

山东省医疗保障局文件 山东省财政厅

鲁医保发〔2024〕58号

关于进一步加强异地就医直接结算 管理服务的通知

各市医疗保障局、财政局，胜利油田医疗保险管理服务中心：

为进一步加强异地就医直接结算管理服务，根据《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），结合我省实际，现将有关要求通知如下。

一、规范异地就医备案管理

异地就医原则上“先备案，后结算”。各统筹区要完善异地就医备案告知书，明确承诺书的具体内容、要求以及违反承诺应承担的责任。对“异地长期居住人员”承诺制备案可通过系统核

验或补充备案材料等方式核实备案类型，所需补充备案材料严格执行国家医疗保障经办政务服务事项清单，由参保人提交就医地居住证、居民户口簿（户口簿首页和本人常住人口登记卡）、参保地工作单位派出凭证、异地工作劳动合同之一即可。

二、合理确定异地就医报销政策

各统筹区要根据当地经济社会发展水平、人民健康需求、医保基金支撑能力和分级诊疗要求，依据就医类型合理确定异地就医差异化结算报销政策。基金收支平衡压力较大、参保人异地就医需求多的地区，应加强基金运行风险防范，及时调整异地就医报销政策，“临时外出就医人员”首先自付比例原则上按不超过20个百分点确定，“异地长期居住人员”在备案期间回参保地就医的可按“临时外出就医人员”报销政策执行。各统筹区要按照医保政策制定决策程序，对政策调整预期效果及其对基金的影响进行事前评估，征求财政等相关部门意见，报省医保局备案同意后执行。

三、加强异地就医运行分析

各统筹区要做好异地就医住院费用明细和结算清单上传工作，定期开展异地就医运行分析，从联网医疗机构、备案类别、费用构成、就医流向、病种类型等维度深挖数据价值，及时发现基金使用异常情况，加强异地就医结算对医保基金运行影响监测，有效识别并防范基金安全隐患，为调整完善异地就医政策提供数据支撑。

四、强化异地就医审核监管

就医地医保部门要落实属地审核监管责任，将异地就医纳入协议管理、智能审核和核查范围，加强日常审核，规范定点医疗机构异地就医诊疗行为，及时处理参保地提出的费用协查和问题协同申请；完善异地就医基金监管机制，将异地就医基金使用无差别统一纳入本地监管。省级将定期跟踪监测异地就医费用审核扣款情况，并纳入绩效评价指标体系。省级医保基金飞行检查将省内异地就医医疗费用一并纳入检查范围。

本通知自 2025 年 4 月 1 日起施行，既往规定与本通知规定不一致的，按本通知规定执行。



(此件主动公开)

