安徽省医疗保障局 安徽省财政厅

安徽省卫生健康委员会关于印发《安徽省

省内异地就医按病组和病种分值付费改革

实施方案》的通知

皖医保发〔2024〕11号

各市医疗保障局、财政局、卫生健康委员会：

为贯彻落实省委深改委2024年工作要点要求，有序推进省内异地就医按病组和病种分值付费改革工作，省医保局会同省财政厅、省卫生健康委制定了《安徽省省内异地就医按病组和病种分值付费改革实施方案》。现印发给你们，请认真抓好落实。

## 安徽省医疗保障局 安徽省财政厅

安徽省卫生健康委员会

## 2024年12月31日

（此件公开发布）

安徽省省内异地就医按病组和病种分值

付费改革实施方案

根据《中共安徽省委 安徽省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》《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）、《国家医疗保障局办公室关于印发按病组和病种分值付费2.0版分组方案并深入推进相关工作的通知》（医保办发〔2024〕9号）等文件精神，为有序推进省内异地就医按病组和病种分值（以下简称DRG/DIP）付费改革，结合我省实际，制定本方案。

一、目标任务

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，深化医保支付方式改革，引导医疗资源合理配置和患者有序就医，提高医保基金使用效能，切实保障广大参保人员基本医疗权益。2024年，制定省内异地就医DRG/DIP付费改革方案，做好制度政策、经办规程、信息支撑、工作机制等准备工作。2025年，以合肥市、芜湖市、蚌埠市作为就医地，其他市作为参保地，实行省内异地就医DRG/DIP付费，加快推进DRG/DIP付费功能模块的建设和落地应用工作。2026年起，所有市全面开展异地费用DRG/DIP付费，逐步建立全省统一、上下联动、标准规范、管用高效的医保支付新机制。

二、具体措施

（一）统一结算范围。原则上，参保人员省内异地联网直接结算的符合就医地DRG/DIP付费管理规定的住院费用，由就医地医保部门按照就医地DRG/DIP病组（病种）、权重（分值、点数）、综合系数等规则与相关定点医疗机构进行结算。参保人员继续按参保地医疗保障政策享受待遇。逐步覆盖就医地按床日付费、中医优势病种等其他支付方式的相关病例。逐步将参保人员回参保地手工报销的异地费用（涉第三方责任等特殊情形的病例除外）纳入DRG/DIP付费管理范围。

（二）统一经办管理。根据国家DRG/DIP付费改革经办规程和异地就医直接结算相关要求，制定省内异地就医DRG/DIP付费经办规程，明确基金预算财务管理、费用结算、年度清算、监督稽核等事项。全面执行国家DRG/DIP2.0版分组方案，统一健全特例单议、协商谈判、沟通反馈、基金预付、数据公开等配套机制，推动统一全省DRG/DIP分组方案。动态调整DRG/DIP付费基层病种目录，对基层医疗机构诊疗能力成熟的常见病、多发病、慢性病等，实行不同层级定点医疗机构“同病同治同付”。

（三）统一拨付路径。参保地医保经办机构继续按照异地就医预付金管理相关规定，上解异地就医预付金和清算资金。省级医保经办机构按照省、市两级清算的方式，实行收支两条线管理，属于省内异地就医支出部分，省级经办机构直接拨付到就医地医保部门基金支出户。就医地医保部门按照本地DRG/DIP付费月度预拨规则及时向就医地医疗机构拨付医保基金。省级医保经办机构管理的定点医疗机构异地就医DRG/DIP付费管理工作由所在地市级医保部门负责。

（四）统一预算清算。省内异地就医DRG/DIP支出预算实行过渡期管理。2025年—2026年，以参保地省内异地就医按项目付费直接结算的医保基金作为省内异地就医DRG/DIP付费预算交由就医地管理，过渡期内职工医保和居民医保、本地费用和异地费用分别计算费率（点值）。2027年起，结合各地改革进展情况，逐步过渡到合理确定异地就医医保基金总额预算，就医地会同参保地在上年度省内异地就医DRG/DIP付费支出的基础上，综合考虑各类支出、物价水平、异地就医行为、基金收支变化等因素，拟制当年省内异地就医DRG/DIP预算总额和清算方案，省级医保经办机构组织各统筹地区医保经办机构确认后执行。实行总额预算管理后，就医地探索统一职工医保和居民医保、本地费用和异地费用的点值（费率）。

