

关于印发《芜湖市省内异地就医住院费用按病种分值付费经办规程（试行）》的通知

芜医保〔2025〕46号

各县市区分局、直属分局，局机关各科室，局属各事业单位，各定点医疗机构：

为有序推进我市省内异地就医住院费用按病种分值（DIP）付费改革工作，结合我市医保工作实际，现制定《芜湖市省内异地就医住院费用按病种分值付费经办规程（试行）》，请遵照执行。

芜湖市医疗保障局

2025年9月12日

（此件公开发布）

芜湖市省内异地就医住院费用按病种分值付费 经办规程（试行）

根据《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）、《安徽省省内异地就医按病组和病种分值付费经办规程（试行）》（皖医保发〔2025〕9号）等文件要求，有序推进我市省内异地就医住院费用按病种分值（DIP）付费改革工作，结合我市医保工作实际，制定本经办规程。

第一章 总则

第一条 省内参保人员在我市异地联网直接结算的住院（含普通住院、无他方责任意外伤害住院、分疗程间断住院，下同）费用，按照我市 DIP 病种、分值、点值、成本差异系数、特例单议等规则与定点医疗机构进行结算。参保人员按参保地医疗保障政策享受待遇。

第二条 市医保中心指导各县市区医保经办机构认真落实本经办规程，做好全市运行监测，积极稳妥开展省内异地就医 DIP 付费工作。

第二章 预算管理

第三条 省内异地就医 DIP 支出预算实行过渡期管理。2025 年—2026 年，以省内来芜直接结算的、且符合我市 DIP 付费管理规定的住院医保项目结算基金作为省内异地就医 DIP 付费预算总额。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点值。2027 年起，根据全省部署，按我省省内异地就医 DRG/DIP 预算总额和清算方案执行。

第四条 根据全省统一部署，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。

第三章 基金预付

第五条 按照国家及省预付金政策，合理确定预付金基础规模，结合定点医疗机构年度绩效评价等情况调整。参照本地预付范围，预付一个月的医疗机构月结算资金。每年 1 月底之前拨付各定点医疗机构，预付金在每年 12 月份结算款中冲减或退回。

第四章 结算系统

第六条 以我市本地 DIP 付费系统为基础,开发省内异地就医 DIP 付费和结算系统。原则上本地、异地 DIP 付费“统一系统、统一规则、统一进程”。今后按照省局统一部署逐步过渡至信息平台省级支付方式管理子系统。

第五章 申报和数据分组

第七条 申报结算。每月 5 日前,各定点医疗机构根据上月数据完成对账,核对无误后通过省平台申报当期结算费用。未按时申报的,不纳入当期费用结算。

第八条 数据归集上传。定点医疗机构要严格落实国家医保信息业务编码管理相关要求,按照《医疗保障基金结算清单填写规范》填写医保基金结算清单,并将医保基金结算清单及费用明细数据信息及时、完整、真实、准确上传至信息平台,并纳入质控管理范围。

原则上每月 12 日前,各定点医疗机构,将上月异地就医按 DIP 付费的住院医保结算清单等数据,上传至医保信息平台业务基础子系统。

第九条 数据质控及传输。原则上每月 14 日前,使用省级支付管理子系统按参保地标识做省内异地就医区分,对完整的医保结算清单数据开展“T+1”模式质控。质控后数据采用“T+1”

模式同步至省级数据仓库。

第十条 数据预分组。原则上每月 19 日前，由我市本地分组付费系统从芜湖市数据专区，提取全量数据预分组并发布至各定点医疗机构。

第十一条 数据校正。原则上每月 28 日前，各定点医疗机构可自行查询预分组信息、完善结算清单数据并重新上传，开展数据校正。逾期未重新上传或仍上传错误的清单数据，数据固化后不予修改。

第十二条 正式分组及发布。数据固化后，原则上次月 4 日前，付费系统自市级数据专区提取全量数据，按照分组规则完成正式分组并发布。

第十三条 特例单议。省内异地就医 DIP 付费特例单议，与本地病例采取相同流程和规则。

第六章 费用审核

第十四条 审核机制。按照“就医地管理”原则，实行就医地和参保地省内异地就医联合智能审核机制。就医地负责初审、合议及终审，参保地负责复审，参保地审核专员按照就医地审核规则开展复审。各地按照智能审核规范和固定时限开展在线集中审核。

