

湛江市医疗保障局 湛江市财政局 文件

湛医保〔2023〕11号

湛江市医疗保障局 湛江市财政局关于进一步 做好基本医疗保险跨省异地就医 直接结算工作的通知

各县（市、区）医疗保障局、财政局，市医疗保障事业管理中心：

为贯彻落实《广东省医疗保障局 广东省财政厅转发国家医保局 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》（粤医保发〔2022〕21号）精神要求，完善跨省异地直接结算办法，进一步做好医疗保险跨省异地就医直接结算工作，结合我市实际，现就有关事项通知如下：

一、跨省异地就医备案范围对象

(一) 跨省异地就医直接结算定义。跨省异地就医是指基本医疗保险(包括职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险)参保人员在广东省以外的定点医药机构发生的就医、购药行为。跨省异地就医直接结算是指参保人员跨省异地就医时只需支付按规定由个人负担的医疗费用,其他费用由就医地经办机构与跨省联网定点医药机构按医疗保障服务协议约定审核后支付。

(二) 跨省异地就医直接结算要求。跨省异地就医直接结算工作实行统一管理、分级负责。优化经办流程,按照“就医地目录、参保地政策、就医地管理”的要求,提供便捷高效的跨省异地就医直接结算服务。参保人员可在备案地开通的所有跨省联网定点医疗机构享受住院费用跨省直接结算服务,门诊就医时按照我市异地就医管理规定选择跨省联网定点医药机构就医购药。

(三) 跨省异地就医直接结算范围对象。参加基本医疗保险的下列人员,可以申请办理跨省异地就医直接结算。

1. 跨省异地长期居住人员: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广东省外工作、居住、生活的人员。

2. 跨省临时外出就医人员: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跨省临时外出就医人员。

二、跨省异地就医直接结算政策

(一) 统一住院、普通门诊和门诊慢特病费用跨省直接结算基金支付政策。跨省异地就医直接结算的住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用，执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围），执行湛江市规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。

(二) 异地就医备案有效期限。跨省异地长期居住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；跨省异地长期居住人员变更或取消备案时限的，时限为6个月。跨省临时外出就医人员备案后，有效期为6个月，有效期内可在就医地多次就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。

(三) 补办异地就医备案和无第三方责任外伤参保人员享受跨省异地就医直接结算服务。参保人员跨省出院结算前补办异地就医备案的，可纳入跨省异地就医直接结算。跨省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，可回我市申请医保手工报销。符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用可纳入跨省异地就医直接结算范围。

(四) 跨省异地长期居住人员可以在备案地和参保地双向享受医保待遇。跨省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、最高支付限额原则上执行我市规定的本地就医时的标准；备案有效期内确需回我市就医

的，可享受我市规定的医保待遇。其中参保人员以个人承诺方式办理跨省异地长期居住人员备案手续的，应履行承诺事项，可在补齐相关备案材料后在备案地和参保地双向享受医保待遇。跨省异地长期居住人员符合转外就医规定的，执行我市跨省转诊转院待遇政策。

（五）跨省临时外出就医人员报销政策。跨省临时外出就医人员低于我市相同级别医疗机构报销水平，异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例的降幅为 10 个百分点，其中异地急诊抢救人员视同已备案，可办理跨省异地就医直接结算；非急诊且未转诊的其他跨省临时外出就医人员支付比例的降幅为 20 个百分点。

（六）定点医疗机构向省外转诊就医政策。参保人员因病情需要，通过我市确定的定点医疗机构（广东医科大学附属医院、湛江中心人民医院、广东省农垦中心医院、南部战区海军第一医院和五县（市）人民医院）向省外医疗机构转诊就医，按本市同级定点医疗机构的待遇标准支付。

三、优化异地就医经办管理服务

（一）完善异地就医登记备案流程。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。

（二）符合条件的参保人员异地转诊就医。参保人员应按分级诊疗的相关规定有序就医，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，经办机构要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。参保人员办理异地就医备案后，备案有效期内可在就医地多次就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。备案有效期内已办理入院手续的，不受备案有效期限限制，可正常直接结算相应医疗费用。

（三）异地就医直接结算流程。跨省和省内异地就医直接结算时，我市通过国家、省级异地就医结算系统实时传输的住院费用和门诊费用明细信息，按照本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，用于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、诊断证明等就诊信息及时上传至国家医疗保障信息

