

南京市医疗保障局 南京市财政局文件 南京市卫生健康委员会

宁医发〔2021〕94号

关于印发《南京市基本医疗保险按疾病诊断 相关分组（DRG）点数法付费 暂行办法》的通知

各医保分局，各区财政局、卫生健康委员会，江北新区教育和
社会保障局、卫生健康和民政局，市、区医保中心，各有关定
点医疗机构：

现将《南京市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）
点数法付费暂行办法》印发给你们，请结合实际，认真贯彻执
行。

(此页无正文)



南京市医疗保障局



南京市财政局



南京市卫生健康委员会

2021年12月15日

南京市基本医疗保险按疾病诊断相关分组 (DRG)点数法付费暂行办法

第一章 总 则

第一条 为推动建立管用高效的医保支付机制，更好地规范医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长，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)、南京市医疗保障局等五部门《关于印发〔南京市按疾病诊断相关分组(DRG)付费方式改革工作实施方案〕的通知》(宁医发〔2021〕65号)等文件要求，制定本付费办法。

第二条 建立以总额预算管理下的按疾病诊断相关分组(DRG)点数法付费为主(以下简称“DRG”)，按床日、服务项目付费等为辅的复合式住院费用结算管理机制，推动医保支付方式从数量付费向质量付费、价值付费转变。

第三条 按照保障基本、三医联动、精细化管理、多元共治的基本原则，坚持以服务人民健康为中心，以保障基本医疗需求为重点，在建立科学合理的DRG分组和付费机制的基础上，合理编制DRG付费年度预算，建立健全参照评价体系，规范优化临床路径管理，集约节约医疗资源，支持分级诊疗制度，推动中医药传承创新发展，实现全天候智能化动态指引，提高医保经办服务效率，提升医保基金使用效益。

第四条 DRG付费覆盖全市二级以上定点医疗机构(精神

病医院暂除外), 适用于我市城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险参保人员在本市定点医疗机构发生的住院医疗费用(不含生育保险费用)。未纳入 DRG 付费覆盖范围的, 暂按原有医保结算办法结付。符合条件的康复医疗机构, 可以按 DRG 点数法付费。

第五条 参保人员的基本医疗保险待遇不受本办法影响。本办法所称医保基金是指用于支付住院医疗费用的基本医疗保险基金, 包括统筹基金、大病救助基金。个人账户基金、大病保险资金等按原办法结算。

第二章 总额预算

第六条 总额预算根据“以收定支、收支平衡、略有结余”原则合理编制。城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险基金单独编制, 分别核算。

全市 DRG 医保基金预算总额是指我市按 DRG 付费的住院费用医保基金支出预算额, 原则上按照我市前三年医保基金平均年度决算总额和平均增长率确定当年预算总额、预留金。医保基金支出增长率每年初由市医保部门会同财政、卫生健康等部门, 考虑参保人数增减、物价指数、药品耗材集采降价幅度、老年参保人口变化、突发重大疫情、住院人数增减等相关因素核定。预留金专门用于医疗机构年终决算费用的调整。

对于非按 DRG 付费的住院费用, 按《南京市基本医疗保险

住院费用总额预算管理办法》(宁医发〔2020〕38号)执行总额预算管理。

第七条 建立“结余留用、超支不补”的激励约束机制。全市 DRG 医保基金预算总额确定后，原则上年内不做调整。对于年初核定预算的相关因素发生较大变化，以及因医保政策发生较大调整、疾病爆发、住院率波动较大等，导致住院医保基金支出与预算总额出现重大差异的，年度决算时由市医保部门会同财政、卫生健康等部门协商调整年终决算总额。

第三章 分组管理

第八条 根据国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS-DRG)分组与付费技术规范、CHS-DRG 分组方案 1.1 版本，以近三年参改医疗机构历史病案首页数据为基础，运用 DRG 基本原理和方法进行分组。对部分中医优势病种试行中医分组。

第九条 建立 DRG 分组动态调整机制，参照国家更新的技术规范、分组方案版本，结合我市 DRG 分组及付费运行管理情况，及时调整完善本地分组方案。

第十条 参改医疗机构应严格执行病案首页和医保结算清单管理要求，疾病及手术操作编码统一采用国家医保版《医疗保障疾病分类与代码》(ICD-10)和《医疗保障手术及操作分类与代码》(ICD-9-CM-3)并适时更新，使用符合要求的信息化接口，及时、完整、规范上传相关数据。

