附件

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(征求意见稿)

：

为进一步贯彻落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》精神，根据《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）和《中共云南省委 云南省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（云发〔2020〕19号）等规定，结合我省实际，现就进一步做好基本医疗保险异地就医直接结算服务等有关事宜通知如下。

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精神，按照党中央、国务院决策部署，省委、省政府工作要求，坚持政策优化集成、流程规范统一、管理高效协同，服务高效便捷，落实异地就医直接结算，持续提升人民群众异地就医结算的获得感、幸福感和安全感。

（二）目标任务。2025年底前，全省异地就医直接结算经办管理服务体系更加健全，全省统一医保信息平台支持作用持续强化，医保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；异地定点医药机构实现“应纳尽纳”；异地就医备案等经办管理更加规范、方便、快捷，高效，基本实现医保报销线上线下都能“跨省通办”。

二、基本原则

（一）统一管理。坚持基本医疗保险异地就医政策、流程、结算方式统一；坚持纳入就医地医保经办机构与定点医药机构服务协议管理、谈判协商、智能监控、医保医师管理、医疗服务质量监督、医保支付方式改革等各项管理服务范围。

（二）高效便捷。坚持为参保人员提供方便快捷的异地就医直接结算服务，参保人员只需支付按医保政策个人承担的医疗费用，其他费用由就医地医保经办机构与定点医药机构按服务协议约定审核后支付。

（三）强化协同。坚持以人民为中心，结合异地就医结算经办管理实际和集中反映的问题，建立业务协同规范，明确各级医保经办机构业务协同管理职责，有效提升跨地区、跨机构业务协同效率。

（四）规范标准。坚持全省使用国家统一的业务编码及接口规范要求，坚持异地就医执行就医地目录、参保地待遇政策。

三、进一步规范异地就医直接结算备案管理

(一）规范异地就医备案人员范围。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统筹区外工作、居住、生活的人员；异地临时外出就医人员，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统筹区临时外出就医人员。

（二）全面推行异地就医备案承诺制。全省全面推行异地就医备案承诺制，参保地医保经办机构要严格按“免证明材料、免经办审核、即时开通、即时享受”的原则，为参保人办理省内和跨省异地就医备案。鼓励有条件的地区开展取消省内异地就医备案登记。全面落实跨省异地就医直接备案到就医地市或省份。

（三）拓宽异地就医登记备案渠道。参保人员可通过国家医保服务平台APP、“一部手机办事通”、云南省医疗保障部门微信公众号、云南省智慧医保小程序或电话等多种渠道办理登记备案，也可到参保地医保经办机构办理。

（四）规范异地就医备案有效时限。异地长期居住人员，实行“一次备案、长期有效”。临时外出就医人员备案有效期为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，参保地无需取消备案登记，支持异地就医人员在备案地和参保地双向享受医保待遇。异地急诊抢救人员视同已备案。参保人员在就医地出院结算前可申请补办备案登记手续，实现直接结算。参保人员异地就医出院自费结算后补办备案登记手续的，可以按参保地规定申请手工结算。未补办备案登记手续的，按参保地相关规定办理。

四、进一步统一医保异地就医结算政策

（一）规范临时外出就医人员结算政策。各统筹地区要合理设定跨省临时外出就医人员直接结算报销政策。已办理异地就医备案符合转诊转院规范的跨省临时外出就医人员所发生的住院费用和急诊抢救费用，按参保地规定享受医疗保障待遇，不得降低支付比例；未办理异地就医备案发生的异地就医费用，可适当降低基本医疗保险支付比例，但支付比例不低于50%。

（二）支持无第三方责任外伤异地就医直接结算。允许无第三方责任外伤参保人员在填写《外伤无他方责任承诺书》及补办异地就医备案后，享受异地就医直接结算服务。同时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，就医地医保经办机构应将相关费用一并纳入核查范围。无法系统结算的无第三方责任外伤费用按参保地相关规定执行。