平台。

(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。由异地就医联网定点医药机构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。

(五) 健全异地就医结算费用监控预警机制。我市经办机构应健全异地就医结算资金运行风险评估预警机制,加强对市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。

(六) 健全异地就医业务协同机制。健全异地就医工作机制,形成分工明确、职责明晰、流程统一的全市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各级医保经办机构业务协同管理能力。我市医保经办机构要按国家和省的要求做好异地就医直接结算管理服务工作的。

四、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。我市医保经办机构根据省医保局下达的我市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。预付金来源于我市医疗保险基金。

（二）跨省异地就医费用按“统一清分、按月清算”。跨省异地就医费用实行全额清算，医保经办机构协同同级财政部门做好异地就医清算资金收付工作。医保经办机构应及时足额缴纳异地就医直接结算预付金和清算资金。

（三）跨省异地就医资金相关管理事项。跨省异地就医资金划拨过程中发生的银行手续费、银行票据工本费等不得在医保基金中列支。预付金在就医地财政专户中产生的利息归就医地所有。跨省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。

五、提升医保信息化标准化支撑力度

（一）持续深化国家医保信息平台全业务全流程应用。扎实推进编码维护和深化应用，完善医保信息化管理体系，不断提升医保数据治理水平，为跨省异地就医直接结算提供强有力的系统支撑。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、医保服务平台网厅、APP 和小程序等推广应用，推进更多的跨省异地就医结算服务跨省通办。

（二）推进系统优化完善。我市按照省医保局统一的接口标准规范，完善省级跨省异地就医管理子系统，并持续推进定点医药机构接口改造适配工作，加快推动医保电子凭证、居民身份证作

为就医介质，优化系统性能，减少响应时间，切实改善参保人员跨省异地就医直接结算体验。各级医保系统停机切换时，应做好事前报备、事中验证、事后监测，确保数据迁移及时、完整、精准，解决个人编号等信息变更对在途业务的影响，确保业务平稳衔接和系统稳定运行。

(三)加强系统运维管理和安全保障。市级医保部门应打造专业可靠的运维管理团队，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，严禁定点医药机构连接医保系统的信息系统接入互联网，规范跨省异地就医身份校验，保障数据安全。统一规范异常交易报错信息质控标准，做好问题分类，简明扼要、通俗易懂地描述错误原因，方便异常交易的问题定位，并及时响应处理。

六、加强跨省异地就医直接结算基金监管

健全跨省异地就医直接结算基金监管机制，完善市域内协作、联合检查等工作制度，强化对跨省异地就医直接结算的指导，加强监督考核。落实就医地和参保地监管责任，就医地医保部门要把跨省异地就医直接结算作为日常监管、专项检查、飞行检查等重点内容，结合本地实际和跨省异地就医直接结算工作特点，严厉打击各类欺诈骗保行为，同时要配合参保地做好相关核查。我市医保部门要定期开展跨省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。跨省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账户，行政处罚、协议违约金等由就医地医保部门按规定处理。

七、工作要求

（一）强化组织领导。医保部门要将跨省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。财政部门要按规定及时划拨跨省异地就医资金，合理安排经办机构工作经费，加强与经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符。

（二）做好过渡衔接。医保部门要及时调整跨省异地就医政策，确保同国家和省跨省异地就医政策相衔接。经办机构要精简办理材料，简化办理流程，优化管理服务；同步调整医保信息系统，保障跨省异地就医直接结算工作平稳过渡。

（三）加强队伍建设。医保部门要加强跨省异地就医经办管理队伍建设，经办机构专人专职负责异地就医直接结算工作，提高异地就医管理服务能力。

（四）强化宣传引导。加强跨省异地就医政策宣传，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。

本通知自印发之日起执行。之前与本通知不一致的，以本通知为准。省内跨市异地就医参照此通知执行。同时废止《关于调整我市城乡居民医保异地就医待遇的通知》（湛人社〔2016〕400号）、《关于调整我市城镇职工医疗保险异地就医待遇的通知》（湛人社〔2017〕53号）等2个文件。



公开方式：主动公开

抄送：省医保局。

湛江市医疗保障局办公室

2023年2月3日印发