（五）统一数据管理。各统筹地区要开展医保数据治理，严格落实国家医保信息业务编码管理相关要求，指导定点医疗机构全面使用医保标准编码，按照《医疗保障基金结算清单填写规范》填写上传统一的医保基金结算清单，并将省内异地住院费用纳入结算清单的质控管理范围。成立“医保数据工作组”，促进医保数据和医疗数据共享共通，定期向定点医药机构等“亮家底”。

（六）完善信息系统。优化升级省市医保信息系统，改造本地结算清单信息上传下载接口，向就医地医保部门开放省内异地就医结算明细和医保结算清单数据获取、定点医疗机构费用审核结算清算等权限，支持省内异地住院费用在就医地入组计算后能与参保地进行结算、清算。健全国家DRG/DIP功能模块落地应用工作专班机制，加快推进国家DRG/DIP功能模块应用，指导各定点医疗机构进行分组结果查询、结算清单质控结果查询等接口改造工作，健全DRG/DIP付费改革关键指标信息展示与分析反馈功能，通过医保数据赋能促进定点医疗机构精细化管理。

（七）完善协议管理。完善全省统一的医保定点服务协议范本，就医地医保经办机构将异地就医付费工作纳入协议管理范围，并统一开展年度履约考核评价。完善定点医疗机构协议履行考核评价指标体系，增加异地就医联网直接结算增长率、次均住院费用增长率、政策范围内费用报销比例、基层病种收治比例等与异地就医管理服务相关的专项指标，并将履约考核结果与年终清算、质量保证金支付等挂钩。

（八）完善审核机制。建立健全异地就医医保费用审核机制，将省内异地就医住院结算费用纳入就医地审核范围，执行本地住院费用DRG/DIP审核标准与流程。省级医保经办机构建立健全异地就医医保待遇给付的联合审核机制，统一审核流程标准、意见收集反馈、争议沟通处理等规范，按月或按季度组织参保地与就医地医保经办机构共同开展审核工作。审核并经确认一致的违规费用，可用于冲减每月省内异地就医联网结算上解清算资金，也可在年终清算时统一冲减。

（九）强化基金监管。建立健全异地就医医保费用联动监管机制，就医地和参保地医保部门要把省内异地就医联网结算费用纳入稽核检查、日常监管、专项检查、飞行检查等范围，创新支付方式智能审核应用场景，通过医保基金智能监管子系统做到初审全覆盖，逐步实现事前、事中、事后全流程管理。重点关注以医保额度为由让患者提前出院、非系统原因让患者自费结算、将住院费用转移到门诊和其他定点医药机构等行为，依法依约查处违法违规行为。

（十）强化监测评估。省级医保经办机构、各统筹地区医保部门要按季度开展省内异地就医DRG/DIP付费改革运行监测分析，重点分析省内异地就医与本地就医病例在病组（种）结构、出院人次、费用结构、费用额度等情况，及时掌握异地就医DRG/DIP付费对医保基金、医疗机构、参保人员的影响情况。根据改革运行情况，健全完善省内异地就医DRG/DIP付费改革政策与配套机制。

三、工作要求

各级医保、卫生健康、财政部门及定点医疗机构要加强改革协调联动。省级医保部门负责健全工作专班机制，统筹推进省内异地就医DRG/DIP付费改革。卫生健康部门要加强对医疗机构的指导，规范医疗服务行为，优化绩效考核机制。财政部门按规定做好基金拨付和资金保障工作。各定点医疗机构要根据改革工作部署，调整优化内部管理机制，并按要求做好信息系统改造、数据传输等工作。建立就医地、参保地联合办公机制，参保地医保部门派员参与就医地省内异地就医费用审核、特例单议、争议处理、预算编制、结算清算、基金监管等工作。就医地相关部门要加强省内异地就医管理的资金与人员保障，组织开展医保政策与业务培训，提高医保管理、医保经办、定点医疗机构等人员的业务能力水平。对承接异地患者较多的就医地医保部门，省级医保部门会同财政部门在安排医疗保障能力提升资金等方面给予支持。

本方案自2025年4月1日起施行，各地在执行过程中遇重大问题及时向省有关部门报告。