五、进一步完善医保异地就医直接结算服务

（一）实行就医地统一管理。就医地医保经办机构应将异地就医人员纳入本地统一管理，保障参保人员权益。将定点医药机构的异地就医直接结算行为纳入服务协议管理范围，细化和完善协议条款，在参保人员就医就诊、医疗信息记录、医疗行为监控、费用审核稽核等方面提供与本地相同的服务和管理。积极参与DRG/DIP等支付方式改革在异地就医直接结算中的应用，引导定点医疗机构合理诊疗。

（二）方便异地就医人员转诊就医。参保人员应按分级诊疗的相关规定有序就医,确因病情需要异地就医的,可通过参保地规定定点医疗机构向省外医疗机构转诊。需要转诊时可通过不同形式安排转诊，不得将在本地住院作为开具转诊的先决条件。参保人员因疾病确需再次转外就医的，参保地医保经办机构应简化备案流程，方便参保人员享受异地就医直接结算服务。

六、进一步规范异地就医费用清算

（一）加强对账管理。各州、市医保经办机构应及时与省级经办机构进行对账，做到数据相符，对账成功并完成就医地医保经办机构与定点医药机构结算的医疗费用，方可进行清算。

（二）统一清分核算。跨省异地就医医疗费用清算先由国家级医保经办机构统一清分后，再由省级经办机构负责各州市异地就医医疗费用的清算，按月全额清算。省内异地就医医疗费用清算由省级经办机构统一清分，按月全额清算。省级经办机构负责各州、市间异地就医医疗费用的清算。

七、进一步强化异地就医资金管理

（一）做好异地就医预付金管理。异地就医医保基金支付部分实行先预付后清算。预付金是基本医疗保险基金的重要组成部分，资金专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。省级经办机构负责核定各州市异地就医预付金额度，省内预付金每年核定一次，由参保地州市级财政部门与就医地州市级财政部门，对同级医保部门在规定时限内提交的用款申请审核无误后，通过社保基金财政专户（以下简称“财政专户”）进行全额划拨。跨省异地就医预付金由省本级基本医疗保险基金垫付，省级财政部门对省级医保部门提交的用款申请审核无误后，与其它省市财政部门通过财政专户进行划拨。

（二）做好异地就医清算资金管理。跨省异地就医清算按照省级统一清算的方式，按月全额清算。省级经办机构负责清算各州市异地就医应收和应付资金（区分省内异地就医清算资金和跨省异地就医清算资金），省内异地就医清算资金由参保地州市级财政部门与就医地州市级财政部门通过财政专户全额进行划拨。应付的跨省异地就医清算资金通过州市级财政专户上解省级财政专户，省级财政部门根据省级医保部门在规定时限内提交的用款申请，审核无误后，通过省级财政专户与其他省市财政专户进行全额划拨；收到的跨省异地就医清算资金由省级财政部门根据省级医保部门在规定时限内提交的用款申请，从省级财政专户下拨州市级财政专户。

（三）异地就医资金相关管理事项。各州、市经办机构和财政部门应按照《基本医疗保险异地就医医疗费用直接结算经办规程》（见附件）要求，协同做好预付金、清算资金划拨和收款工作。省级医保部门会同省级财政部门对各州、市异地就医资金拨付到位及资金拨付规范情况进行定期通报，并纳入相关工作考核。划拨异地就医资金过程中发生的银行手续费、银行票据工本费不得在基金中列支。预付金和清算资金在就医地财政专户中产生的利息归就医地所有。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、进一步提升医保信息化标准化支撑力度

（一）强化全业务全流程应用。扎实推进编码动态维护和深化应用，不断提升医保数据治理水平，积极推动异地业务共享数据，加强医保电子凭证、医保服务平台网厅、医保电子处方流转、APP和小程序等推广应用。

（二）推进系统优化完善。各州、市医保部门要按照统一的接口规范标准，督促定点医药机构做好接口改造适配工作。系统停机切换时，应做好事前报备、事中验证、事后监测，确保业务平稳衔接和系统稳定运行。

（三）加强系统安全保障。落实安全管理责任，提升系统安全运维能力，加强医保信息化标准化建设，构建统一的运维和安全保障体系。严禁定点医药机构连接医保系统的信息系统接入互联网，规范异地就医异常交易报错信息格式，并及时处理。

