安康市医疗保障定点医疗机构（DRG付费试点)服务协议书

（范本）

甲方：

法定代表人或委托代理人：

统一社会信用代码：

地址：

邮政编码：

联系电话：

乙方：

法定代表人或委托代理人：

统一社会信用代码：

地址：

邮政编码：

联系电话：

安康市医疗保障局监制

根据《关于印发安康市DRG/DIP支付方式改革三年行动实施方案的通知》（安医保发〔2022〕25号）、《安康市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（ DRG )付费实施细则（试行）》《关于印发安康市按疾病诊断相关分组（DRG）付费医疗保障经办管理规程（试行）的通知》（安医保发〔2022〕73号）及中、省、市医疗保障相关制度和规定，经甲乙双方协商一致，在签订《安康市定点医疗机构保障服务协议书》的基础上，补充签订本协议。

第一章 总 则

第一条 本协议适用于全市实施DRG付费改革的定点医疗机构。实行总额预算下，按疾病诊断相关分组结合点数的付费方法（以下简称“DRG点数法”）。

全市医疗保险参保人员本地发生的基本医疗保险住院费用纳入DRG付费，市外异地就医病例不纳入；生育住院、特殊病住院、床日费用住院、住院时长超过60天以及其他经确定的病例暂不纳入。

第二条 DRG点数法付费实行市级统筹、分级核算，按照总额控制、年初预付、月度预结、年终决算，执行全市统一疾病分组、统一基准点数。

第三条 参保人员医疗保险待遇仍按照本市相关政策执行，不受本协议影响。

第二章 结算标准及管理

第四条 甲方按照国家 CHS-DRG分组方案以及相关技术标准，结合实际情况确定点数和点值。

第五条 甲方年初以乙方上年度1-10月份住院平均月结算额为预付额度，拨付2个月预付金（含根据基金预付办法预付的资金），以减轻定点医疗机构的资金垫付压力。

第六条 甲方对乙方DRG付费实行按月预结、年终清算。

点值＝（所有医疗机构DRG住院总费用－实际发生的DRG住院基本医保统筹基金总额＋DRG医保基金预算总额）÷所有医疗机构住院总点数

（一）月度点值

月度点值＝（所有医疗机构DRG月度住院总费用－实际发生的DRG月度住院基本医保统筹基金总额＋月度DRG医保基金预算总额）÷所有医疗机构月度住院总点数。

月度DRG医保基金预算总额=年度DRG医保基金预算总额÷12

若该月度DRG医保基金预算总额大于实际发生的月度住院医保基金总额，该月度DRG医保基金预算总额调整为实际发生的月度住院医保基金总额，当月预算基金结余额纳入年终决算。

（二）月度DRG总点数

月度DRG总点数为所有病例点数之和。

（三）定点医疗机构月度DRG应拨付费用

具体医疗机构月度DRG应拨付费用＝（该医疗机构月度预拨总点数+高倍率核准追加点数）×当月月度点值-医疗机构月度除基本医保统筹基金支付外的其他住院费用-其他违规费用。

月度DRG预结费用高于实际发生费用的按照实际发生费用结算。

 （四）医疗机构DRG付费标准按医疗机构等级计算。

第七条 甲方制定年终决算方案，并经医疗保障行政部门审定后对乙方的住院病组结算费用进行决算。决算年度为当年1月1日至12月31日，病例以结算时间为准，决算、拨付工作应于次年4月底前完成。乙方DRG点数法年终决算拨付费用按照以下方法计算：

（一）年终DRG决算点值

年终DRG决算点值＝（所有医疗机构年度DRG住院总费用－实际发生的年度DRG住院医保统筹基金总额+年度实际可用于点数法结算的DRG基金总额）÷所有医疗机构年度住院总点数。

（二）DRG年度决算费用的拨付

具体医疗机构DRG年度决算费用＝该医疗机构年度住院总点数×年度DRG决算点值-医疗机构年度除基本医保统筹基金支付外的其他住院费用-月度DRG应拨付费用的全年累计费用-其他违规费用。

强化考核结果应用，根据服务协议履行情况将年度考核结果与年终决算和医保服务质量考核费用挂钩。

（三）结余留用、合理超支分担规则

建立“结余留用、超支分担”的责任共担机制。当定点医疗机构按DRG付费方式结算费用与实际发生医疗费用出现结余或超支时，结余或超支的部分由定点医疗机构和医保基金按一定比例留用或分担。

结余率=（按DRG付费方式结算费用-实际发生医疗费用）/实际发生医疗费用×100%

结余率在-10%∽10%时，按DRG付费方式结算；

结余率在-20%∽-10%或 10%∽20%时，医保基金结算50%；

结余率小于-20%或大于20%时，结余或超支的部分，医保基金不予结算。

第三章 数据管理

第八条 乙方应加强病案质量管理，严格按照国家医保局颁布的医疗保障信息业务编码标准（包括疾病诊断、手术操作、医疗服务项目、医保药品、医保医用耗材分类与代码及医保结算清单等标准）上传DRG管理信息系统。出院诊断按病人就诊住院时的主要疾病、合并症、次要疾病正确选择主要诊断及相关的主要手术操作，并依次填写，避免和防止人为疾病诊断升级。病人住院期间实施的各项检查和治疗，应与病人的病情及病程记载相符合。

