

海南省医疗保障局 文件 海南省医疗保险服务中心

琼医保〔2025〕201号

海南省医疗保障局 海南省医疗保险服务中心 关于开展省内跨市县就医住院医疗费用 纳入就医地按病种付费管理的通知

各市、县、自治县医疗保障局，医疗保险服务中心，相关定点医疗机构

根据《国家医疗保障局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）要求，为深化我省医保支付方式改革，进一步加强省内跨市县就医管理，现就全省范围内跨市县就医住院医疗费用按病种付费结算有关事

项通知如下

一、工作目标

按照“全省统筹、统一政策、规范结算、同质管理”原则，2025年起，统一省内跨市县就医住院医疗费用纳入就医地按病种付费。通过完善 DRG 付费地区与 DIP 付费地区省内跨市县就医结算规则，统一健全特例单议、谈判协商、沟通反馈、基金预付、数据分析等配套机制，充分发挥医保支付“战略购买”作用，进一步规范医疗机构诊疗行为，保障参保人员跨市县就医权益，促进医保基金合理高效使用。

二、工作内容

（一）人员范围。全省城镇从业人员基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的全体参保人员，在省内跨市县就医发生的住院医疗费用，适用本通知规定。

（二）定点医疗机构范围。DRG 付费地区与 DIP 付费地区内，所有按病种付费范围的定点医疗机构，均适用本通知相关要求。

（三）总额预算管理。DRG 付费地区与 DIP 付费地区间省内跨市县就医，参保地实行省内跨市县住院医保结算总额预算单独管理，将当年度省内跨市县住院统筹基金记账总额确定为省内跨市县就医按病种付费预算总额，同时按照 1.5%的比例预留区域调节金用于年底超支分担。

（四）结算规则。全省范围内，参保人员在省内跨市县就医发生的住院医疗费用，统一按照就医地的付费方式结算，具体执行就医地现行的 DRG/DIP 分组方案、分值（点数）、系数、结余

留用和超支分担标准及相关配套政策；其中 DIP 付费地区使用全省统一省内跨市县点值结算，DRG 付费地区按照就医地的点值标准结算，就医地定点医疗机构超支分担总额按照该医疗机构中各市县医保结算总额所占比例进行拆分。

（五）结算清算。就医地市县与当地医疗机构之间，涉及省内跨市县就医费用的结算和清算工作，均参照就医地政策规定执行，参保地与就医地互认清算结果。持续完善预付金管理，不断提升医保基金结算清算效率。

（六）特例单议。将省内跨市县就医住院病例，与本地住院病例中按病种付费的病例统一纳入就医地特例单议申报范围，执行就医地现行的特例单议政策。按季落实审核评议工作，确保流程规范、反馈及时。

（七）审核监管。加强定点医疗机构协议管理，省内定点医疗机构发生的省内跨市县就医住院医疗费用审核监管工作，由就医地市县统一纳入本地同质化管理范畴，执行就医地按病种付费审核监管政策，省属定点医疗机构由省级医保经办机构监督管理。

三、工作要求

（一）加强组织领导。各市县医保部门要提高思想认识，将省内跨市县就医按病种付费统一结算工作，作为落实全省医保统筹的关键任务，切实加强统筹规划与组织推进，确保各项工作部署落地见效，进一步提升医保基金使用效能。

（二）压实工作责任。各市县医保部门要层层压实工作责任，全力推动省内跨市县就医住院医疗费用按参保地政策、按病

种付费管理落地落细。严格落实“同质化管理”要求，督促引导定点医疗机构规范跨市县就医患者诊疗行为。

（三）强化协同配合。省医保局统筹指导各市县做好跨市县就医费用结算清算工作，牵头完善全省医保信息系统支撑，做好按病种付费相关政策参数配置，各市县经办机构督促定点医疗机构及时、准确上传医保结算清单。建立健全就医地与参保地工作协作机制，实时沟通解决跨市县就医付费过程中的政策衔接、数据传输、费用清算等问题，定期总结工作经验，优化结算流程、完善结算办法，持续提升跨市县就医结算效率与服务质量。

四、其他事项

本通知自印发之日起正式施行。此前发布的省内跨市县就医结算相关政策与本通知不一致的，以本通知为准。



海南省医疗保障局

（此件主动公开）



海南省医疗保障服务中心

2025年10月22日