第十五条 数据上传。各定点医疗机构，将上月参与 DIP 付费的病例住院医保结算清单等数据，上传至医保信息平台业务基础子系统，并转至省级异地就医管理子系统。按“T+1”模式，异地就医管理子系统将上述机构上传数据传至省级数据仓库。

第十六条 预审核。每月 6 日前，智能监管子系统从省级数据仓库提取上月数据，按照就医地审核规则和口径对上传病例预审核，并形成预审核结果。

第十七条 初审及申诉反馈。每月 15 日前，就医地医保经办机构完成对疑点数据初审。每月 22 日前，各定点医疗机构通过两定门户登录智能监管子系统，确认初审未通过的疑点数据，完成申诉材料的上传。

第十八条 复审及申请合议。智能监管子系统将各定点医疗机构申诉材料及对应的就医地审核规则上传至参保地后，审核专员在固定时限内开展复审。次月 7 日前，审核专员完成对疑点数据及申诉材料的复审，复审未通过的疑点数据转入智能监管子系统核减扣款模块。次月 11 日前，各定点医疗机构完成申请合议材料提交。未提交合议材料（放弃合议、申请合议超时）的，直接进入终审后予以核减费用。

第十九条 合议及终审。次月 19 日前，就医地医保经办机构完成合议审核，对合议未通过的疑点数据，形成最终审核结果，完成终审，审核流程结束。

智能审核会议时限允许情况下,如有医疗机构仍存在争议的部分数据,由省级医保经办机构适时组织参保地和就医地医保经办机构代表,在参保地及就医地医疗机构推荐专家名单中,抽取选定专家,针对医疗机构提供的反馈意见及相关申诉材料,采取线上或线下集中审核。

第七章 月预结算

第二十条 省市两级医保部门继续沿用原拨付路径,按项目付费进行上解和拨付。

第二十一条 智能监管子系统在终审结束前推送核减数据,异地就医管理子系统归集参保地核减数据。需要核减的费用,按单个病例项目付费结算费用中各类医保基金占比情况,确定各类医保基金在核减费用中的占比,并做相应核减。

经审核确认一致的违规费用冲抵省内异地就医联网直接结算上解资金,或在年终清算时统一核减。

第二十二条 住院正式分组数据确定及特例单议审核完成后,医保经办机构开展按 DIP 付费月度预结算。

第二十三条 门诊、门诊慢特病等以及未参与 DIP 付费的省内异地就医住院费用,医疗机构按照既往异地就医付费模式正常申报结算。

第二十四条 就医地医保经办机构汇总上述费用，核减各项审核扣款、违规费用后，生成月度结算报表，预留定点医疗机构5%的月度住院结算资金作为质保金。职工医保质保金从统筹基金（含大额医疗补助）、个人账户基金月预拨费用中提取；城乡居民医保质保金从统筹基金月预拨费用中提取。

医保经办机构按规定时限将结算资金拨付至定点医疗机构。

第八章 年终考核清算

第二十五条 预留各定点医疗机构5%的月度DIP结算质保金，年终根据考核结果按比例兑付。医保经办机构将异地就医结算工作纳入定点医疗机构协议履行考核评价范围，统一开展年度履约考核评价，与本地年度考核同步进行，不再单独考核。

第二十六条 因跨月退费、违规费用扣款等原因，导致结算费用为负数时，且不能在当年结算费用抵扣时，按项目结算口径计算差异。定点医疗机构在收到结算通知5个工作日内将款项退回市医保中心职工医保支出户。

第二十七条 省内异地就医住院医疗费用年度清算工作，由医保部门按相关规定执行。医保经办机构于每年5月底前，完成对上年度定点医疗机构的年度清算。

第九章 管理监督

第二十八条 各定点医疗机构要加强医护人员的医保政策、业务培训。严格按照省内异地就医住院费用按病种分值付费管理规定，规范诊断信息，确保上传的医保数据真实和完整。未按时按质上传医保结算清单、费用明细及住院病案首页等相关数据的，将按照有关规定结算。

第二十九条 各定点医疗机构应遵循合理检查、合理用药、合理诊疗原则，严格遵守首诊负责制，严格掌握出、入院指征。定点医疗机构有分解住院、挂床住院、诊断升级、高套分值或降低入院标准等行为的，当次住院费用均视为违规费用，不纳入结算，并视情节按医疗保险有关规定处理。

第十章 附则

第三十条 本经办规程实施中的具体问题，由市医疗保障局负责解释。

第三十一条 本经办规程自2025年7月份月结算开始执行。本经办规程执行期间，如遇国家、省、市政策调整，从其规定。