附件1

疾病诊断相关分组（DRG）付费医疗机构

服务管理补充协议

（202 年）

（范本）

甲　　方：

法定代表人或委托代理人：

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：

定点医疗机构代码：

地　　址：

邮政编码：

联系电话：

湖南省医疗保障局制

202 年 月

为加强和规范长株潭衡地区DRG试点医疗机构管理，切实将DRG支付方式改革工作落到实处，确保参保人员能够享受优质医疗服务，根据《中华人民共和国社会保险法》《湖南省区域DRG付费暂行办法》《湖南省区域DRG付费医疗保障经办管理规程（试行）》等法律法规和规章，在已签订的《定点医疗机构医疗服务协议书》（202 年度）的基础上，甲乙双方本着自愿、平等、协商的原则，就DRG医保结算管理有关事宜签订如下补充协议，

第一章 总 则

第一条　【基本要求】甲乙双方一旦签订此补充协议，乙方即成为甲方DRG付费管理的定点医疗机构。乙方应当建立健全DRG支付方式改革专班，明确由主要负责人（或法定代表人）对本院DRG支付方式改革工作负主要责任，配备专（兼）职DRG工作管理人员，并建立符合DRG支付方式改革工作要求的医保服务、财务核算、统计分析、质量评价、信息管理等制度。乙方医保结算清单和病案管理人员应具备专业资质且业务熟练。

第二条 【付费范围】DRG付费范围包括职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）和城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）中短期住院服务。门诊费用和以下住院费用暂不纳入DRG付费范围：

（一）生育住院医疗费用；

（二）慢性精神病、长期康复治疗、安宁疗护以及住院时间超过60天的长期住院等医疗费用；

（三）经省级医保部门同意的其他暂不纳入DRG结算的住院费用。

第三条 【培训咨询】甲方应做好对乙方DRG基础知识、结算政策、管理制度、经办流程、系统使用的宣传培训；乙方应参加甲方组织的宣传和培训，并组织院内相关培训，普及DRG支付方式改革知识理念。

第四条 【协商谈判】在DRG付费的分组、预算、支付等相关标准制定中，加强组织管理，建立协商谈判相关的工作机制。协商谈判要充分考虑乙方的利益，甲方应接受乙方的质询，通过充分的讨论和磋商，最终达成统一的意见。

第二章 数据采集和质量管理

第五条 【数据采集】甲方应按照DRG付费要求，做好国家医疗保障信息业务编码标准的贯标应用工作，统一使用医保疾病诊断和手术操作、医疗服务项目、药品、医用耗材等信息业务编码标准；明确数据采集对象、范围和内容，以及其他需要补充采集的数据；指导乙方按要求及时上传数据，加强数据治理能力建设；对采集的数据进行校验、审查和评价，开展医保结算清单、医保费用明细表等的质量控制工作；开展医保信息系统数据库动态维护、编码映射和有关接口改造等工作。

第六条【清单管理】区域内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）。乙方住院服务的诊疗信息、费用信息应严格按照《国家医疗保障局办公室关于修订〈医疗保障基金结算清单〉〈医疗保障基金结算清单填写规范〉的通知》（医保办发〔2021〕34号）填报，满足DRG分组和付费要求，同时应及时、全面、准确上传至医保信息系统，做好数据安全维护工作。如国家对上述医保疾病诊断、手术操作、结算清单填写规范以及其他业务编码标准进行调整，及时执行新的技术规范或标准。

第七条 【病案首页管理】乙方应切实加强院内病案管理，规范填写病案首页，确保住院病案首页完整度、合格率、准确性。

第八条 【数据核查】甲方应建立数据质量核查机制，常态化检查采集数据的完整性、规范性，对有问题的数据应及时返回乙方核对并重传。甲方应开展医保结算清单上传情况调度，定期通报乙方医保结算清单上传情况。加强数据质量评价管理，通过DRG测算、入组率、与诊断不相关的手术病例数，以及超限病例等指标，评估定点医疗机构上传的数据质量，原则上评估工作每半年开展一次。