第九条 乙方根据《医保结算清单填写规范》对医保结算清单填写应当客观、真实、及时、规范，项目填写完整，准确反映患者诊疗、医疗收费等信息。

第十条 保证数据上传的时效性

 （一）结算清单上传。乙方在次月10日前完成上月住院病例的医保结算清单上传工作，未在规定时间完成上传的病例按0点计算。甲方应对医保结算系统与DRG付费系统的医保住院人次及费用进行核对，确保当月全部医保住院病例结算信息推送至DRG付费系统。

 （二）病例入组。甲方在每月15日前,完成病例入组及结果分发，分组初审结果作为月度住院病例点数计算的依据。

 （三）结果反馈。乙方收到分组初审结果后10个工作日内完成对结果的核对及病案数据的反馈调整工作。

 （四）分组审核。甲方应在乙方完成反馈后10个工作日内及时完成病组调整、终审确认工作，并将分组终审结果下发。分组终审结果作为年度清算住院病例点数计算的依据。

第四章 医疗服务质量管理

第十一条 乙方要严格按照卫生健康部门规定的病种质量要求掌握出入院标准，不得推诿病人，不得降低收治住院病人的标准，不得诱导病人住院和手术。严禁“挂床住院”和“分解住院”。

第十二条 乙方对已收住院的病人，应坚持因病施治的原则，合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，不得人为减少必要的医疗服务而影响医疗质量。乙方应合理控制住院病人自费药物、材料和诊疗项目的费用。病人住院期间实施的各项检查、治疗、用药和收费，应与病人的病情及病程记载相符合。

第十三条 医疗保障部门定期组织对病例疾病诊断和病案进行抽样审核，必要时可组织专家评审。

第十四条 甲方按需组织对病例进行审核，对查实属于“高套点数”“分解住院”“挂名住院”“体检住院”、不符合入出院指征、无特殊原因把本院有条件有能力诊治的病人推转到其他定点医疗机构、将住院费用分解至门诊结算的病例等违规行为，将不予结算病例费用，并且按医保服务协议进行处理。

第十五条 建立医疗服务质量分析评价考核系统。医疗服务质量分析评价考核系统根据实际运行情况适时调整;年终向乙方公布服务质量评价结果。乙方医保服务年度考核办法另行制定。

第五章 绩效管理

第十六条 DRG考核监管主要包括制度建设、病案质量、医疗服务能力、医疗行为、医疗质量、费用控制和患者满意度等绩效指标。

第十七条 甲乙双方对DRG付费实施运行效果进行日常监测，主要监测内容包括：一是对病案首页质量和诊疗行为的监测，包括病案首页填写完整性、主要诊断选择正确性和诊疗行为规范性等；二是对付费标准合理性的监测，包括付费标准与实际住院费用的符合程度，不同诊治难易程度病组情况等；三是对医保住院的常规运行指标的监测，如医疗机构平均住院天数、次均住院费用、药品费用、收支情况等信息。以月为单位对DRG付费进展情况进行常规监测。

第十八条 在日常监测的基础上，定期或不定期对DRG付费改革的实施效果进行周期性评价和考核，从医保住院医药费用的整体情况、医疗行为的改变、医疗质量的保证和参保患者的受益程度和满意度等不同维度进行评价，综合、全面和真实地反映支付方式改革的整体效果。

第十九条 考核以客观资料查阅、复核、随访为主，日常考核与定期考核相结合。日常考核以甲方平时工作中收集的违规记录为主；定期考核由甲方组织人员或授权第三方全面实施考核。

第二十条 坚持“考核与付费”相结合的办法，考核办法另行制定。

第二十一条 乙方内部应根据DRG付费结果制定相应的绩效分配办法，根据科室及个人的考核结果，进行绩效分配，从而建立有效的激励约束机制，确保DRG付费改革的正常运行。

第六章 协商谈判权利与义务

第二十二条 年度预算编制、分组规则、业务经办流程、审核规则、参数调整、新技术、新药品、重点学科、中医中药、年度考核、年度清算等内容纳入谈判协商机制。谈判协商达成的一致结果应由谈判双方签字认可，并报请市医保行政部门同意后执行。

第二十三条 在DRG付费制度运行中，发生争议问题，甲方应先按谈判协商方式处理；不能达成一致的，由医保行政部门组织专家评审，本着合理合法、实事求是的原则，出具评审结果，医保行政部门根据评审结果给予最终处理意见。重大争议事项，由市医疗保障局会同市卫健委、市财政局等部门研究处理。

第二十四条 协议履行期间，一方如需终止协议的，应提前30天通知对方（协议明确终止的除外）。终止、解除、缓签协议的,甲乙双方应共同做好善后工作，保证参保人员正常就医。

第二十五条 本协议有效期自2023年I月1日起至2023年12月31日止。

第二十六条 本协议一式二份，甲乙双方签字盖章后生效,各执一份。