攀枝花市医疗保障局
关于印发《攀枝花市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）结合点数法付费监督管理办法》的通知

攀医保规〔2026〕6号

各县（区）医保局，有关定点医药机构，各科室，各直属单位：

为进一步推进我市DRG支付方式改革纵深发展，完善DRG支付方式监管机制，健全改革配套措施，按照《攀枝花市DRG支付方式改革三年行动暨DRG付费国家示范点建设工作方案》（攀医保〔2022〕34号），经研究，现将《攀枝花市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）结合点数法付费监督管理办法》印发给你们，请认真遵照执行。

特此通知。

攀枝花市医疗保障局

2026年8月31日

攀枝花市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）结合点数法付费监督管理办法

第一章 总 则

第一条 为加强我市基本医疗保险按疾病诊断相关分组（**DRG**）结合点数法付费（以下简称**“DRG**点数法付费**”**）监督管理，维护医疗保障基金安全，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《社会保险经办条例》《国务院办公厅关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则》等，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于我市纳入**DRG**点数法付费的医保定点医疗机构（以下简称**“**定点医疗机构**”**）的监督管理。

本办法所指定点医疗机构，是与我市各级医疗保障经办机构（以下简称**“**医保经办机构**”**）签订各类**DRG**点数法付费服务协议（以下简称**“**服务协议**”**），为参保人员提供医疗服务的定点医疗机构。

第三条 **DRG**点数法付费监督管理原则。

（一）依法监管。加强医疗保障基金使用监管，严格执行经办管理规程，规范服务协议管理，严厉打击欺诈骗保，切实维护参保群众权益。

（二）客观公正。客观反映定点医疗机构使用医疗保障基金情况，依照服务协议公正处理定点医疗机构发生的违规使用医疗保障基金行为。

（三）履责保密。严格执行医疗保障基金收支管理核算和审核、结算、核查、考核等制度，认真履行监管职责，遵守各项保密规定。

（四）合理高效。提升监管能力，提高监管效率，合理引导定点医疗机构加强行业自律，建立健全自我管理、自我约束的良性机制。

第四条 根据国家、省、市有关规定，我市**DRG**点数法付费实行协议管理。在定点医疗机构服务协议中设立与**DRG**点数法付费监督管理有关的约定条款，明确双方在实行**DRG**点数法付费服务中的权利、义务及相应的违约责任。

第五条 各级医保经办机构对相关定点医疗机构实行**DRG**点数法付费协议管理。市级医保经办机构指导县（区）医保经办机构规范开展经办管理和常态化监督检查。

第六条 相关定点医疗机构应贯彻落实我市关于推进医疗保障基金监管制度体系改革实施方案的相关要求，切实履行自我管理主体责任，加强行业自律，规范医疗服务行为，依法依规使用医疗保障基金。

第二章 监督管理

第七条 市级医保经办机构应结合**DRG**支付方式改革实际，完善定点医疗机构服务协议内容，明确医保经办机构与

定点医疗机构双方的权利与义务，包括付费方式、结算办法、费用审核、基金支付、清算流程、核查检查、违规违约责任等事项，以及对病案首页、医保结算清单、数据信息和病案编码人员的相关要求。

第八条 各级医保经办机构按照协商一致的原则，与符合条件的定点医疗机构签订服务协议，建立 **DRG** 点数法付费医疗保障基金结算关系，并报同级医疗保障行政部门备案。

第九条 各级医保经办机构应采取日常审核、日常核查、专项核查和委托核查等方式，加强对相关定点医疗机构 **DRG** 点数法付费违规违约行为的常态化监督管理。

（一）日常审核。依托省医疗保障信息平台医疗保障智能监管子系统智能审核知识库、规则库设定的规则，对定点医疗机构发生的医疗费用进行初审、复审和处理。按照我市 **DRG** 点数法付费经办规程，对医保结算清单数据上传、分组结果等进行审核确认。组织医保专家对病案首页和医保结算清单填报、列入 **DRG** 评议范围的特殊病例以及有争议的病例等进行评审。对具有普遍性的可疑风险点进行专项审核。

（二）日常核查。加强 **DRG** 点数法付费常态化核查，通过第三方机构 **DRG** 监管专业化服务和大数据智能化监控驻场服务，以及日常审核、监控分析、核查检查和投诉举报等发现的疑点问题，深入追踪问题线索，结合实际确定现场核查的方向、重点和频次，重点核查 **DRG** 病例申报结算以及相关数据信息的真实性、完整性和规范性。

