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〔2024〕40号

关于进一步做好2024年DRG支付方式改革工作的通知

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

为健全更加管用、高效、精准的医保支付方式，根据《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》（宁医发〔2021〕94号）、《关于印发〈南京市DRG支付方式改革三年行动计划〉的通知》（宁医发〔2022〕23号）等有关文件精神，现明确2024年DRG支付方式改革有关事项如下：

一、动态优化分组方案

1. 完善西医本地化细分组。对次均费用差异较大的部分病组予以调整，新增IC39（除置换/翻修外的髋、肩、膝、肘、踝

和足部关节的修复、重建手术中的半月板手术）、精神 TS10（重大的情感障碍）病组、ES30（呼吸系统感染/炎症）。

2. 扩大中医 DRG 分组病种范围。新增暴聋、重症面瘫病、项痹、腰痹、出血性中风病（急性期）、手法复位外敷中药贴敷疗法外固定治疗骨盆骨折等 6 个中医 DRG 病组。

3. 动态调整基础病组。新增 BR25（脑缺血性疾患,不伴并发症或合并症）、CW19（各种类型白内障）、HU15（急性胆道疾患,不伴并发症或合并症）、IU29（颈腰背疾患）为基础病组。DS19（平衡失调及听觉障碍）、JJ15（皮肤、皮下组织的其他手术，不伴并发症或合并症）退出基础病组。

二、更新病组基准点数

4. 更新二级及以上医疗机构基准点数。根据二级及以上医疗机构近三年各 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，加权测算各 DRG 病组基准点数后，综合考虑检查检验占比、药占比、耗占比、政策范围外费用占比、RW 值、四级手术占比、分解住院率、人次人头比等 8 项因素变化，按“多降多补，少降少补”的病组合理控费激励约束机制进行适度调整。

5.明确一级及以下医疗机构基准点数。考虑一级及以下医疗机构实际收支结构、医疗条件、均费水平的差异，以其实际成本测算基准点数并适度上浮，按照二级及以上医疗机构基准点数的 85%执行（基础病组除外）。

三、不断完善调节系数

6. 适度调整居民系数。考虑职工医保和居民医保收入水平、

待遇水平、次均费用等差异影响，设立城乡居民医保调节系数，三甲、三级、二甲、二级、一级及以下医疗机构DRG支付调节系数暂定为0.96、0.95、0.94、0.93、0.92，年终决算时依据预算总额执行情况酌情调整。

7. 加强基层特色特效专科建设。对收治结构单一、专科特色优势明显、业界公认度较高的二级以下专科医疗机构，能够建立疗效价值评估标准的，年终决算时对其DRG结算超支的特色重点病组予以按实补偿。

四、深化中医医保支付方式改革

8. 强化中治率政策导向。对三级中医医疗机构按照中医DRG病组的中医治疗费用占比指标变化，同比增幅在10%~20%（不含）、20%~30%（不含）、30%~50%（不含）、50%~80%（不含）、80%以上的，对其中医DRG病组分别赋予中治率系数1.1、1.2、1.3、1.4、1.5。

9. 拓展中医DRG分组付费范围。在前期对中医（中西医）医疗机构试行中医优势病种DRG分组付费的基础上，将符合条件的综合性医疗机构中医相关临床科室纳入我市中医DRG分组付费范围。

10. 优化中医DRG病组付费规则。对于入组中医DRG病组的病例，年内以同一诊断再次或多次入院的，年终决算时对再次或多次住院调整为按对应西医DRG病组基准点数就低结算。

五、加强长期住院费用保障工作

11. 加强医疗机构院内绩效平衡调剂。自2024年6月起，

二甲以上医疗机构应当于每月20日前在院内公示上月DRG院内绩效平衡调剂明细清单，报市医保局备案后在“医保高铁”上公示。市医保局将适时开展DRG院内绩效平衡调剂抽查工作，对于长期住院调节金实际使用金额低于医保高铁公布金额80%的医疗机构，当年结余留用金额原则上不得超过长期住院调节金实际使用金额的5倍；对因绩效平衡工作落实不力导致实际使用金额不够、临床意见较大、群众反映较多的，年终决算时不予考虑其相关调补事项。

