

广东省医疗保障局

粤医保函〔2025〕71号

广东省医疗保障局关于进一步优化异地就医直接结算管理服务有关工作的通知

各地级以上市医疗保障局：

为贯彻落实党的二十届三中全会精神，健全与“1+3+N”多层次医疗保障体系相适应的医保科学结算体系，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《国家医疗保障局办公室关于推进基本医保基金即时结算改革的通知》（医保办发〔2025〕1号）精神，结合我省实际，现就有关工作通知如下：

一、优化医保基金即时结算

推进省内异地就医医保基金即时结算，全面压缩医保基金结算清单上传质控、对账、申报、智能审核、上解、拨付等时间，缩短结算周期，从定点医药机构申报截止次日到医保基金拨付不

超过 15 个工作日。各市要进一步优化异地就医费用审核结算流程，督促定点医药机构每月及时完成费用申报工作。做好即时结算与支付方式衔接，省医保经办部门将会同各市结合实际采用先拨后审、先支后扣等方式进一步推进省内异地就医医保基金即时结算。

二、进一步深化异地就医支付方式改革

建立统一规范、内外协同、安全高效的异地就医支付机制，引导合理诊疗、因病施治。进一步完善异地就医总额预算确定办法，指导有条件的地市探索将省内异地住院结算的医保基金纳入就医地总额预算管理。各市要落实就医地责任，按规定落实数据工作组、特例单议等工作机制，做好异地就医智能审核，减少年度清算压力。探索跨省异地就医支付方式改革，充分总结省内经验，指导有条件的地市与外省地市点对点开展异地就医支付方式改革试点。完善流程、优化系统，以就医地总额预算管理为切入点，确定就医地和参保地支付方式规则。

三、合理确定异地就医报销政策

各市根据经济社会发展水平、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。基金累计结余可支付月数少于 6 个月、参保人异地就医需求多的地区应加强医保基金运行风险防范，临时外出就医人员报销水平应与参保地同级别医疗机构报销水平保持合理差

异。

四、优化异地就医直接结算经办服务

各市要落实统筹地区主体责任，优化办事流程，提高工作效率。做好异地就医备案审核与业务协同，落实异地门诊特定病种待遇认定。严格按照《广东省医疗保障经办政务服务事项清单（2024年版）》规范异地就医备案服务，做到省内与跨省、线上与线下、省渠道与国家渠道保持一致，提供线上选点办理渠道。持续推动异地就医服务提质增效。



公开方式：主动公开

抄送：各地级以上市医疗保障经办机构。