第三章 预算管理

第九条区域DRG付费以市为单位实行总额预算管理，DRG预算总额遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，以医疗保险年度基金收支预算为基础合理确定。

第十条甲方原则上根据统筹地区上年度DRG实际付费医保基金决算总额和医保基金收入增长率，结合本年度开展DRG付费的定点医疗机构规模、医保政策调整因素和所辖县（市区）预算建议，制定基金预算编制和管理方案，确定本年度DRG预算总额。具体计算公式为：DRG基金预算总额=统筹地区上年度DRG医保基金决算总额×（1+医保基金支出增长率）。支出增长率参照基金总收入预算增长比例，结合医保政策调整等因素确定。

首年DRG预算总额可在当年度基金支出预算基础上，按项目核减，核减内容包括：跨省异地就医和异地就医零星报账费用、门诊支付的统筹基金费用、其它住院支付方式需支付费用和非DRG支付定点医疗机构住院需支付费用等。

第十一条 从DRG预算总额中，甲方结合实际情况按不高于10%设立风险金。风险金纳入当年可用基金总额计算，主要用于高倍率病例、低倍率病例、不稳定病组病例、符合条件的其他特殊病例结算或年度清算，以及应对可能存在的基金平衡问题。年度因违约不予支付或追回已支付的统筹基金，归入风险金，用于年度清算。

第十二条 甲方年度DRG预算总额应于每年4月底前编制完成，一经确定，原则上不再调整。确因重大政策调整、突发重大疫情等原因造成基金支出发生重大变动的，由甲方结合实际合理调整。

第四章 DRG分组管理

第十三条 【分组确定】按照《国家医疗保障DRG分组与付费技术规范》和《国家医疗保障DRG（CHS-DRG）分组方案》有关要求，结合本地区医疗实际情况，统一执行统筹地区DRG分组和权重。运行期间，根据国家医疗保障局颁布DRG分组及相关数据新标准，适时组织统一切换。

第十四条 【分组调整】病组分组、基准权重、调整系数原则上每年年底可调整一次。乙方可根据实际情况提出意见，经谈判协商一致，甲方批准后执行。

第十五条 【清单上传】乙方应在参保患者出院结算之日起7个工作日内完成医保结算清单等数据信息上传及校对工作。允许定点医疗机构在医保结算清单上传之日起5个工作日内多次自动撤回修改并重传，但对经办机构已审核不通过的医保结算清单，只允许从审核不通过日起3个工作日内对清单数据进行1次修改重传。

第十六条 【病例入组】甲方应及时完成DRG分组前的审核管理，重点包括医保结算清单的完整性、合理性、规范性审核等。甲方通过医保业务系统及时对规定时间内上传的最后一次医保结算清单信息进行DRG分组，及时完成病例数据入组及入组结果下发工作。

第十七条 【结算前审核】甲方应对乙方上月结算的所有住院病例按最终有效上传的医保结算清单进行分组及结算前审核。结算前审核重点包括疾病标准认定审核、医保结算清单完整性审核、编码逻辑合理性审核等，审核结束通过终审标识体现。

第五章 审核结算

第十八条 【费用审核】甲方要加强事前、事中管理力度，对乙方申报的DRG付费相关费用，应严格按规定审核、结算、支付，确保医保基金合理使用。甲方可采取医保智能审核与人工审核相结合的方式进行审核，必要时也可委托符合条件的第三方机构或聘请第三方专家参与审核。如发现乙方有界定清楚的违规行为，甲方可直接进行处理；甲方发现违约疑点时，应及时反馈至乙方，乙方应当及时处理，不得影响参保人员结算。

第十九条 【年度预付】实行DRG年度预付。甲方以上年度乙方统筹基金月均支付费用为基准，于每年1月底前向乙方预付1-2个月费用，预付费用在次年1月份重新核定，差额补退。

第二十条 【对账及结算】甲方与乙方对费用所属期的住院数据比对成功、完成病例审核后，于30个工作日内拨付乙方月住院病例结算费用。乙方应向定点医疗机构提供月度结算查询。

