

# 达州市医疗保障局 文件 达州市财政局

达市医保办发〔2022〕118号

---

## 达州市医疗保障局 达州市财政局 关于进一步做好基本医疗保险异地就医直接 结算工作的通知

各县（市、区）医疗保障局、财政局，高新区社事局、财政金融局，达州东部经开区公共服务中心、财政金融局，市医疗保障事务中心、市医疗保险异地结算中心：

为贯彻落实《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22

号)《四川省医疗保障局 四川省财政厅关于进一步做好基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》(川医保发〔2022〕6号)等文件精神,深化医保领域“放管服”改革,进一步做好异地就医直接结算工作,现就有关事项通知如下。

## 一、总体要求

(一)指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导,全面贯彻落实党的二十大和省第十二次党代会精神,按照党中央、国务院和省委省政府决策部署,着眼推进省级统筹,坚持政策优化集成、管理规范统一、业务协同联动、服务高效便捷,深化基本医疗保险异地就医直接结算改革,持续提升人民群众异地就医的获得感、幸福感和安全感。

(二)目标任务。2025年底,异地就医直接结算制度体系和经办管理服务体系更加健全,统一的医保信息平台支撑作用持续强化,异地就医结算能力显著提升。异地就医住院费用直接结算率提高到70%以上;异地联网定点医药机构数量稳步增加;普通门诊费用直接结算覆盖范围稳步扩大;群众需求大的门诊特殊疾病相关治疗费用逐步纳入异地就医直接结算范围;异地就医备案等经办管理服务规范便捷,基本实现异地就医手工报销线上线下通办,异地就医管理服务质效明显提升。

## 二、异地就医备案人员范围

异地就医实行登记备案管理,异地长期居住或者临时外出就医的参保人员办理异地就医备案后可以享受异地就医直接结算

服务。异地长期居住人员包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保地以外工作、居住、生活的人员；临时外出就医人员包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他临时外出就医人员。

### 三、异地就医结算政策

#### （一）异地就医结算支付方式

1.跨省和省内异地就医直接结算的住院、普通门诊和“两病”门诊、门诊特殊疾病等医疗费用，执行就医地规定的支付范围及有关政策（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围，以下简称支付范围），执行达州市异地就医基本医疗保险待遇支付政策（起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊特殊疾病病种范围等有关政策，以下简称医保待遇支付政策）。

2.跨省和省内异地就医费用手工（零星）报销，执行达州市医保支付范围及医保待遇支付政策。手工（零星）报销的就医地医疗服务项目实际收费高于我市同级公立医疗机构收费标准的，超过部分个人自费；就医地医疗服务项目实际收费低于我市同级公立医疗机构收费标准的，据实结算。

进一步规范门诊特殊疾病支付管理，严格执行国、省基本医疗保险药品目录和用药管理规定，不得另行设置支付范围（目录）。

#### （二）异地就医医保待遇享受

1.异地长期居住人员在备案地住院就医结算时，执行达州市本地住院就医医保待遇支付政策。

2.异地转诊人员在备案地住院就医结算时，备案地为省内（含重庆市）的，执行达州市本地住院就医支付比例；备案地为省外的，支付比例在达州市本地住院就医支付比例基础上降低10个百分点。

3.异地急诊抢救人员在备案地住院就医结算时，执行达州市本地住院就医医保待遇支付政策。

4.非急诊且未转诊的其他临时外出住院就医人员支付比例在达州市本地住院就医支付比例基础上降低20个百分点。

5.异地长期居住人员符合转外就医规定的，执行转诊转院医保待遇支付政策。

6.参保人员异地就医普通门诊、“两病”门诊和门诊特殊疾病待遇执行达州市本地就医支付比例。

7.将符合规定的无第三方责任外伤费用纳入异地就医直接结算范围，相关费用由就医地经办机构进行核查。

8.异地长期居住人员在备案有效期内确需回达州市就医的，可以在达州市享受医保结算服务，执行达州市就医医保待遇支付政策。

#### **四、异地就医备案管理**

（一）异地就医备案有效期限。异地长期居住人员，实行“一次备案、长期有效”，参保人员办理登记备案后，未申请变更备案信息或参保状态未发生变更的，备案长期有效。临时外出就医人员，实行“一次备案、半年有效”，6个月有效期内可在就医地

多次就诊并享受异地就医直接结算服务，备案有效期内已办理入院手续、在有效期满后出院的，超期时间视为备案有效期内。

（二）异地就医备案补办。支持符合条件的参保人员补办异地就医备案手续。参保人员出院结算前补办异地就医备案的，就医地联网定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用直接结算。参保人员出院自费结算后按规定补办异地就医备案手续的，可以按规定申请医保手工报销。定点医疗机构要积极主动指引未办理异地就医备案人员及时办理备案，方便参保人享受异地就医直接结算待遇和服务。