12. 建立推诿拒收病人快速处理机制。对于以医保部门限定住院时间和金额为借口，要求参保患者提前办理出院的医疗机构，由市医保经办机构统一受理，依据实名举报在次月先行扣减相应结算点数，及时在医保高铁予以通报，对直接责任医师按《南京市定点医疗机构医保医师记分管理办法》处理；对于无正当理由推诿拒收急危重症病例的，依据实名举报纳入年度考核扣分范围。年终决算时，视情节轻重再予以适度扣减。

13. 提高老年患者长期住院补偿比例。对于符合《关于推进2023年DRG支付方式改革的工作意见》（宁医发〔2023〕64号）第七条强化长期住院患者费用保障的60周岁以上老年患者，DRG预结算超支部分的额外补偿比例提高10个百分点。

14. 加快建立康复病组价值付费机制。探索建立适合南京康复诊疗特点的医保支付方式，将价值医疗和价值付费的理念融进康复医保支付方式改革，建立符合南京康复治疗实际的评估量表体系，选取适宜开展的康复病种，明确康复分期和评估量

表，制定康复住院病例付费办法，提升医保基金支付效率。

六、支持创新医药技术临床应用

15. 支持创新医用技术应用。探索对近三年内纳入国家医保药品目录的一类新药、本省批准设立的新增试用医疗服务项目和纳入我市医保目录的三类创新材料，在我市 3 家以上三级定点医疗机构临床实际应用满 1 年以上，安全性、经济性、有效性和创新性得到充分临床验证的，综合考虑医保基金收支结余运行情况，自次年起两年内予以适度补偿。

七、实施集中采购集中结算情况与医保支付挂钩

16. 加强集中采购集中结算考核。将医疗机构当年支付率，上年清欠率等指标与月度结算、年终考核适当挂钩。对年度网采率不达标的，按规定从年度考核预留款中进行扣减。

八、健全特殊病例补偿和调整机制

17. 在额外补偿危重病例、长期住院病例的基础上，对于 10 例以上无合并症的轻症病组，医疗机构 0.4-0.6 倍率人次占比大于 80%且 72 小时内入出院的病例，或者医疗机构 0.4-0.8 倍率占比大于 60%且 24 小时内入出院的病例，或者入内科组 24 小时内入出院且处于 0.4-0.6 倍率区间的病例，实行按项目结算。

九、强化国考高质量发展指标应用

18. 加大次均费用、人次人头比、范围外费用占比同比、同级（类）别比 6 项指标医保结算挂钩力度，对其中 3 项及以上指标上升且高于相应指标同级别平均水平的，在年终决算时予以扣减（近三年内医疗机构等级上升的，三项同比指标除外）。

对于出院人次增幅异常的医疗机构不合理的增长部分，年终决算时根据实际情况予以扣减。

十、扩大 DRG 支付方式改革范围

19. 探索异地来宁就医支付改革。根据全省统一部署有序推进异地来宁就医支付方式改革，选取异地就医服务较多、结算金额较大的医疗机构，开展异地就医 DRG 支付方式改革监测分析和模拟结算工作。

20. 推进 DRG 支付方式改革全覆盖。当年新增纳入医保定点有住院资质的医疗机构，或者当年新开展住院服务的医保定点医疗机构，除精神病医院、康复医院、护理院等医疗机构之外，原则上均应纳入 DRG 支付方式改革。

本通知自 2024 年 1 月 1 日起执行。

南京市医疗保障局　　南京市财政局

南京市卫生健康委员会

2024 年 6 月 3 日

南京市医疗保障局办公室　　2024 年 6 月 5 日印发