

附件

自贡市定点医疗机构 按 DRG 点数法付费管理补充协议范本 (征求意见稿)

甲方: _____

乙方: _____

根据《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》(国办发〔2017〕55号)《按疾病诊断相关分组(DRG)付费医疗保障经办管理规程(试行)》(医保办发〔2021〕23号)《四川省医疗保障局四川省财政厅四川省卫生健康委员会关于推广按疾病诊断相关分组(DRG)结合点数法付费的实施意见》(川医保规〔2021〕12号)《自贡市基本医疗保险区域总额预算管理下DRG点数法付费实施细则》(自医保发〔2023〕13号)等有关文件规定,为认真落实按疾病诊断相关分组(DRG)点数法付费(以下简称“DRG点数法付费”)工作,规范定点医疗机构医疗服务行为,经甲乙双方协商一致,双方在签订《成德眉资医疗保障定点医疗机构服务协议(医院类)》(以下称主协议)基础上,就乙方开展基本医疗保险按DRG点数法付费工作有关事宜签订如下协议。

第一条 甲方对乙方本协议期内收治的我市参保人员发生的住院医疗费用应由医保统筹基金支付部分实施总额预算管理下 DRG 点数法付费结算。

第二条 DRG 点数法付费包括：DRG 病组点数付费、床日点数付费等。

第三条 甲乙双方应当依照国家、省及本市有关 DRG 点数法付费的政策规定，正确行使职责，持续推进医保支付方式改革，促进医疗、医药资源合理配置，提高医保基金使用效率。

第四条 甲方应及时向乙方通报 DRG 点数付费相关政策、经办规定、管理制度、操作流程及其变化等情况，接受乙方咨询。按规定向乙方支付应当由医保基金支付的医疗费用。

第五条 乙方应严格执行我市有关 DRG 点数法付费相关规定，主动配合甲方做好 DRG 点数法付费方式改革工作。乙方应按照规定建立和完善适应 DRG 点数法付费的信息系统和内部管理制度，加强病案编码专业人员的配备，加强医保医师管理，不定期开展 DRG 点数法付费业务知识培训，明确专人负责此项工作。

第六条 乙方应建立自律机制，规范医疗行为，建立完善控费机制，合理收治和转诊患者，切实减轻参保人员个人负担。

第七条 乙方应加强病案质量管理工作，严格执行《住院病案首页数据填写质量规范(暂行)》(国卫办医发〔2016〕24号)、《医保疾病诊断、手术操作分类与代码》、《医疗服务项目分类与

代码》、《医保药品分类与代码》、《医保医用耗材分类与代码》等编码标准，正确规范填写病案首页和疾病、手术操作编码，确保基础数据准确、及时、完整。

乙方应严格按照《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障基金结算清单填写规范的通知》（医保办发〔2020〕20号）填报病案信息、费用信息、结算信息，并按规定及时、准确上传医保信息系统，做好数据安全维护工作。在信息系统未完善相关功能前，具体数据上传方式由甲乙双方协商确定。

第八条 乙方应严格按照卫生健康行政部门规定的医疗服务质量要求把握出入院标准，不得随意降低收治住院病人的标准，不得诱导病人住院和手术，严禁推诿患者、分解住院、服务不足、高套点数等违规行为。

第九条 乙方对已收治住院的病人，应坚持因病施治的原则，合理控制住院病人自费的药品、医用耗材和医疗服务项目费用，做到合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费。不得将住院自费费用分解至门诊结算；无特殊原因不得将本院有条件有能力诊治的病人推转到其他定点医疗机构；不得要求参保病人在院期间医保结算后转自费住院；不得人为减少必要的医疗服务而影响医疗质量；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，不得提供与本次住院治疗无关的医疗服务。

第十条 乙方应按照甲方 DRG 点数法付费结算相关要求，在每月规定时限内，按要求完成上月住院病例的病案信息填报、

特病单议申请和费用清算申报等工作，并及时与甲方办理月度预结算。在信息系统未完善相关功能前，费用清算申报、病案信息填报和特病单议申请及月度预结算等工作由甲乙双方协商确定。

