

# 福建省医疗保障局文件

闽医保〔2025〕73号

---

## 福建省医疗保障局关于省内异地就医住院费用 纳入就医地按病种付费管理的通知

各设区市医疗保障局、平潭综合实验区社会事业局，在榕省属公立医院、联勤保障部队第九〇〇医院：

根据《国家医保局办公室 财政部办公厅关于有序推进省内异地就医住院费用纳入按病种付费管理的通知》（医保办函〔2025〕3号）、《福建省医疗保障局 福建省财政厅转发国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（闽医保〔2022〕108号）精神，为建立健全省内异地就医住院费用医保支付管理机制，保障基本医疗保险参保人员基本医疗权益，维护

医保基金安全可持续，现就省内异地就医住院费用纳入按病种付费管理工作通知如下：

## **一、实施时间**

2025年11月30日前，各统筹区建立省内异地就医住院费用按病种付费制度政策、经办规程、信息支撑、工作机制等，加快推进按病种付费功能模块的建设和落地应用。2025年12月1日起，所有统筹区全面执行省内异地费用按病种付费政策；2025年12月1日前入院但尚未出院的参保人员，仍按既往支付政策执行。

## **二、实施范围**

全省开展DRG/DIP支付方式改革的医保定点医疗机构，收治本省参保人员跨统筹区就医住院发生的符合按DRG/DIP付费管理的住院医疗费用。

## **三、付费管理**

### **(一) 病种管理**

参保人员跨统筹区就医住院费用纳入就医地DRG/DIP付费管理，执行就医地的病种分组方案、权重（分值）、费率（点值）和病种支付标准。就医地调整分组方案、权重（分值）、费率（点值）的，省内异地就医住院病例同步执行。不单独设置省内异地住院病种支付标准，不在本地标准的基础上设定调节系数。参保人员跨统筹区就医涉及基层病种相关政策另行制定。

### **(二) 付费管理**

1. 参保人员待遇。省内异地就医住院参保人员继续按参保地医疗保障政策享受医保待遇，实行“一站式”结算，参保人员按规定支付个人负担费用。

2. 基金结算清算。就医地医保经办机构应在跨统筹区就医住院参保人员出院或特例单议病例结束后的次月，按照 DRG/DIP 技术规范计算和发起基金结算，年终发起基金清算，其中：实行 DIP 付费方式的统筹区，平时按就医地的预算点值进行预结算，年终按就医地的实际点值进行全年清算；实行 C-DRG 付费方式的按 C-DRG 规定进行结算清算。

省本级定点驻榕省级医疗机构收治的福州市以外其他统筹区住院参保人员费用由省医保经办机构发起结算清算；其他省本级定点医疗机构、省级医疗机构收治的驻地市以外其他统筹区住院参保人员费用由驻地市医保经办机构发起结算清算。

省内异地就医住院手工报销费用原则上纳入就医地按病种管理。医保经办机构受理手工报销申请后，通过就医地医保经办机构通知定点医疗机构上传费用明细，并在次月 10 日前将该病例按 DRG/DIP 规则上传费用结算清单，年度清算后该病例不再纳入按病种管理。

3. 统一管理。就医地医保部门应将省内异地就医住院按病种付费纳入本地医疗机构协议管理，统一纳入特例单议、协商谈判、沟通反馈、基金预付、数据定向发布等范围，根据工作需要邀请

异地住院就医人数较多的参保地医保部门参与相关工作。

### **(三) 经办管理**

1. 落实按病种付费医疗保障经办管理规程。省级医保经办机构按照国家医疗保障局《按病种付费医疗保障经办管理规程(2025版)》要求，指导各统筹区健全制定本统筹区异地就医住院医疗费用按病种付费经办规程，将异地就医住院医疗费用纳入就医地统筹区按病种付费范围。

2. 完善各统筹区医保基金结算清算流程。省级医保经办机构指导就医地医保经办机构按照协议约定，统筹做好省内异地住院费用医保基金结算、清算等工作。各统筹区应按照《福建省基本医疗保险省内异地就医直接结算费用经办管理规程》做好省内异地就医按病种付费机构费用结算清算、资金划拨等工作。各统筹区应按就医地支付标准，将异地就医按病种付费费用同时纳入定点医疗机构费用结算清算，不断优化完善医疗费用申报、审核和拨付流程，及时审核按病种付费入组结果，按要求及时足额拨付符合规定的医保基金，切实维护定点医疗机构的合法权益。

### **(四) 监测、管控与监督管理**

1. 强化异地就医住院费用监测评估。各统筹区医保部门要定期开展省内异地就医按病种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，及时掌握异地就医按病种付费情况、对

医保基金运行的影响。就医地经办机构应从就医人次、病组（种）收治情况、均次费用、月度结算情况、审核扣款方面，应用相关指标对异地就医费用按季度或按年度进行运行评价，并向参保地医保部门反馈相关信息。

2. 履行医保基金支出管控职责。建立健全异地就医直接结算基金管控机制，确保医保基金安全、高效运行，切实维护参保人员合法权益。积极指导异地就医定点医疗机构，加强医药费用成本管控，做好内部审核工作，将高倍退组病例、未通过特例单议审核病例纳入基金稽核和重点监管范围。

3. 加强异地就医住院费用监管。就医地医保部门应将省内异地就医参保人员住院医疗费用纳入监管范围，严格执行与本地住院医疗费用审核要求一致的标准与流程。结合本地实际和异地就医直接结算工作特点，综合运用大数据分析、实地检查等手段，严厉查处各类违规使用医保基金行为。同时，积极配合参保地医保部门坚决查处违法违规违约行为，维护医保基金的安全。

## 四、工作要求

**（一）强化组织保障。**各统筹区医保部门应将省内异地就医住院费用纳入就医地按病种付费管理，作为深化医保支付方式改革的重点任务来抓，切实加强组织领导，全面统筹协调、强化部门联动，保障工作质量，有效提升工作效率，确保省内异地就医改革举措精准落地、落实落细。

**(二) 完善技术支撑。**各统筹区要加快推进系统建设，满足异地就医工作需要，优化异地就医医保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。

**(三) 加强政策宣传。**各统筹区要加强省内异地就医住院费用纳入按病种付费的政策宣传，特别是要开展医疗机构的政策解读、培训，统一思想认识，明确工作要求，确保工作平稳推进。

福建省医疗保障局

2025年11月11日

信息公开类型：主动公开

抄送：省医保中心。

福建省医疗保障局办公室

2025年11月11日印发