（三）专项核查。通过日常核查发现疑点问题，结合日

常审核、智能监控、大数据分析、病案及医保结算清单检查等发现的问题线索，开展专项核查，必要时组织临床医学、病案质控和医保管理等专家参与核查。对医疗费用异常、违规行为频发、医保管理混乱、参保群众反映意见较大的定点医疗机构列为重点监管对象，开展重点核查。

（四）委托核查。通过政府采购服务的方式加强**DRG**点数法付费核查的专业力量，委托会计师事务所、商业保险公司、信息技术服务公司等第三方监管服务机构开展**DRG**点数法付费核查，以及大数据监管分析和预警评价，并对日常审核、日常核查和专项核查等发现的重点、难点问题进行专业分析和辅助检查，提升**DRG**点数法付费核查专业化水平。

第十条 相关定点医疗机构应建立健全与**DRG**点数法付费相适应的医保管理机制，通过规范医疗服务行为、加强医保数据质控管理等措施，不断提升医疗服务质量，为参保群众提供安全、有效、可负担的医疗服务。

（一）健全医保管理机制。加强医保管理制度建设，完善自律管理机制，落实各项管理措施，建立与**DRG**点数法付费相适应的数据质控、病案管理、清单填报和行为规范等管理制度。加强与**DRG**点数法付费相适应的医保管理人才队伍建设，不断提升**DRG**点数法付费规范化、专业化管理水平。

（二）规范医疗服务行为。严格执行医保服务协议，不断规范医疗服务行为，强化成本管控。坚持因病施治，做到

合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，加强对分解住院、高套点数、推诿病人、服务不足、转移费用等违规行为的自我监督管理。

（三）加强数据质控管理。严格执行医保结算清单填写规范，按照国家医保版业务编码、诊疗和费用信息等标准填报医保结算清单，按规定及时、准确上传医保信息。加强病案质量管理，规范衔接病案首页与医保结算清单的信息，防止因数据质量问题导致**DRG**点数法付费相关违规行为发生。

第十一条 相关定点医疗机构应主动配合医保经办机构开展**DRG**点数法付费监督管理工作，如实提供相关资料、凭证和数据信息等，不得拒绝检查、阻碍检查以及谎报、瞒报事实。

第三章 监督检查

第十二条 各级医保经办机构应完善**DRG**点数法付费核查规程，常态化开展**DRG**点数法付费核查，同时强化省医疗保障信息平台医疗保障智能监管子系统智能审核和监控知识库、规则库的落实应用，不断完善我市**DRG**点数法付费智能审核和监控知识库、规则库规则以及参数、指标、阈值和应用场景的建设。

第十三条 各级医保经办机构应加强**DRG**点数法付费监管核查队伍专业化建设，加强审核和核查工作人员专业技能培养，建立由医保经办、审核和核查、临床医学、病案管理等专家以及第三方专业服务机构专家共同组成的**DRG**专业

监管核查团队，不断提升**DRG**点数法付费监督管理工作绩效。

第十四条 各级医保经办机构应不断完善**DRG**点数法付费监督管理措施，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员、畅通举报奖励渠道等方式加强社会监督。定期向社会公布**DRG**点数法付费监督检查结果，加大**DRG**点数法付费违规行为典型案例曝光力度，及时向社会公布定点医疗机构和医保医师相关失信行为处理结果。

第十五条 各级医保经办机构根据**DRG**点数法付费日常运行、审核管理、举报投诉、监控预警等情况开展监督检查。通过日常检查与专项检查、现场检查与大数据检查、基层检查与抽查复查相结合等方式，对定点医疗机构履行服务协议、使用医疗保障基金以及规范医疗服务行为等进行监督检查，不断健全**DRG**点数法付费综合监管机制。

第四章 违规处理

第十六条 相关定点医疗机构违反服务协议的，由医保经办机构按服务协议约定处理。

（一）约谈定点医疗机构法定代表人、主要负责人或实际控制人；

（二）暂停或不予结算医保费用；

（三）不予支付医保费用或追回已支付的医疗保障基金损失；

（四）要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金；

（五）中止相关责任人员或所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务；

（六）中止或解除医保服务协议。

第十七条 相关定点医疗机构存在以下涉及**DRG**点数法付费违规情形的，由医保经办机构按服务协议约定处理。

（一）违反目录管理。将不属于医疗保障基金支付范围内的项目或费用纳入医疗保障基金支付范围；将属于医疗保障基金支付范围内的项目或费用转为参保人员门诊结算或自费结算；其他违反医保目录执行规定的行为。

