

眉县医疗保障经办机构文件

眉医保中心发〔2025〕4号

眉县医疗保障经办机构 关于转发《宝鸡市省内异地就医住院费用按 DIP 付费经办管理规程(试行)的通知》的通知

各定点医疗机构:

现将宝鸡市医疗保障经办机构《关于印发宝鸡市省内异地就医住院费用按 DIP 付费经办管理规程(试行)的通知》(宝医保中心发[2025]21号)转发给你们,请各定点协议医疗机构认真学习,并遵照执行。

眉县医疗保障经办机构

2025年5月26日

抄送：眉县医疗保障局

眉县医疗保障经办机构

2025 年 5 月 26 日印发

宝鸡市医疗保障经办机构文件

宝医保中心发〔2025〕21号

关于印发《宝鸡市省内异地就医住院费用按DIP付费经办管理规程（试行）》的通知

各县区医保经办机构、市本级各定点医疗机构：

现将《宝鸡市省内异地就医住院费用按DIP付费经办管理规程（试行）》印发你们，请遵照执行，抓好落实。

宝鸡市医疗保障经办机构

2025年5月20日



宝鸡市省内异地就医住院费用 按 DIP 付费经办管理规程（试行）

为贯彻落实《社会保险经办条例》及《中共陕西省委陕西省人民政府印发<关于深化医疗保障制度改革的若干措施>的通知》（陕发〔2021〕16号）精神，深入推进医保支付方式改革，切实提升医保基金使用效益，保障参保人医保权益，积极稳妥推进省内异地就医住院费用纳入就医地支付方式管理，根据《陕西省按疾病诊断相关分组（DRG）付费医疗保障经办管理规程（试行）》《陕西省按病种分值付费（DIP）医疗保障经办管理规程（试行）》《陕西省基本医疗保险异地就医直接结算制度改革实施方案》《陕西省医疗保障局 陕西省财政厅 陕西省卫生健康委关于加强省内异地就医住院费用管理的指导意见》（陕医保发〔2024〕21号）等文件规定，制定本规程。

第一条 目标任务。省内异地就医住院费用纳入 DIP 付费是深化医保支付方式改革的重要组成部分，目的是进一步提升医保基金使用绩效，促进医疗资源合理配置，为省内异地就医参保人员提供更加质优价廉、高效便捷的医保服务。

第二条 管理责任。各县区医保经办机构按照《宝鸡市基本医疗保险按病种分值付费（DIP）结算清单管理办法》（宝医保发〔2023〕73号）要求，对于省内异地参保人员在我市开展 DIP 结算的医疗机构做好 DIP 管理经办工作，积极稳妥推进省内异地

就医住院费用按 DRG/DIP 付费工作，并做好运行监测评估。

第三条 协议管理。DIP 付费实行协议管理。经办机构与所辖定点医疗机构通过签订医保服务协议，明确双方权利与义务。就医地医保经办机构将异地就医定点医疗机构纳入本地医疗保障服务协议统一管理，明确医疗信息记录、履行协议考核、医疗行为监控、费用审核稽核等方面内容。

第四条 全量纳入。各县区医保经办机构应将开展 DIP 付费的异地定点医疗机构全部纳入省内异地就医住院费用按 DIP 付费定点医疗机构范围，并根据本地支付方式改革进程同步纳入。未开展 DIP 付费的异地定点医疗机构仍按原方式进行省内异地就医住院费用结算清算。

我市省内异地就医 DIP 付费适用于省内异地城镇职工、城乡居民参保人员在我市开展 DIP 付费的定点医疗机构住院医疗费用结算，其结算按照宝鸡市现行 DIP 付费方式相关规定执行。跨省异地就医仍按照原政策执行。

第五条 数据采集。各县区医保经办机构要督促指导定点医疗机构于省内异地就医参保人医保出院结算后 7 日内完成病案审核归档，并及时上传医保基金结算清单及费用明细数据信息至省内异地就医医保基金结算清单系统。

