

济宁市医疗保障局 济宁市财政局 文件

济医保发〔2025〕6号

关于进一步加强异地就医直接结算 管理服务的通知

各县（市、区）医疗保障局、财政局，济宁高新区人力资源部、财政金融局，太白湖新区社保就业服务部、财政局，济宁经济开发区人力资源部、财政局，兖矿能源集团股份有限公司人力资源服务中心：

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）和《山东省医疗保障局 山东省财政厅关于进一步加强异地就医直接结算管理服务的通知》（鲁医保发〔2024〕58号），结合我市实际，现将有关要求通知如下。

一、规范异地就医备案管理

异地长期居住或跨省临时外出就医的参保人员按照“先备案、后结算”原则，办理异地就医备案后可以享受异地就医直接结算服务，省内临时外出就医参保人员仍执行免备案政策。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。新申请办理异地长期居住人员备案的，参保地医保经办机构应通过“线上系统核验”或“线下窗口查证”的方式，对参保人提交的备案材料，自收到申请材料之日起2个工作日内完成审核。备案材料严格执行《全国医疗保障经办政务服务事项清单（2023年版）》，由申请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。跨省临时外出就医人员备案仍执行原承诺制备案。异地长期居住人员承诺制备案调整为“快速备案”模式，参保人员备案时需要上传备案材料，参保地医保经办机构进行审核，审核通过后备案生效。异地长期居住人员未办理备案的或备案审核未通过的，执行临时外出就医人员报销待遇。

二、合理确定异地就医报销政策

根据我市经济社会发展水平、人民健康需求、医保基金支撑能力和分级诊疗要求，动态调整、合理设定异地就医人员直接结算报销政策。职工、居民临时外出就医人员在备案地发生的住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用，首先自付比例调整为20%，基本医疗保险基金的起付标准、支付比例、最高支付限额执行参保地就医报销待遇政策。职工、居民异地长期居住人员在备案地发生的住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用，基本医疗保险基金的起付标准、支付比例、最高支付限额执行参保地就医报销待遇政策。异地长期居住人员在备案期间回参保地就医的，按照临时外出就医人员报销政策执行。异地报销金额与本地报销金额合并计算。我市参保的全日制普通高等学

校学生、技工院校学生在户籍地就医享受与参保地（学籍地）相同的报销待遇，

三、加强异地就医运行分析

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，为动态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调申请。完善异地就医基金监管工作机制，将异地就医基金使用无差别统一纳入本地监管。市级医保基金飞行检查将省内异地就医医疗费用纳入检查范围。

本通知自 2025 年 4 月 1 日起施行，凡之前文件规定与本通知不一致的，按照本通知执行。

济宁市医疗保障局

济宁市财政局

2025 年 3 月 26 日

（此件主动公开）