

威海市医疗保障局 威海市 财 政 局

关于转发鲁医保发〔2022〕26号文件做好异地 就医直接结算工作的通知

各区市医疗保障局、财政局，国家级开发区科技创新局、财政金融局，南海新区党群与人力资源部、财政与审计局，市医疗保险事业中心：

现将山东省医疗保障局、财政厅《关于转发<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>的通知》（鲁医保发〔2022〕26号）转发给你们，请认真贯彻落实。

威海市医疗保障局

威海市财政局

2022年11月3日

关于转发《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》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：
现将《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）转发给你们，并结合我省实际提出以下工作要求，请一并贯彻执行。

一、细化量化目标任务

各统筹区要深刻认识异地就医工作重要性，坚持问题导向和目标导向，不断完善异地就医结算服务。2023年底前，持续扩大跨省联网定点医药机构数量，门诊慢特病联网定点医药机构数量实现翻一番；信息保障机制进一步健全，异地就医联网结算成功率提高到98%以上。2025年底前，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，全省异地就医结算能力显著提升，住院费用跨省直接结算率提高到80%以上，基本实现医保报销跨省通办。

二、全面细致梳理，调整完善异地就医直接结算政策

（一）规范异地就医备案有效期限。全面实行承诺制自助备案。异地长期居住人员办理登记备案，备案时不设终止日期，长期有效；未在备案地发生医疗费用的，可随时变更或取消备案；在备案地发生医疗费用的，变更备案或取消备案的时限统一规定

为 6 个月。临时外出就医人员备案不再设置有效期，备案后可在就医地就医并享受异地就医直接结算服务，且不影响参保地就医及医保待遇。异地长期居住人员、临时外出就医人员备案后，因故申请终止备案，但终止备案前已办理异地入院手续的，办理出院结算时可直接联网结算。

（二）允许补办异地就医备案。补办异地长期居住备案的，按国家备案规定执行，备案起始日期自补办备案之日最多可往前提前 5 日；补办临时外出就医备案的，备案起始日期不受限制。参保人员异地就医出院结算前完成异地就医备案的，就医地联网定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用异地联网结算。异地就医参保人员出院自费结算后按规定补办备案手续的，可以按参保地规定申请手工报销。

（三）支持异地长期居住人员在备案地和参保地双向享受医保待遇。异地长期居住人员在备案地就医结算时，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本地就医标准。异地长期居住人员备案有效期内确需回参保地就医的，通过提交备案就医地户籍证明、居住证或单位工作证明等材料，可享受与参保地同等的医保待遇。异地长期居住人员备案未满 6 个月且未提供上述有关证明材料、或单纯采用个人承诺方式办理长期异地居住人员备案需返回参保地就医的，按“临时外出就医人员”医保待遇政策执行；备案超过 6 个月的，可申请终止原长期异地就医备案，返回参保地就医的，享受与参保地同等医保待遇，

到省外其他统筹区就医的，可根据实际就医需求重新办理异地就医备案。

（四）无第三方责任外伤参保人员享受异地就医直接结算服务。符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用可纳入异地就医直接结算范围，就医地经办机构应将相关费用一并纳入核查范围。定点医疗机构要加强外伤人员身份认证，对于符合就医地基本医疗保险支付范围，参保人员主诉无第三方责任的医疗费用，定点医疗机构可结合接诊及参保人员病情等实际情况，由参保人员填写《外伤无第三方责任承诺书》，为参保人员办理异地就医直接结算。定点医疗机构在为参保人员办理入院登记时，应按接口标准规范要求，通过“外伤标志”和“涉及第三方标志”两个接口，如实上传参保人员外伤就医情况。

（五）因急诊抢救异地就医未办理备案可直接结算。参保人员因急诊抢救就医的，医疗机构在为参保人员办理“门诊结算”或“入院登记”时，应按接口标准规范要求如实上传“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”。对于“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”为“急诊”的，参保人员未办理异地就医备案的，参保地应视同已备案，允许参保人员按“临时外出就医人员”待遇标准直接结算相关门诊、住院医疗费用。

（六）住院期间外院检查治疗或定点药店购药相关费用纳入本次住院费用直接结算。异地联网定点医疗机构对于异地就医患者住院期间确因病情需要到其他定点医疗机构检查治疗或到定

点药店购药的，需提供《住院期间外院检查治疗或定点药店购药单》，加盖定点医疗机构医疗保险办公室章，相关费用纳入本次住院费用直接结算。

三、全面统一规范，落实异地就医管理各项要求

（一）实行就医地统一管理。就医地经办机构应将异地就医人员纳入本地统一管理，在定点医药机构医疗保障服务协议中明确规定异地就医的总额预算、费用审核、绩效考核、违规处理等协议内容。将省内异地住院费用纳入就医地医保支付方式改革范围，强化异地就医的审核结算、考核评价，引导定点医疗机构合理诊疗。