第十一条 DRG 病组内例数达到 5 例以上且 CV(组内变异系数) <1 的病组为稳定病组，组内例数 ≤ 5 例的病组为非稳定病组。组内例数 > 5 例且 $CV \geq 1$ 的病组经中间区段法再次裁剪后，组内例数 > 5 例且 $CV < 1$ 的纳入稳定病组，否则纳入非稳定病组。

第十二条 对于稳定病组内病例，按该病例住院总费用与全市该 DRG 平均费用水平的倍率关系，区分为高倍率病例、低倍率病例、正常病例。

(一) 高倍率病例是指：

1. 在基准点数 ≤ 100 点的 DRG 病组中,住院总费用 $\geq$ 全市该 DRG 次均费用 3 倍的病例；

2. 在基准点数 > 100 点且 ≤ 300 点的 DRG 病组中，住院总费用 $\geq$ 全市该 DRG 次均费用 2 倍的病例；

3. 在基准点数 > 300 点的 DRG 病组中，住院总费用 $\geq$ 全市该 DRG 次均费用 1.5 倍的病例。

(二) 低倍率病例是指：住院总费用低于全市该 DRG 次均费用 0.4 倍的病例。

(三) 正常病例是指：除高倍率病例和低倍率病例之外的其它入组病例。

第四章 点数管理

第十三条 根据各 DRG 病组次均费用水平与全市 DRG 全部病组次均费用水平的相对值确定各 DRG 病组基准点数。DRG

住院次均费用以近三年历史数据为主要依据,进行年度加权计算。

稳定病组基准点数=该 DRG 住院次均费用÷全部 DRG 住院次均费用×100。(计算结果保留 4 位小数,下同)

对于列入我市中医分组方案的中医优势病组,其基准点数低于相应西医病组的,按相应西医病组基准点数调整执行。

第十四条 考虑三甲、三级、二甲、二级等不同级别医疗机构收费成本及医疗技术差异,根据各级别医疗机构治疗疾病的平均成本,综合计算确定各级别系数。级别系数暂定为 1.05、1.03、1.01、1.00。

定点医疗机构级别等级发生变更的,原则上年度内不予调整级别系数。新增定点医疗机构各 DRG 病组和医疗机构新发生 DRG 病组的级别系数,参照相同级别医疗机构确定。

第十五条 对于承担集中收治甲、乙类传染病以及精神类疾病救治任务的专科医疗机构,以及部分儿童专科,在计算其相应病组结算点数时赋予专科系数。专科系数暂定为 1.03、1.02、0.80。

第十六条 对于院士(国医大师)所在科室、国家医学中心或国家区域医疗中心牵头单位、国家重点专科、江苏省重点专科等特色优势专科(军队相关资质参照执行),在计算其重点病组结算点数时赋予学术系数。学术系数暂定为 1.05、1.04、1.03、1.01。

第十七条 对于近三年来进入临床应用的高新技术,包括医疗机构国内或省内首创技术、引进技术等,在计算其所在病

组结算点数时赋予高新技术应用系数，暂对智能辅助机器人手术、肿瘤的断层调强放疗、经导管主动脉瓣置入术（TAVI）和飞秒激光手术适用，年终核准测算后确定其高新技术应用系数。

第十八条 探索建立价值医疗评价机制，对于部分临床疗效确切、医疗价值显著、社会认可度较高的医疗服务项目，在计算其所在病组结算点数时赋予价值医疗系数。

第十九条 支持分级诊疗制度落实，遴选部分临床诊疗成熟、技术差异不大、医疗费用稳定的病组，适时予以调整，统一确定级别系数，推动实现同病同价。（详见附件）

第二十条 具体病例的结算点数按如下方式计算：

（一）住院过程完整的正常病例结算点数=对应的 DRG 基准点数×级别系数×专科系数×学术系数×高新技术应用系数×价值医疗系数。

（二）低倍率病例及住院过程不完整的病例结算点数=对应的 DRG 基准点数×（该病例住院总费用÷全市该 DRG 次均费用），最高不得超过该 DRG 基准点数。

（三）高倍率病例结算点数=对应的 DRG 基准点数×级别系数×专科系数×学术系数×高新技术应用系数×价值医疗系数+对应的 DRG 基准点数×（该病例住院总费用÷全市该 DRG 次均费用-高倍率界值）