（二）违反收费规定。违反医保医疗服务项目价格标准和收费规定进行收费；乱收费、虚记收费、重复收费、串换收费、分解收费、超范围收费；其他违反医保物价收费规定的行为。

（三）违反诊疗规范。违反临床诊疗规范，无效、过度或降低标准提供检查、治疗、用药等医疗服务；违反医疗机构手术分级管理等相关医疗规范。

（四）分解住院。定点医疗机构为未达到出院标准的参保患者办理出院，在**7**天内采取其他形式再次为患者治疗同一疾病或相同症状办理入院，将参保患者应当一次住院完成的诊疗过程分解为两次或两次以上住院诊疗过程的行为。

（五）推诿重症患者。定点医疗机构优先选取病情相对较轻的参保患者，拒收资源消耗高的重症患者，或将本机构能收治的重症患者，转到外机构或辖区外诊治等。

（六）高套点数。定点医疗机构未按照医保结算清单填

写规范上传结算信息，通过升级疾病诊断或选取高资源消耗治疗方式等手段，导致上传的医保基金结算清单数据与病例实际情况不符合，或没有诊断依据，人为提高诊断使病案进入费用更高的**DR**病组。

（七）转移住院费用。定点医疗机构将参保患者住院费用分解至门诊、药店或其他途径结算，或要求参保患者在院期间医保结算后转自费住院，以获得更多利益（使用单行支付、高值药品除外）等。

（八）挂床（名）住院。参保人员以健康体检为主要目的住院；降低标准住院，仅以检查检验为主、未进行相关实质性诊疗的住院医保结算。

（九）提供医疗服务不足。定点医疗机构为获取更多利益，减少临床路径规定应提供的诊疗服务项目、缩短诊疗服务时间，或将未达出院标准或未完成临床路径的参保患者办理出院。

（十）其他违规使用医疗保障基金的行为。

第十八条 定点医疗机构存在本办法第十七条所列情形之一的，医保经办机构应按照本办法第十六条的相关规定和定点服务协议约定进行处理，并对查实的下列情形，不予结算**DRG**违规病例的违规点数，**DRG**违规病例扣除点数对应的违规费用折算违约金并上缴。

（一）对查实“挂床（名）住院”“降低标准住院”的病例，不予结算病例点数，并按该病例点数的**1**倍扣除医疗机构病例点数。

（二）对查实“提供医疗服务不足”的病例，不予结算当次病例违规点数，并按该病例违规点数的**1**倍扣除医疗机构病例点数。

（三）对查实“分解住院”的病例，不予结算再次住院病例违规点数，并按该病例违规点数的**2**倍扣除医疗机构病例点数。

（四）对查实“转移住院费用”的病例，不予结算当次病例违规点数，并按该病例违规点数的**2**倍扣除医疗机构病例点数。

（五）对查实“推诿重症患者”等方式降低病组均费的病例，不予结算当次住院合并的病例违规点数，并按当次住院合并的违规点数的**2**倍扣除医疗机构病例点数。

（六）对查实“高套点数”的病例，不予结算病例违规点数，并按该病例违规点数的**2**倍扣除医疗机构病例点数。

（七）定点医疗机构以骗取医疗保障基金为目的，实施上述违规行为之一的，除不予结算该病例点数外，可按该病例违规点数的**5**倍扣除医疗机构相应病例点数。

（八）其它损害参保人员利益和违规使用医疗保障基金的诊疗行为，除不予结算病例违规点数外，可按不超过该病例违规点数**2**倍的标准扣除医疗机构相应病例点数。

第十九条 各级医疗保障行政部门应当加强辖区内**DRG**点数付费协议订立、履行等情况的监督检查，对医保经办机构、定点医疗机构、个人违法违规行为，依法依规进行处理。

第五章 附 则

第二十条 各级医保经办机构和定点医疗机构在服务协议执行过程中发生争议的，双方应协商解决。双方协商后仍存在争议的，可提请同级医疗保障行政部门进行处理。对处理结果不服的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。

第二十一条 本办法由攀枝花市医疗保障局负责解释。

第二十二条 本办法所涉及事项，国家和省相关部门另有规定的，从其规定。

第二十三条 本办法自**2026**年**10**月**1**日起正式施行，有效期五年。