第二十一条 【结算内容及标准】月度结算管理具体内容和结算标准。甲方根据DRG权重、费率、月度病例数、差异系数进行月度结算。月度结算比例为95%左右，其余5%作为质量保证金。

（一）正常入组病例。某定点医疗机构月结算金额=∑（各DRG组病例支付标准×病例数-出院结算时参保人员应支付费用-其他资金应支付费用）×月度结算比例-审核稽核扣款。

结算费用包括职工医保基金、居民医保基金和职工大病保险。其他资金应支付费用指居民大病保险、医疗救助、公务员医疗补助等应支付的医疗费用。

（二）高倍率病例。暂按DRG支付标准结算。

（三）低倍率病例、住院天数≦2天病例（日间手术病例除外）。按项目付费结算。

（四）不稳定组病例。按项目付费结算。

（五）由于疾病诊断、手术操作编码不规范、数据错误或不准确等原因导致未能正常入组的病例（0000组病例）。按项目付费结算基金支付金额的40%结算。

（六）主要诊断和主要手术操作不匹配的病例（QY组病例）。按项目付费结算基金支付金额的50%结算。

（七）乙方未在规定时间上传医保结算清单等数据的病例。归入0000组病例，按项目付费结算基金支付金额的40%结算。

（八）现行DRG分组方案暂未包括的住院病例。暂归入0000组病例，按项目付费结算基金支付金额的40%结算。乙方可就相关病例申请纳入特殊病例进行单议核算。

（九）经甲方核准的其他情况，可按项目付费结算。

第二十二条 【特病单议】建立特殊病例单议制度。乙方可按月向甲方申请纳入特殊病例进行单议核算，每月申请病例数原则上不得超过当月该定点医疗机构总出院人次的3%。甲方应按季度采取专家论证等方式进行确定，确定为特殊病例的相关费用按项目结算。单议结算特殊病例适用范围一般包含：

（一）危急症抢救病例或死亡病例。

（二）住院过程不完整的病例。该类型病例乙方应及时申报纳入特殊病例。

（三）开展新技术项目病例。指符合卫生行政部门规定的、统筹地区首次应用临床、在诊疗方法上采用的新型技术，且为应具有明确创新价值和临床使用价值的治疗技术，不含单纯使用新设备仪器、耗材的技术，不含检验检查和在原已开展技术上附加开展的项目等。

（四）重点学科相关病例。指具有地区特色、可打造医学较高水平，且经相关职能部门批准确认，需要医保支付扶持建设的重点学科相关病例。

（五）现行DRG分组方案暂未包括的住院病例，以及**第二十一条中**涉及的其他病例，经乙方或甲方提出，可按程序纳入特殊病例。

（六）经甲方核准的其他情况。

第二十三条 【清算管理】年度清算管理。甲方根据DRG总额预算、年度总权重、费率、年度基金收入、特殊病例支付等进行年度清算。年度清算范围为每年1月1日-12月31日期间出院结算病例，原则上于每年3月底前完成上年度DRG年度清算工作。清算内容包括：

（一）已实行基础病组基金总额控制的统筹地区，年度实际支付费用超过控制总额时，可根据控制总额动态调整费率，按重新计算后的支付标准进行年度清算。

（二）高倍率病例，如乙方年度高倍率病例小于或等于所有DRG结算病例的5%，则高倍率病例调整为按项目结算；如高倍率病例大于所有DRG结算病例的5%，则按病例住院费用与DRG支付标准的差额从高到低排序，排序前5%的高倍率病例调整为按项目结算，前5%以外的高倍率病例维持DRG支付标准结算。

（三）特殊病例单议核算。

（四）经甲方核准的其他情况。

第二十四条 【风险预警】甲方应建立基金风险预警机制，实行风险共担，当年基金支出明显超出年度DRG预算总额、基金收不抵支时，可实行当年度浮动费率，按重新计算后的支付标准进行年度清算。同时要建立“结余留用”机制，年度DRG预算总额出现结余时，可结合结余率情况，分段制定留用比例。