（四）非稳定病组病例或年度内新发病组病例的结算点数=该病例住院总费用÷全部 DRG 住院次均费用×100。

（五）对于因病案信息不全、不准、不规范导致不能正常

入组的病例，相关费用按照最低点数 DRG 组计算。

（六）对于无病案的新生儿医疗费用，实行按实结算。

第五章 费用结算

第二十一条 按照月预结算、年终决算的方式，建立健全及时高效的医疗机构费用结算拨付机制，保障医疗机构正常运行需要。城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险两个险种合并计算点值，分别结算。

对于参改医疗机构，建立 DRG 改革预付金制度。预付金原则上按医疗机构上年度住院医保月平均结算额×90%确定，每年 1 月将预付金拨付到医疗机构，12 月底前通过结算收回。

对使用国谈药“双通道”管理的抗肿瘤药品及单独支付药品的医保费用，结算时按我市有关规定执行。

第二十二条 （一）病例分组

1. 参改医疗机构原则上应在自参保患者出院结账次日起 7 个工作日内完成住院病例的病案数据上传工作（上月数据最迟不超过本月 9 日），并保证数据质量。

2. 医保经办机构应及时对上月住院病例实施分组，将分组结果下发给医疗机构，并将预结算结果纳入医保结算系统，20 日左右完成上月预结算费用拨付。

（二）月度点值计算

月度点值=全市月预结算总费用÷全市月预结算点数

1. 全市月预结算总费用 = 全市参改医疗机构实际发生的本地住院总费用 - 全市按 DRG 付费病例的医保基金发生额 + 全市 DRG 预算总额月额度

全市 DRG 预算总额月额度基于年度预算总额，按上年度全市同月结算额占比确定。当大于全市按 DRG 付费病例的医保基金发生额时，全市 DRG 预算总额月额度调整为全市按 DRG 付费病例的医保基金发生额。

2. 全市月预结算点数 = 全市参改医疗机构月度住院病例总结算点数之和

（三）月度费用拨付

医疗机构月度拨付费用 = (月预结算额 - 除医保基金外的医疗费用总额 + 个人账户自付费用 ± 扣补费用) × 95% + 个人账户自理费用 + 大病保险费用

月预结算额 = 该医疗机构月预结算点数 × 月度点值

月预结算按规定预留 5% 用于年度考核。

第二十三条 医保经办机构结合基金实际运行情况，按如下办法与本地定点医疗机构进行年终决算：

（一）年度点值计算

年度点值 = 全市年度结算总费用 ÷ 全市年度总结算点数

1. 全市年度结算总费用

全市年度结算总费用 = 全市按 DRG 付费病例总费用 - 全市按 DRG 付费病例的医保基金发生额 + 全市 DRG 医保基金年终决算总额

全市 DRG 医保基金年终决算总额=全市 DRG 医保基金年初预算总额±全市年终决算调整额

2. 全市年度总结算点数

全市年度总结算点数为全部参改医疗机构年度总结算点数之和。

医疗机构年度总结算点数=医疗机构年度全部住院病例的总结算点数之和。

（二）医疗机构年度费用拨付

医疗机构年度拨付费用=医疗机构 DRG 年度实际结算额 - Σ 月预结算额

医疗机构 DRG 年度应结算额=医疗机构年度总结算点数×年度点值

医疗机构 DRG 年度实际结算额，根据医疗机构次均费用、人次人头比、医保费用占比等指标变动情况，对年度应结算额进行合理调整确定。

（三）医疗机构年度考核拨付

将医疗机构 CMI 值、病案数据填写准确率等 DRG 运行情况指标纳入定点医疗机构年度考核范围，并根据考核结果拨付预留款，考核合格的，全额拨付；考核不合格的，扣减预留款。

第六章 监督管理

第二十四条 参改医疗机构应认真贯彻 DRG 付费改革工

作要求，严格落实临床诊疗技术规范，进一步加强临床路径管理，及时规范和调整医疗服务行为，合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费。全面加强住院病案规范化管理，做好临床、医保、病案、质控、信息等队伍建设和人员培训工作。建立健全绩效考核管理机制，根据科室情况科学合理平衡盈亏，增强医务人员参与和支持改革的积极性。对于年终清算后不予支付的款项，医疗机构不得作财务挂账处理；对于发现有挂账的医疗机构，医保部门将视情取消相关系数倾斜。

