**商洛市定点医疗机构服务补充协议**

**甲方（经办机构）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**乙方（医疗机构）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

商洛市定点医疗机构医疗保障补充协议

为进一步加强DIP试点医疗机构协议管理，根据《商洛市区域点数法总额预算和按病种分值付费（DIP）实施细则（试行）》（商医保发〔2022〕26号）文件精神，经双方协商，现就商洛市基本医疗保险定点医疗机构服务协议书未尽事项补充如下：

一、甲方在综合考虑各类支出风险的情况下，统筹考虑物价水平、参保人医疗消费行为、总额增长率等因素，科学测算、合理确定我市DIP试点医疗机构年度区域总额预算指标，不再细化明确各医疗机构总额控制指标。

二、甲方对纳入按病种分值付费管理病种的住院医疗费用结算，按照“基金预拨付、月度预结算、年预清算、年度清算”的方式进行。乙方与参保人员之间的住院医疗费用结算仍按医保住院医疗待遇相关政策标准执行。

三、甲方按照DIP信息系统数据质量规范对乙方上传数据质量从及时性、完整性、合理性和规范性等方面进行审核。对问题数据及时反馈乙方核查整改。

四、甲方在规范诊疗的基础上，以临床路径和规范服务价格为指导，对以既往住院费用计算的分值偏差较大病例，经专家评议后，重新计算分值。

五、甲方对住院天数明显高于平均水平、费用偏离度较大、ICU住院天数较长、分值偏差较大或者运用新医疗技术等特殊病例及因乙方数据质量问题未纳入DIP管理的病例经乙方申请后，提交DIP专家组评议通过后，重新计算分值。

六、甲方对乙方开展DIP实际付费之前发生的医疗费用，医保支付最高限额不超过上年度乙方月预算金额×相应月份；开展实际付费以后，按照DIP结算管理规定执行，结算分值点值按照当年度全年数据进行统计计算。

七、甲方依据乙方的病例组合指数（CMI）、中医优势病种、老年人、新生儿、重点专科、新技术、新成果应用、信用等级、医疗总费用增长率、平均费用增长率、人次人头比增长率、疾病诊断和手术编码准确率、年度总体自费率、患者满意度等指标确定年度预清算综合系数。

八、甲方将年终清算基金拨付与年度综合考核结果相挂钩，实行“结余留用、超支合理分担”的激励约束机制。对考核合格的，按照DIP相关管理办法规定进行基金清算拨付；对考核不合格的，结余和超出部分均不予拨付。

九、乙方应成立DIP试点工作专班，组织院内医务人员开展病案首页规范填写、DIP相关业务知识培训及政策宣传。

十、乙方应建立与DIP相配套的的管理制度，包括病案管理、临床路径管理、成本核算管理、绩效考核制度等配套措施，保障支付方式改革有效运行。

十一、乙方应配合医保管理部门按要求及时做好本机构信息系统与医保信息系统的对接工作。乙方未按要求完成与医保信息系统对接和数据传输的，甲方不予进行医保结算结算。

十二、乙方的住院病案首页信息应当真实、及时、规范、完整，准确反映住院期间诊疗信息。对甲方反馈的要求规范的质控信息，应及时予以整改并重新上传。对于乙方不按要求上传病案首页、疾病编码、手术操作编码的病例，甲方不予结算。

十三、乙方应遵循合理检查、合理用药、合理诊疗、合理收费等原则，严格遵守首诊负责制，严格掌握出入院指征。甲方对查实乙方存在的分解住院、挂名住院、高套分值、减少服务内容、降低入院标准、推诿病人门诊转嫁费用等异常行为，甲方不予结算相关病例点数，情节严重的，扣除相应病例2-5倍点数，并予以通报。

十四、甲乙双方要加强DIP相关知识的学习和政策宣传，及时总结试点工作中好的经验和做法，不断完善相相应的监管和考核指标，为医院精细化管理，数字化评价提供科学、规范、使用的支撑体系，并为医保管理政策提供决策支持。

十五、本补充协议为原协议不可分割组成部分，与原协议具有同等法律效力。本协议于与原协议有相互冲突时，协商解决。

　 十六、本协议一式两份，甲乙双方各执一份，自双方签字盖章之日起生效。

甲方：医保经办机构（盖章） 乙方：医疗机构（盖章）

法人代表（签名）：　　 法人代表（签名）：

年 月 日 　　 年 月  日