（三）异地就医备案变更。备案有效期内，参保人如遇下列情形，可按规定申请变更原备案登记信息。

1.异地长期居住人员，原则上在备案生效后6个月内不得申请变更。因退休安置地、工作单位发生变化等情况的，凭有关资料可实时申请变更。

2.临时外出就医人员，因病情需要且由具备资格的定点医疗机构开具转诊证明的，凭有关资料可实时申请变更。

参保人员的参保险种等参保关系发生变化的，凭有关资料可实时申请变更；参保地发生变化的应重新备案。

（四）异地就医备案地域。参保人员申请异地就医备案时，直接备案到就医地市或直辖市；其中到省级统筹地区就医的，可直接备案到就医省份。异地普通门诊就医及药店购药无需办理登记备案手续。参保人员在备案地开通的所有异地就医联网结算定

点医疗机构享受住院费用直接结算服务。

（五）异地就医转诊机构资格管理。市级三级定点医疗机构可开具医保异地就医转诊证明。各县（市、区）由当地医疗保障经办机构在县域内二级甲等及以上定点医疗机构中遴选确定2-3家开具医保异地就医转诊证明。参保人员应按分级诊疗相关规定有序就医，确因病情需要异地就医的，可通过符合条件的定点医疗机构向市外医疗机构转诊。经办机构每年向社会公布一次转诊机构名单。

## 五、优化异地就医经办管理服务

（一）拓宽异地就医登记备案渠道。按照统一、精简、高效、便民的原则，为参保人提供线上与线下为一体的多渠道异地就医备案渠道。线上备案渠道包括国家医保服务平台APP、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序、“四川医保”APP、四川医保公共服务网上服务大厅等，实现“网上办”“掌上办”。线下备案渠道包括医保经办机构窗口以及各级政务服务中心的医保服务窗口。要简化办理流程，缩短办理时限，创新备案方式，为参保人提供即时办理、即时生效的自助备案服务。积极推行异地就医备案全省（跨统筹区）通办，方便参保人就近办理备案。

（二）方便符合条件的参保人员异地转诊就医。定点医疗机构应以患者病情为出发点制定合理的诊疗方案，确因疾病治疗需要，应按规定为患者开具异地就医转诊证明，不得将在本地住院作为开具转诊的先决条件。参保人员因同种疾病确需在就医地继

续治疗或再次转外就医的，经办机构应简化异地就医备案手续，方便参保人员享受异地就医直接结算服务。

（三）规范异地就医直接结算流程。跨省和省内异地就医直接结算时，由就医地将住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息，将门诊费用（含普通门诊、“两病”门诊和门诊特殊疾病）按照就医地支付范围及有关规定对每条费用明细进行费用分割，经国家、省级异地就医结算系统实时传输至参保地，由参保地按照当地政策规定计算出应由各项医保基金支付的以及参保人员个人负担的金额，并将结果回传至就医地定点医药机构，由定点医药机构与参保人员直接结算。

参保人员因故无法直接结算的，异地联网定点医药机构应根据医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证采集参保人员有关信息，并将医疗费用明细、诊断等就诊信息及时上传至国家、省医疗保障信息平台，推进异地就医手工报销线上办理试点。

（四）规范参保人员持医保电子凭证、社会保障卡就医。参保人员异地就医时，应在就医地的联网定点医药机构主动表明参保身份，出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证。异地就医联网定点医药机构应做好参保人员的参保身份验证工作，指引未办理备案人员及时办理备案手续，为符合就医地规定的门（急）诊、住院患者提供合理规范的诊疗服务及方便快捷的异地就医直接结算服务。

## 六、规范异地就医业务监管和协同管理

（一）健全就医管理机制。异地就医实行就医地统一管理，就医地医保部门应加强医药机构服务管理，在医疗信息记录、绩效考核、医疗行为监控、费用审核、总额预算等方面强化服务管理，并在定点医药机构医疗保障服务协议中予以明确。依法依规履行日常管理服务责任，将异地就医管理服务情况纳入经办机构考评内容。积极探索 DRG、单病种付费等医保支付方式改革在异地就医结算中的应用，引导定点医疗机构合理诊疗。

（二）健全基金监管机制。积极完善区域协作、联合检查等工作制度，加强对异地就医直接结算重点地区的指导，加强监督考核。压实监管责任，定期开展异地就医医保基金使用情况分析，精准锁定可疑问题线索，积极开展问题核查，确保医保基金安全合理使用。将异地就医直接结算作为日常监管、专项检查、飞行检查等内容，严厉打击异地就医领域各类欺诈骗保行为。异地就医监管追回的医保基金、扣款等按原渠道返回参保地，行政处罚、协议违约金等由就医地医保部门按规定处理。

