

河南省医疗保障局文件

豫医保办〔2024〕84号

河南省医疗保障局

关于开展省内异地就医住院费用纳入就医地 按病种付费管理的指导意见（试行）

各省辖市、济源示范区医疗保障局，航空港区组织人事部，省医疗保障服务中心：

根据《国家医保局 财政部关于进一步加强异地就医直接结算管理服务的通知》（医保发〔2024〕21号）、《河南省医疗保障局 河南省财政厅关于进一步做好河南省基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》（豫医保办〔2022〕48号）等要求，为进一步加强省内异地就医管理，保障参保人员基本医疗权益和医保基金运行安全可持续，现就开展省内异地就医住院费用纳入就医

地按病组和病种分值付费（以下简称按病种付费）管理工作提出如下意见：

一、目标任务

坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大和二十届二中、三中全会精神，落实国家及省医疗保障工作安排部署，有序推进省内异地就医纳入就医地按病种付费管理工作。2025年1月起，各统筹地区要将本地定点医疗机构发生的符合条件的省内异地就医住院费用纳入按病种付费管理。鼓励有条件的地区探索将跨省异地就医住院费用纳入就医地按病种付费管理。不断完善符合我省实际和医疗服务特点的医保支付体系，激发定点医疗机构规范行为、控制成本和基层首诊、双向转诊内生动力，促进分级诊疗，引导医疗资源合理配置和患者有序就医。

二、结算清算流程

（一）按照属地管理原则执行就医地医保支付政策。就医地定点医疗机构收治省内异地就医参保人员时，要提供与本地参保人员相同的服务和管理，住院费用符合当地按病种付费范围的，执行就医地按病种付费规定，做到应结尽结。就医地医保经办机构要在医疗保障定点医疗机构服务协议中予以明确。郑州市域内定点医疗机构执行郑州市的按病种付费政策，其中驻郑省管公立医疗机构由省医保经办机构负责结算，其他定点医疗机构由郑州市医保经办机构负责结算。各统筹地区（含省直）域外定点医疗

机构按照属地管理原则，执行所在地按病种付费政策，由所在地医保经办机构负责结算。

（二）有序开展月度医保资金预拨和预结算。参保地医保经办机构按要求向省医保经办机构上解异地就医结算资金。省医保经办机构按时将医疗机构申报的月度预结算费用按照一定比例预拨至就医地医保经办机构，由就医地医保经办机构拨付至域内相关定点医疗机构。就医地根据医保基金结余情况，经定点医疗机构申请，医保经办机构向管理规范、信用良好以及在医保政策落地等方面表现较好的医疗机构进行预付，帮助医疗机构缓解资金运行压力。

（三）按时完成年终清算。就医地医保经办机构在完成本地按病种付费年度清算后，及时开展异地就医住院费用清算工作。清算结果按时回传至省内异地就医结算系统，并报送省医保经办机构。省医保经办机构根据参保地居民医保预留资金、职工医保上解资金与清算结果、月度预付总金额进行轧差后，按规定完成年终清算。

（四）建立健全协同机制。参保地和就医地医保部门要在问题反馈、费用报销、基金拨付、费用协查、信息共享等方面加强协同配合，建立健全闭环管理工作机制，形成工作合力。

三、审核监管

（一）强化异地就医住院费用审核。就医地医保经办机构将异地就医按病种结算费用纳入审核范围，审核标准与流程同本地

按病种付费要求一致。要建立初审、复审两级审核制度，对初审通过的费用随机抽查进行复审，审核发现的违规费用追溯冲减省内异地就医结算费用。要指导定点医疗机构做好内部审核，强化事前、事中、事后监管。

（二）完善异地就医费用考核评价机制。就医地医保经办机构要将异地就医按病种付费管理情况纳入年度定点医疗机构履约考核范围，及时更新完善履行协议考核评价体系，增加异地就医人次人头比、次均住院费用增长率、直接结算率、DRG 基础病组（DIP 基层病种）收治率等评价指标。考核结果与年终清算、质量保证金返还、医疗机构加成系数确定等挂钩。

（三）定期开展运行分析监测。就医地医保经办机构要按月或按季度开展定点医疗机构收治异地就医人员的次均住院费用及涨幅、政策范围内报销比例等指标的运行分析，要重点监测相同疾病本地和异地就医人员的费用差异，发现问题要及时落实，强化源头治理，压实定点医疗机构费用管控主体责任。

（四）加强异地就医费用监督管理。就医地医保部门要把省内异地就医按病种付费直接结算作为日常监管、专项检查、飞行检查等的工作内容。积极与参保地医保部门沟通协调，配合参保地对直接结算及手工报销中的疑似违规费用、参保人欺诈骗保行为等及时进行核查处置。

四、配套措施

（一）加快信息系统建设。各统筹地区要加快推进信息系统

建设，完成医保信息平台改造、结算信息上传等工作，做好智能审核与异地就医系统对接，提升省内异地就医住院费用结算清算、审核监管和统计分析等精细化、智能化管理水平。

（二）建立风险预警机制。2025年起，各统筹地区要按照本地就医和异地就医分项分类做好医保基金总额预算，建立基金运行风险评估预警机制，结合省内异地就医按病种付费运行分析情况，对省内异地费用支出达到预算上限值的，参保地医保经办机构要及时与就医地医保经办机构沟通反馈，采取有效措施，遇有重大问题要及时向省医保局报告。

（三）建立定期调度机制。省医保局负责统一规划协调、指导监督省内异地就医管理服务工作。建立定期调度工作机制，督促各统筹地区加快推进异地就医按病种付费工作。

五、工作要求

（一）提高思想认识，加强组织领导。各统筹地区医保部门要将省内异地就医住院费用纳入就医地按病种付费管理作为深化医疗保障制度改革的重要任务，加强组织领导，统筹协调联动，保证工作质量，提高工作效率，确保改革落细落实。

（二）强化部门协同，做好政策衔接。省医保经办机构要制定省内异地就医住院费用纳入就医地按病种付费管理经办规程，指导各统筹地区有序开展工作。各统筹地区医保经办机构根据当地按病种付费和异地就医情况制定出台当地经办规程。

（三）加强政策宣传，营造良好氛围。省内异地就医住院费

用纳入就医地按病种付费管理社会关注度高，各统筹地区要加强政策解读和舆论引导，积极回应社会关切，形成广泛的社会共识，为改革创造良好、宽松的工作环境。要及时宣传改革进展和成效，提升医疗机构和医务人员参与改革的积极性，争取社会各方的理解和支持。

本意见自 2025 年 1 月 1 日起施行。



河南省医疗保障局

2024 年 12 月 13 日印发
