院出院的主要诊断符合国家(文件)罕见病目录规定的病例。符合条件的罕见病病例不受申请单议结算人次比例限制。

(七)医保部门组织专家评审可申请按项目付费的其他情况。

具体细化申报标准由市级医保部门通过**DRG**付费经办规程规定。

具备以下情形的病例原则上单议申请评审不通过:

(一)符合费用极高病例条件,且已经按照项目付费的病例;

(二)该病例所在**DRG**组所有病例按项目付费医保基金实际发生总额未超过该医疗机构当月该**DRG**组医保基金应支付总额的病例；

(三)被认定不符合诊疗规范，存在过度诊疗的病例；

(四)因不合理使用高值药品、耗材或者医疗服务项目导致医疗费用过高的病例；

(五)因编码错误导致入组错误的病例，或未在规定时间内完成数据上传的病例；

(六)因申报资料不全导致无法做出评审结论，或提供虚假材料的病例；

(七)医保部门组织专家评审不可申请按项目付费的其他情况。

第二十二条 定点医疗机构应当在参保人出院结算后10日内通过医保信息系统上传患者医保结算清单信息，且于次月7日(含)前完成上月所有结算患者医保结算清单上传，遇放假5日以上的节假日，由市医保经办机构统一组织顺延。定点医疗机构按时上传医保结算清单信息的，医保信息系统按照T+11进行分组结果反馈。如遇信息网络系统故障或其他不可抗因素，定点医疗机构可在超出上传时限前向医保经办机构提出申请。定点医疗机构应当在次月7日前通过医保信息系统提交上月单议结算申请及相关数据资料，医保经办机构应当组织专家对需评审的单议病例

进行评审。原则上每季度组织一次单议评审，月度结算中按照支付标准进行预付，年终统一清算。

第二十三条 对单人间病房床位费、套间病房床位费等特殊医疗服务需求项目，由市级医保部门根据对应的普遍使用项目价格标准情况制定特殊需求项目纳入DRG付费的医保支付标准。定点医疗机构使用特殊需求项目时，需经参保人（或亲属）签字同意，医保支付标准以内的费用纳入DRG结算。

第五章 监督管理

第二十四条 我市DRG付费监督管理按国家和我市医疗保障基金监督管理有关规定实施。

第二十五条 定点医疗机构应严格按照诊疗规范，认真开展入院评估，严格掌握出入院标准，不得推诿病人，不得降低收治住院病人的标准，不得诱导病人接受不合理治疗，不得将住院医疗费用分解至门诊，严禁“挂床住院”和“分解住院”等违法违规行为。

第二十六条 定点医疗机构对已收治住院的病人，应坚持因病施治的原则，规范诊疗及转诊转院流程，不得减少必要的医疗服务，对不符合诊疗规范和流程导致患者在7天内因同一疾病或相同症状再次住院进行重点监管，经查实不予结算或扣回前一次住院费用并依法依规处理。

第二十七条 定点医疗机构应加强病案质量管理,严格按照医保结算清单、病案首页填写规范等标准,真实、及时、规范、完整、准确反映住院期间诊疗信息。

第二十八条 医保经办机构应当及时对定点医疗机构上传的DRG结算信息加强审核,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。其中,对高靠诊断、高编、低编高套、多编码等情形,按最低权重支付。同时存在违反药品、诊疗项目、医用耗材等医保政策的,按现行医保政策执行。

各级医保部门应重点防范定点医疗机构可能存在的高靠诊断、高编、低编高套、多编码、分解住院、挂床住院、低标准收治住院、虚假住院、降低服务标准、减少必要服务、推诿病人、将住院医疗费用分解至门诊等涉嫌违法违规行为,经查实相关违法违规行为造成基金损失的,依法依规依协议处理。

第二十九条 各级医保部门应强化DRG付费日常监管机制。以智能监控系统为抓手,提高对医保大数据的挖掘分析能力,通过智能审核规则及阈值标准设定实施管理,建立多层次的立体监控体系。医保部门定期组织医保、医院管理、临床、病案、信息、统计等不同领域专家进行抽样检查,针对疑点病例重点监管高编高靠诊断、虚假住院以及服务不足等情况,不断完善“事前提醒、事中预警、事后监管”的全链条监管模式。