（二）强化异地就医业务协同管理。各统筹区要健全协同工作机制，形成分工明确、职责明晰、流程统一的跨省异地就医业务协同管理体系，全面提升业务协同管理能力。省级医保部门负责在全省范围内统一组织、协调并实施异地就医直接结算管理服务工作，各统筹区医保部门按国家和省级要求在规定的时限内完成业务协同工作。各级医保行政部门负责及时进行政策调整；医保经办机构负责问题协同的发起和响应，手工报销线上办理，政策、信息共享；医保稽核机构负责费用协查，核实问题线索，及时反馈核查结果，向行政部门移交需处罚的违法线索；信息部门负责发布停机公告，进行系统故障排查。

（三）实时上传参保人备案信息。参保地经办机构要按规定及时为参保人员办理异地就医备案登记、变更和取消业务，并将

异地就医备案、门诊慢特病认定资格等信息实时上传国家跨省异地就医管理子系统和山东省异地就医平台，方便就医地经办机构和定点医疗机构查询。

（四）及时上传住院医疗费用明细。就医地经办机构在参保人员发生住院费用直接结算后 3 日内，将医疗费用明细上传国家跨省异地就医管理子系统和山东省异地就医平台，供参保地经办机构查询和下载。

四、落实三方对账，强化异地就医资金管理

（一）按时做好三方对账工作。国家跨省异地就医管理子系统每日自动生成日对账信息，实现参保地、就医地省级异地就医结算系统和国家跨省异地就医管理子系统的三方对账。原则上，参保地应每日完成当日结算信息对账，每月 3 日前完成上月所有结算费用的对账，做到数据相符。如出现对账信息不符的情况，各级医保信息部门应及时查明原因，必要时提请省级信息部门协调处理。

（二）按时将确认的异地就医费用拨付给定点医药机构。跨省及省内跨市异地就医统筹费用（含住院、普通门诊、门诊慢特病）和跨省结算的个人账户资金实行按月清算，当月费用应于次月 20 日前完成与异地定点联网医药机构对账确认工作。实行费用申报的，自定点医药机构申报后 30 个工作日内拨付到账。

（三）按时完成资金上解。各统筹区要指定专门科（处）负责跨省和省内异地就医资金结算对账和上解工作。要按规定时限

通过省级异地就医结算系统查询本统筹区跨省异地就医应付和应收医疗费用,及时清分生成本地数据,加强与业务和财务对账,并与省级清分结果核对一致。各统筹区当期异地就医医疗费于下一期省级清算开始之前完成上解。

五、强化信息支撑,全面推进运维体系建设

(一)加强信息数据共享。各统筹区要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、医疗机构电子票据、国家医保服务平台(网厅、APP 和小程序)、“爱山东”政务服务平台、“鲁医保”小程序等推广应用,推进更多异地就医结算服务跨省和省内通办。

(二)深化医保信息编码应用。各统筹区要持续做好编码动态维护,规范维护流程,确保编码全量、完整维护,及时入库,动态调整,同步更新;要深化编码标准应用,不断推动定点医药机构做好编码在贯标的全面应用,切实实现代码入库、代码使用、代码结算。

(三)加强系统运维管理和安全保障。各统筹区医保部门要不断提升系统运维保障能力,建立健全运维保障体系,落实安全管理责任,形成科学有效的运维管理制度体系。统一异常交易报错规范标准,做好问题分类,简明扼要地描述错误原因,方便异常交易的问题定位,并及时响应处理。

六、工作要求

（一）做好衔接过渡。一是各统筹区医保部门要全面梳理通知中各项工作要求，及时调整与本通知不相符的政策措施；二是结合本地实际，进一步明确和细化政策管理规定，精简办理材料，简化办理流程，优化办理服务；三是做好信息系统接口改造、升级测试等工作，确保信息系统功能和异地就医政策规定相匹配，保障异地就医直接结算工作平稳过渡。

（二）落实职责分工。各统筹区医保部门要加强与同级财政部门沟通协调，做好异地就医资金管理工作。医保行政部门、经办机构、稽核机构按照职责分工协同高效做好异地就医政策调整、经办管理、系统优化、稽核检查等相关工作。财政部门按规定及时做好资金划拨工作。

（三）做好宣传培训。各统筹区要加大政策宣传力度，充分利用电视、报纸、广播、官方网站、微信公众号等方式途径，拓展信息化服务渠道，不断提高群众政策知晓度，及时回应群众关切，合理引导社会预期。加强医保经办机构及定点医疗机构工作人员、“医保明白人”业务培训，切实把新政策讲透、悟透、学透。

（四）明确时间要求。各统筹区确保 2022 年 12 月底前将政策和信息系统调整落实到位，同国家、省政策相衔接。

山东省医疗保障局

山东省财政厅

2022 年 9 月 9 日