乙方收到分组结果后在规定时间内完成分组结果的核实及病案数据的反馈工作，逾期不反馈视为无异议。

第十一条 甲方可通过病案抽审、智能网审和人工复审方式对乙方病例病案进行审核，必要时将组织专家开展质量评审，乙方应予以配合。

第十二条 甲方应按照“总额预算、点数付费、按月预付、年终清算”的原则，在 **DRG** 点数法付费的年度预算总控额度内按规定计算出乙方月度预拨付点数，并按照月预付比例_____ % 进行拨付，拨付时限要求按照主协议约定。并按规定对乙方完成年度 **DRG** 考核后进行年终清算。在信息系统未完善相关功能等其他特殊情况下，具体月度预付金额或点数由甲乙双方协商确定。

第十三条 甲方和乙方均应对 **DRG** 付费运行效果进行日常监测，通过数据分析，追踪问题线索，重点监测病案首页填写和医保结算清单填报完整性、主要诊断和主要手术选择正确性以及诊疗行为规范性等；重点关注高人次且高点数病组的高编高靠风险、高人次且低点数病组的降低住院标准风险；重点监测医保住院运行指标，如人次人头比、平均住院天数、次均费用、病组平均费用和构成、**15** 天再住院率、时间消耗指数与费用消耗指数

等信息。

第十四条 乙方有下列违约情形之一的，甲方可对乙方作出限期整改，并暂停支付医疗费用的处理：

- 1.推诿或拒绝符合住院条件的参保人员住院治疗的；
- 2.无特殊原因将本院有条件、有能力诊治的参保人员推转至其他定点医疗机构治疗的；
- 3.其他违规行为。

第十五条 乙方有下列违约情形之一的，违规病例将不予结算病例费用：

- 1.将不符合入院标准的参保人员纳入住院治疗的；
- 2.要求参保病人在院期间医保结算后转自费住院；
- 3.减少服务或降低服务标准将未达到出院标准的参保人员办理出院的；
- 4.将住院自费费用分解至门诊结算的；
- 5.未将符合医保支付政策的门诊费用纳入本次住院费用的；
- 6.将已达到出院标准的参保人员滞留住院的；
- 7.其他严重违规行为。

第十六条 乙方有下列违约情形之一的，病例费用不予结算外，并视情节轻重，按该病例费用的**1—3**倍予以扣减：

- 1.存在高套点数及虚假编码，造成医保基金损失的；
- 2.存在挂床住院（含擦床住院）、虚假住院、诱导住院、分解住院、体检住院，将不符合入出院指征的参保病人收治入院，

造成医保基金损失的。

第十七条 协议执行期间，如遇我市按 DRG 点数法付费结算管理相关规定发生重大变化时，甲乙双方按新规定协商重新签订协议，如无法达成协议，双方可解除协议。

第十八条 本协议原则上需与主协议同时签订，在签订主协议的基础上方可生效，与主协议具有同等效力，有效期与主协议一致。本协议与主协议约定内容不一致的，以本协议为准。甲乙双方在协议履行过程中发生争议的，遵从主协议约定。

因甲方原因，协议到期时仍未签订下一年度协议的，本协议继续有效，有效期至下一年度协议签订日止。

协议到期后，自甲方通知乙方续签协议之日起 10 个工作日内，乙方没有与甲方续签协议的，甲方有权中止协议；自甲方通知乙方续签协议之日起 20 个工作日内（不含 20 个工作日），乙方没有与甲方续签协议的，视为自动放弃续签协议，本协议终止。

第十九条 本协议一式两份，经甲乙双方签字盖章后生效。甲、乙双方各执一份，具有同等效力。

第二十条 本协议条款最终解释权归甲方所有。

附件：相关术语说明

甲方：

(盖章)

法人代表：

年 月 日

乙方：

(盖章)

法人代表：

年 月 日

附件

相关术语说明

1.DRG 点数法：在医保基金预算总额控制下，住院医疗服务按疾病诊断相关分组付费，同时引入“点数法”，将病组、床日、服务单元等各种医疗服务的价值以一定点数体现，年终清算时根据基金预算总额和医疗服务总点数确定每个点的实际价值，再以各医疗机构实际总点数进行费用拨付清算。

2.自费率：自费是指在实际发生的医疗费用中，按照有关规定不属于基本医疗保险支付范围而全部由个人支付的费用。自费率是指参保人员自费医疗费用占医疗总费用的比率，主要反映参保人员个人负担医疗费用的情况。 $\text{自费率} = \text{自费医疗费用} / \text{医疗总费用} \times 100\%$ 。

3.体检住院：是指医疗机构为提高住院收入或参保人希望提高报销比例，将健康状况未达到需要住院标准的参保人收治入院，并将体检项目纳入住院费用报销。