第二十五条 进一步完善定点医疗机构及医保医师协议管理，将定点医疗机构的医疗服务质量管理、医保绩效考核和分配情况纳入医疗机构协议管理范围，明确双方权利义务。对于高套点数、分解住院、挂名住院、体检住院、推诿病人、将住院医疗费用分解至门诊、零售药店或让病人单独自费结算等不良行为，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》，纳入《南京市基本医疗保险定点医疗机构服务协议》管理，同时将其不良记录纳入定点医疗机构年度考核，视情降低或取消相关系数倾斜。

第二十六条 探索引入第三方监管服务及专业支持服务，完善病组分组技术应用能力，提升医疗质量评价指标建模及应用分析能力，提高医保大数据挖掘分析应用能力，不断完善全市智能审核支持体系。定期组织专家和定点医疗机构有关人员对病案进行交叉抽样检查。

第二十七条 医保经办机构建立 DRG 病案审核专家库，由

医疗机构推荐临床、医保、医疗等方面专家组成，通过组织专家集体研究评审，完成病案审核、培训指导、监督管理等相关工作。

第七章 附 则

第二十八条 实施过程中遇有重大事项的，由市医保部门会同财政、卫生健康等部门研究提出调整方案，报市政府审议通过执行。

第二十九条 根据国家和省、市相关决策部署，结合我市DRG付费改革运行和监测评估情况，由市医保部门会同财政、卫生健康等部门对有关参数指标作合理适当调整。

第三十条 《关于城镇职工基本医疗保险试行部分病种按病种付费有关工作的通知》（宁人社〔2015〕121号）、《关于推进我市城镇社会基本医疗保险按病种付费有关工作的通知》（宁人社〔2016〕203号）、《关于城镇职工基本医疗保险试行部分中医优势病种按病种付费的通知》（宁医发〔2020〕87号）、《关于扩大完善我市城镇职工基本医疗保险按病种付费结算范围的通知》（宁医发〔2021〕40号）等单病种付费政策文件停止执行。

第三十一条 本办法自2022年1月1日起实施。

附件：南京市基础病组名单

附件

南京市基础病组名单

序号	DRG 编码	DRG 名称
1	GW19	食管炎、胃肠炎
2	GK39	结肠镜治疗操作
3	KS13	糖尿病，伴并发症或合并症
4	KS15	糖尿病，不伴并发症或合并症
5	GF15	肛管、肛门及肛周手术，不伴并发症或合并症
6	GZ15	其他消化系统诊断，不伴并发症或合并症
7	FV25	高血压，不伴并发症或合并症
8	GE15	腹股沟及腹疝手术，不伴并发症或合并症
9	DT19	中耳炎及上呼吸道感染
10	FV23	高血压，伴并发症或合并症
11	RW13	恶性增生性疾病治疗后的随访检查，伴并发症或合并症
12	IF59	骨科固定装置去除/修正术
13	GD25	阑尾切除术，不伴并发症或合并症
14	NF19	外阴、阴道、宫颈手术
15	GK25	胃镜治疗操作，不伴并发症或合并症
16	NS19	女性生殖系感染
17	DE29	扁桃体和/或腺样体切除手术
18	XS23	随访(不含恶性肿瘤诊断)，伴并发症或合并症
19	XS25	随访(不含恶性肿瘤诊断)，不伴并发症或合并症
20	GU25	其他消化溃疡，不伴并发症或合并症
21	KT15	内分泌、营养、代谢疾病，不伴并发症或合并症
22	LU15	肾及尿路感染，不伴并发症或合并症
23	GK23	胃镜治疗操作，伴并发症或合并症
24	FU23	心律失常及传导障碍，伴并发症或合并症
25	JU15	感染性皮肤病，不伴并发症或合并症
26	DT29	会厌炎、喉炎及气管炎
27	MS15	男性生殖系统炎症，不伴并发症或合并症
28	KT13	内分泌、营养、代谢疾病，伴并发症或合并症
29	EX15	哮喘及喘息性支气管炎，不伴并发症或合并症
30	FR35	心绞痛，不伴并发症或合并症
31	JV15	皮肤、皮下组织的非恶性增生性病变，不伴并发症或合并症
32	EX13	哮喘及喘息性支气管炎，伴并发症或合并症
33	GD23	阑尾切除术，伴并发症或合并症
34	KZ15	其他代谢疾患，不伴并发症或合并症
35	FV33	晕厥及/或虚脱，伴并发症或合并症
36	OF29	早期流产手术操作

南京市医疗保障局办公室

2021 年 12 月 15 日印发