（三）健全异地就医结算费用监控预警机制。各级经办机构要健全异地就医结算资金运行风险评估预警机制，加强对辖区内异地联网定点医药机构结算费用定期考核、通报、监控和预警，定期开展异地就医结算情况分析，对异地就医次均费用水平、医疗费用涨幅、报销比例等重点指标进行跟踪监测。

（四）健全异地就医业务协同机制。各级经办机构要按国家和省上要求做好异地就医直接结算管理服务。健全异地就医



工作机制，形成分工明确、职责明晰、流程统一的异地就医业务协同管理体系，在问题协同、线上报销、费用协查、信息共享等方面全面提升业务协同管理能力。

## **七、进一步加强异地就医结算资金管理**

（一）健全异地就医费用“先预付、后清算”机制。市医疗保障事务中心根据省医疗保障局下达的当年跨省异地就医预付金额度和上一年度省内异地就医费用结算等情况，核定异地就医直接结算预付金额度。预付金原则上来源于医疗保险基金。市医疗保障事务中心使用预付金及时与定点医药机构结算，待异地就医费用清算后，补足用于结算异地就医费用的预付金额度。

（二）明确异地就医费用“统一清分、按月清算”原则。异地就医费用实行全额清算。市医疗保障事务中心按照《四川省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》的要求，协同财政部门做好异地就医清算资金收付工作，及时足额缴纳异地就医直接结算预付金和清算资金。

（三）规范异地就医资金相关管理事项。异地就医资金划拨过程中形成的银行手续费、银行票据工本费等不得在基金中列支。预付金账户产生的利息按照省级医保部门的相关规定执行。异地就医医疗费用结算和清算过程中形成的预付款项和暂收款项按相关会计制度规定进行核算。

## **八、强化异地就医信息化标准化支撑**

（一）统一信息平台。按照国家和省上统一的医保信息平台

建设要求和技术规范，使用国家、省医保信息平台以及相关的经办结算、异地就医、公共服务等应用子系统，按规定与有关部门共享数据，深化医保电子凭证、医保移动支付、医保电子处方流转等异地就医结算领域的推广应用，拓展异地就医经办业务网上通办。

（二）统一就医介质。加快推动以医保电子凭证、居民身份证或社会保障卡等结算介质作为异地就医业务管理的有效凭证，优化系统性能，减少响应时间，切实改善参保人员异地就医直接结算体验。

（三）统一编码应用。各地医保部门要全面抓好国家统一的医保业务编码在异地就医经办管理中的应用，及时动态做好异地就医业务相关编码的更新、维护等工作。统一使用异地就医业务异常交易报错数据信息的质控标准，按技术规范做好数据上传、异常处置等工作。

（四）统一安全保障。各地医保部门要加强医保信息化标准化工作队伍建设，构建基础设施、网络安全、云平台、业务子系统等领域的运维管理流程，形成科学有效的运维管理制度体系。落实安全管理责任，提升系统安全运维能力，强化信息系统边界防护，压实异地联网定点医药机构的数据安全责任、接口规范改造责任、参保人身份校验责任，按规定做好机构端的网络、设备及操作的安全管理工作，严禁定点医药机构连接医保信息系统的终端设备接入互联网。

## 九、工作要求

(一) 强化组织领导。各地医保部门要将异地就医直接结算工作作为深化医疗保障制度改革的重要任务，加强领导、统筹谋划、协调推进，纳入目标任务考核管理，确保异地就医改革部署及时落地落实。各地财政部门要按规定及时足额划拨异地就医资金，合理安排经办机构工作经费，加强异地就医资金收付、核算、对账等管理工作，确保账账相符。

(二) 做好过渡衔接。市医疗保险异地结算中心要同步做好医保信息系统适应性改造，统筹安排新政策在医保信息平台中的测试、部署等工作，保障异地就医直接结算工作平稳过渡。

(三) 加强队伍建设。各地医保部门要根据异地就医业务管理服务工作需要，加强异地就医经办队伍建设，积极协调相关部门支持，强化机构、人员和办公条件保障，合理配置专业专职工作人员，保证服务质效。要将异地就医业务纳入医保业务培训教育体系，加强日常教育培训，提高异地就医管理服务能力。

(四) 强化宣传引导。各地医保部门要加强异地就医政策宣传，充分利用线上线下宣传渠道，全面精准做好政策宣传解读工作，提高群众知晓度。及时公布异地就医联网定点医药机构信息，方便参保人选择。要及时回应群众关切，及时帮助群众解决在异地就医结算中遇到的困难和问题，引导形成合理的社会预期。

本通知自 2023 年 1 月 1 日起施行，有效期 5 年。既往相关规定与本通知不一致的，以本通知为准。施行期间如国家和省有

新规定，从其规定。



---

达州市医疗保障局办公室

2022年12月29日印发