第六条 付费标准。以异地就医子系统为依托，建立省内异地就医 DRG/DIP 结算系统。异地就医住院病例执行就医地同病组（种）付费标准。

第七条 争议处理。各县区医保经办机构要健全完善争议处理机制，建立特殊病例评议机制，对于住院天数明显高于平均水平、费用偏高度较大、ICU 住院天数较长或者运用新医疗技术等特殊病例，定点医疗机构可向市级医保经办机构申请按特殊病例计算分值，特殊病例申请比例原则上不得超过该医疗机构省内 DIP 付费病例的 5%。由市级医保经办机构组织专家评议，评审通过的病例按特殊病例计算分值，评审不通过的病例仍按常规方法计算分值。特殊病例分值由专家评议确定。

第八条 月度结算。就医地医保经办机构对省内异地就医病例进行分组，分组结果及计算数据上传至省级异地就医结算系统，向医疗机构按月结算拨付相关费用。具体流程及时间节点为：

（一）清单上传

医保结算清单是医保经办机构与医疗机构开展 DIP 费用结算的唯一有效凭证，医疗机构要及时、准确、规范的在每月 10 日（含）之前上传上月产生的医保结算清单。

（二）审核结算

1.对账。每月 12 日前（含当日，下同），就医地医保经办机构将截至上月底的费用结算数据，通过异地结算系统完成对账及

资金清算申请。就医地、省平台、参保地医保经办机构三方系统对账通过的数据作为清算的依据。

2. 结算。每月 23 日前，就医地医保经办机构完成本期待清算异地就医结算数据的医保基金结算清单上传、数据质控、病例入组、沟通反馈、付费结果确定等，并将本期待清算的 DIP 付费结果数据上传至省级异地就医结算系统。

定点医疗机构可在省级异地就医结算系统中，查看本期待清算省内异地就医 DIP 付费数据。

（三）全省清算

1. 每月 25 日，省级异地就医结算系统进行全省异地就医住院费用省级清算，生成市（区）省内异地就医住院费用汇总表（收款）、市（区）省内异地就医住院费用汇总表（付款）。

2. 每月 28 日前，参保地医保经办机构完成本地结算数据与省平台清算数据的对账，生成本地省内异地就医住院费用拨付表和收款表，市级医保经办机构并在 10 个工作日内将资金上解至省医保经办中心。

（四）费用拨付

自省级清算后，就医地医保经办机构应在 30 个工作日内将清算费用拨付至定点医疗机构；实行费用申报的统筹区，应自医疗机构申报后的 30 个工作日内拨付到账。拨付表中应体现 DIP 清算基金分账。审核确认的违规费用，就医地医保经办机构可在费用拨付时予以追溯扣除。

第九条 质保金、违约金。就医地医保经办机构不予预留异地质保金。定点医疗机构因违反协议约定需支付违约金的，违约金从本地月度结算中予以扣除，不足以抵扣的，由定点医疗机构补足。

第十条 年终清算。年度内省内异地就医 DRG/DIP 付费标准在年终清算时执行就医地支付标准；费用极值病例、“结余留用、合理超支分担”、新药新技术补偿等清算规则按照就医地规定执行。参保地互认就医地清算结果。

第十一条 审核核查。就医地医保经办机构将省内异地就医病例纳入审核核查范围，审核核查标准与流程同本地一致。审核核查确定的违规费用要及时追溯扣除或追缴，并将审核核查结果及时反馈参保地医保经办机构。

第十二条 考核评价。就医地医保经办机构将省内异地就医纳入年度考核范围。

第十三条 运行分析。落实异地就医住院费用常态化监管。省级医保经办机构按季度对全省范围内定点医疗机构异地就医业务结算数据进行通报，重点分析住院费用相关数据、智能审核和业务协同等情况。各市（区）常态化开展异地就医数据指标分析评估，及时将通报内容反馈至相关医疗机构。

第十四条 业务协同。按照统一管理、分级负责的原则，参保地和就医地医保经办机构、异地定点医疗机构，按规定履行异地就医结算过程中需要双方或多方协同联动职责，积极主动做好

日常工作协同类、联合检查类、疑似违规费用协查类、平台故障问题协助类等方面事务的协同处理工作。

第十五条 本规程自 2025 年 1 月 1 日起施行。

抄送：省医保经办服务中心，市医疗保障局。

宝鸡市医疗保障经办机构

2025 年 5 月 20 日印发