

河南省医疗保障局 文件 河南省财政厅

豫医保办〔2022〕48号

关于进一步做好河南省基本医疗保险 异地就医直接结算工作的通知

各省辖市医疗保障局、财政局，济源示范区医疗保障局、财政金融局，航空港区组织人社局、财政审计局：

为贯彻落实2022年《政府工作报告》部署要求和《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）精神，结合我省实际，进一步做好基本医疗保险异地就医直接结算工作，现就有关事项通知如下：

一、规范异地就医直接结算备案管理

（一）明确异地就医备案人员范围。异地长期居住或临时外

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。其中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。

（二）拓宽异地就医备案渠道。参保人员异地就医前，可通过河南医保小程序、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或参保地经办机构窗口等线上线下途径办理异地就医备案手续。参保地经办机构要切实做好异地就医结算政策宣传解读，简化办理流程，缩短办理时限，支持符合条件的参保人员补办异地就医备案手续。

（三）规范异地就医备案有效期限。异地长期居住人员办理登记备案后，备案长期有效。参保地设置变更或取消备案的时限原则上不超过 6 个月。临时外出就医人员备案有效期不少于 6 个月，有效期内可在就医地多次就诊并享受直接结算服务。

（四）允许补办异地就医备案参保人员享受异地就医直接结算服务。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。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医保手工报销。

二、完善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直接结算基金支付政策。异地就医直接结算的住院、普通门诊（含门诊统筹，

下同)和门诊慢特病医疗费用,原则上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),执行参保地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)支持异地长期居住人员可以在备案地和参保地双向享受医保直接结算服务。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规定的本地就医待遇标准。备案有效期内确需回参保地就医的,可以在参保地享受医保直接结算服务,原则上不低于参保地异地转诊待遇水平。异地长期居住人员符合转外就医规定的,执行参保地转诊转院待遇政策。

(三)实现无第三方责任外伤异地就医直接结算。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,执行相应医保待遇政策。就医地经办机构应将相关费用一并纳入核查范围。

(四)合理确定临时外出就医人员报销政策。临时外出就医人员可低于参保地相同级别医疗机构报销水平,原则上,异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例的降幅不超过10个百分点,非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员支付比例的降幅不超过20个百分点。强化异地就医结算政策与分级诊疗制度的协同,合理确定异地就医人员在不同级别医疗机构的报销水平差异,引导参保人员有序就医。

(五)补办异地就医备案参保人员报销政策。参保人员出院

结算前，补办异地长期居住备案的，本次住院费用结算原则上执行参保地规定的本地就医待遇标准；补办临时外出就医备案的，本次住院费用结算参照临时外出就医人员类型确定待遇水平。参保人员出院结算后，通过提供证明材料补办异地长期居住备案的，本次住院费用结算原则上执行参保地规定的本地就医待遇标准；以个人承诺制申请补办异地长期居住备案的，自申请之日起享受异地长期居住人员待遇水平，本次住院费用结算参照非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员待遇水平；补办临时外出就医备案的，本次住院费用结算参照临时外出就医人员类型确定待遇水平。

三、规范异地就医直接结算管理服务

（一）规范直接结算流程。异地就医直接结算时，就医地应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（含普通门诊和门诊慢特病）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，经异地就医结算系统实时传输至参保地，参保地按照当地政策规定计算出应由参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，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，异地就医联网定点医药机构应将医疗费用明细、诊断等就诊信息及时上传至医疗保障信息平台，支持开展异地就医手工报销线上办理试点。

（二）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、总额预算等方面提供与本地参保人员相同的服

务和管理，并在定点医药机构医疗保障服务协议中予以明确。积极探索异地就医人员按照就医地 DRG/DIP 付费规则支付和管理，引导定点医疗机构合理诊疗。

（三）强化异地就医业务协同管理。各级医保部门应健全工作机制，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各级医保经办机构业务协同管理能力。

四、强化异地就医资金管理

异地就医费用中医保基金支付部分实行先预付后清算。省医保局会同省财政厅负责协调和督促各统筹区按规定及时归集和拨付资金。各统筹区医保部门和财政部门应按照《河南省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》（附件）要求，协同做好资金划拨和收款工作。

五、提升医保信息化标准化支撑力度

（一）持续深化全国统一的医疗保障信息平台全业务全流程应用。扎实推进编码动态维护和深化应用，完善医保信息化运维管理体系，不断提升医保数据治理水平，为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，推进更多的异地就医结算服务通办。

（二）推进系统优化完善。省级医保部门按照统一的接口标准规范，不断完善省级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，切实改善参保人员异地就医直接结算体验。

（三）加强系统运维管理和安全保障。省级医保部门应构建基础设施、网络安全、云平台、业务子系统等领域的运维管理流程，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、加强异地就医直接结算基金监管

健全异地就医直接结算基金监管机制，完善区域协作、联合检查等工作制度，强化对异地就医直接结算重点地区、重点区域的指导，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异地就医直接结算作为日常监管、专项检查、飞行检查等的重点内容，结合本地实际和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。参保地医保部门要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。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）加强组织领导。各级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、协调推进，纳入目标任务考核管理。财政部门要按规定及时划拨异地就医资金，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）做好衔接过渡。各级医保部门要及时调整与本通知不相符的政策措施，确保 2022 年 12 月底前政策衔接到位；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，优化管理服务；同步调整信息系统与本通知相适应，保障异地就医直接结算工作平稳过渡。

（三）加强宣传引导。各地要加大政策宣传力度，采用社会公众喜闻乐见的形式做好政策解读工作，充分利用咨询服务电话、医疗保障门户网站和 APP，拓展多种信息化服务渠道，及时回应群众关切，合理引导社会预期。

附件：河南省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程