第二十五条 【异地就医】区域内异地就医直接结算纳入就医地DRG付费管理。

第六章 DRG监督管理

第二十六条 【基本要求】甲方应加强DRG医疗监管，按有关规则开展智能审核、人工抽查、专家评审、日常稽核和专项稽核，重点查处分解住院、高套多编高靠编码、转嫁费用、推诿危重患者、违反物价收费等行为，对按项目付费病历重点检查不合理诊疗行为和收费行为。

第二十七条 【内部管理及内审】乙方应加强内部科室和医务人员的管理，防止服务不足和过度医疗，保证服务质量和参保人员权益。不得以DRG某个病组亏损为原因推诿拒收病人，不得将超过DRG费用指标控制的医疗费用转嫁给参保人员。

乙方应根据本协议的要求建立院内医疗费用管理制度，建立健全DRG考核评价体系，定期检查医保基金使用情况。对内部科室和医务人员提供的DRG费用定期进行分析审核。

第二十八条 【医保稽核】甲方应采取日常稽核和专项稽核相结合的方式加大稽核力度，稽核工作也可委托符合条件的第三方机构开展。乙方对甲方采取的稽核工作应全力配合。

第二十九条 【违约处理】甲方对乙方实行动态管理，甲方根据乙方违约情节的轻重，要求乙方限期整改，予暂停支付、追回违规费用、要求乙方支付违约金、中止协议、解除协议等违约处理。乙方应支付违约金的，由乙方足额向甲方缴纳。

（注：由各统筹地区重点围绕申报数据不实、高靠分组、推诿患者、分解住院、服务不足等情形制定具体的违约处理办法）

第三十条 【考核评价】甲方应按照“效率优先、有效引导、客观公正、动态调整、综合应用”的原则对乙方进行年度考核。考核评价指标主要包括：组织管理和制度建设、病案和结算清单管理、医疗服务能力和效率、医疗行为、医疗质量、费用控制等。考核评价结果与年终清算和质量保证金返还挂钩。甲方可将年度考核结果以适当方式在定点医疗机构范围内公开，并对考核评分较低的定点医疗机构综合采取约谈、警示、通报、责成整改等方式干预，并将其纳入下一年度重点稽核范围。

第七章 信息系统建设

第三十一条 【硬件要求】甲乙双方硬件平台和网络服务应足够安全稳定。

第三十二条 【系统功能】乙方要全面实现与医保信息系统的上下联通和数据的快速归集。根据DRG分组及付费管理需要，完成医保经办机构业务系统及医疗机构HIS系统升级改造工作。加强住院医保结算清单数据上传质量管理，实现对上传结果的系统校验功能。

第八章 争议处理

第三十三条 【处理机制】甲方应遵循“公平公正、客观合理、多方参与、及时处理”的原则，建立DRG付费争议处理机制，解决乙方提出的DRG支付领域的争议问题，推进DRG付费工作。

第三十四条 【处理方式】甲方受理争议申诉后，应及时建立专家团队或引入第三方机构尽快组织论证，进行公平公正、客观合理的评判，有效解决争议问题。

第三十五条 【处理流程】争议处理流程一般应包括：医院申诉、经办受理、组织专家评判、争议处理意见、执行反馈、结案归档等环节。甲方需建立争议个案常态化讨论制度，组织相关专家进行定期讨论，逐步完善争议处理机制。

第九章 附　则

第三十六条 【效力约定】本补充协议是《定点医疗机构医疗服务协议书》（202 年度）的组成部分，本补充协议不影响主协议《定点医疗机构医疗服务协议书》（202 年度）的正常履行，具有同等法律效力。

第三十七条 【协议有效期】本协议有效期自　　年　月　日起至　　年　月　日止。

第三十八条 【协议的生效与备案】本协议一式两份，甲乙双方各持一份，经甲乙双方签字盖章后生效。

甲方（公章）： 乙方（公章）：

法定代表人（签章）： 法定代表人（签章）：

年 月 日 年 月 日