第六章 附则

第三十条 建立完善全市DRG付费专家管理办法及专家库，由各级医保管理、临床、编码、统计、药学、医学工程学、卫生经济学等相关领域专家组成。充分发挥专家智库作用，在标准制定、政策优化、基金监管、争议评判等方面提供专业技术支持，不断提升医保管理的科学化和精细化水平。具体办法另行制定。

第三十一条 实行DRG付费定点医疗机构应当根据DRG实际付费改革要求和实际运行效果，建立完善内部激励约束机制，以调动相关人员参与DRG付费改革的积极性和主动性。DRG付费结余留用资金，可根据有关规定用于医疗机构绩效分配、学科建设等。

第三十二条 本办法自2025年7月1日起施行。《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管理办法（2024版）的通知》（渝医保发〔2024〕15号）同时废止。

附件：DRG 付费办法相关计算公式

附件

DRG付费办法相关计算公式

一、基础费率

当年预测全市DRG住院总费用=当年全市DRG付费预算÷上一年全市DRG住院基金实际报销比例

上一年全市DRG住院基金实际报销比例=上一年全市DRG住院按项目基金支出费用÷上一年全市DRG住院按项目实际发生费用

当年预测全市各DRG例数=上年全市各DRG例数×（1+全市住院人次的平均增长率）

当年预测全市DRG总权重=∑（当年预测全市各DRG例数×对应DRG权重）

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

二、等级系数

二、三级定点医疗机构等级系数=全市本级别定点医疗机构每权重例均费用÷全市二、三级定点医疗机构每权重例均费用（计算结果保留2位小数）

本级别定点医疗机构每权重例均费用=全市本级别定点医疗机构住院总费用÷全市本级别定点医疗机构总权重

全市二、三级定点医疗机构每权重例均费用=全市二、三级定点医疗机构住院总费用÷全市二、三级定点医疗机构总权重

三、入组病例基金支付费用

医保基金应支付DRG住院费用= $\sum$ （参保人住院所属DRG组支付标准-参保人支付额-其他资金报销支付额）

说明：

1. 参保人支付额：指纳入DRG病组计算的住院总费用中，医疗机构与参保人出院结算时，由参保人承担的费用支付额（包括由个人账户支付部分）。

2. 其他资金报销支付额：指纳入DRG病组计算的住院总费用中，除基本医保统筹基金和大额医保基金报销外的其他资金报销额。

3. 职工医保跨统筹基金和大额医保基金结算病例，其DRG结算基金采取按该病例项目结算统筹基金和大额医保基金占比计算DRG付费中的统筹基金和大额医保基金应支付额。

4. 如果上述公式计算结果“医保基金应支付DRG住院费用” ≤ 0 时，则“医保基金应支付DRG住院费用”按0计算。

四、DRG付费总额预算控制年终清算

DRG付费总额预算结余留用、合理超支分担按以下方式年终清算：

1. 全年按本办法第二十条第（二）点年度清算“1” “2”

执行后的清算应支付额（以下简称“全年DRG应支额”）低于预算指标85%（含）时，按清算应支额与医疗机构结算拨付。

2. 全年DRG应支额在预算指标85%—100%（含）之间，预算结余部分的50%纳入清算支付。计算公式为：

定点医疗机构DRG清算补拨付额=定点医疗机构全年DRG应支额×调节系数-定点医疗机构全年DRG已拨付额

$$\text{调节系数} = \frac{\text{全年DRG应支额} + \text{预算结余部分的50\%}}{\text{全年DRG应支额}}$$

3. 全年DRG应支额在预算指标100%以上的，超出预算10%（含）以内部分，由DRG付费风险金分担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DRG清算补拨付额=定点医疗机构DRG应支额×调节系数-定点医疗机构全年DRG已拨付额

$$\text{调节系数} = \frac{\text{全年DRG预算额} + \text{超出预算10\%以内部分（含）} \times 50\%}{\text{全年DRG应支额}}$$

4. 医保基金分担金额在DRG付费风险金预算额度范围内安排，超过DRG付费风险金预算部分医保基金不再分担。