九、进一步健全异地就医直接结算基金监管机制

（一）落实就医地和参保地监管责任。健全异地就医直接结算基金监管机制，就医地医保部门要落实监管责任，把异地就医直接结算无差别统一纳入本地日常监管、专项检查、飞行检查等重点监管内容，与本地同等对待，同时配合参保地做好相关异地就医费用核查，严厉打击异地就医领域各类欺诈骗保行为。参保地医保部门要积极开展数据筛查，精准锁定欺诈骗保问题线索，加大对线下手工报销的审核。

（二）强化业务协同管理。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经办机构业务协同管理能力。按照统一管理、分级负责、多方协同的原则，统筹做好异地就医业务协同管理工作及外伤协查工作。参保地医保部门可按规定提请疑似违法违规行为协查或按程序向就医地医保部门移交问题线索进行核查。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。

（三）加强费用监控预警分析。按照分级负责的原则，省级经办机构建立健全全省异地联网定点医药机构结算费用定期考核机制、通报机制、监控机制、预警机制，编报全省异地就医运行情况分析报告，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。各州、市经办机构加强本统筹区异地就医结算费用考核及监管，加大异地就医直接结算费用的审核及稽核，每年至少对异地就医直接结算运行情况做一次全面的分析。

十、工作要求

（一）提高思想认识，加强组织领导。异地就医直接结算工作，是当前深化放管服务改革、优化民生环境的重要举措。各级医疗保障部门要高度重视异地就医直接结算工作，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。财政部门要按规定及时划拨异地就医资金，合理安排医保经办机构工作经费，加强与医保经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符。

（二）强化协同推进，做好衔接过渡。各级医保部门要会同有关部门结合实际，进一步梳理本地异地就医结算相关政策，及时调整以往出台的与本通知不相符的政策措施，确保2022年年底前同国家和省级政策相衔接。要同步协同做好医保信息平台过渡衔接工作，积极配合做好新政策在医保信息平台中的测试、部署等工作，确保2023年1月1日与全国同步实施。

（三）加强队伍建设，提升服务水平。各州、市医保部门要根据异地就医业务管理服务工作需要，加强异地就医经办管理队伍建设，应根据管理服务的需要，加强人员和办公条件的保障，各州、市医疗保障部门应有专人专职负责异地就医直接结算工作。保证服务质量，提高工作效率。

（四）全面精准解读，做好宣传引导。各级医保部门要会同有关部门加强医保异地就医直接结算政策的宣传，要充分利用现有12345或12393咨询服务电话、APP、公众号和各地医疗保障门户网站，拓展多种信息化服务渠道，全面精准做好宣传解读工作。

本通知自2023年1月1日起执行,与本通知规定不一致的，按本通知规定执行。

附件：云南省基本医疗保险异地就医直接结算经办规程

云南省医疗保障局 云南省财政厅

2022年 月 日

附件

云南省基本医疗保险异地就医直接

结算经办规程

第一章 总 则

第一条【制订依据】为加强异地就医直接结算经办业务管理，规范经办业务流程，推进业务协同联动，提高服务水平，根据《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）和《中共云南省委 云南省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（云发〔2020〕19号）等文件要求，并结合我省实际，制定本规程。

第二条【名词解释】本规程所称异地就医是指基本医疗保险参保人员在参保关系（参保地）以外的定点医药机构发生的就医、购药行为。异地就医直接结算是指参保人员异地就医时只需支付按规定由个人负担的医疗费用，其他费用由就医地医保经办机构与异地联网定点医药机构按协议约定审核后支付。

第三条【适用范围】本规程适用于基本医疗保险参保人员异地就医直接结算经办管理服务工作。其中基本医疗保险包括职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）以及参加离休干部医疗统筹的离休干部。

第四条【职责分工】异地就医直接结算工作实行统一管理、分级负责。国家级医保经办机构承担制定并实施全国异地就医结算业务流程、标准规范，全国异地就医数据管理与应用，跨省异地就医资金预付和结算管理、对账费用清分、智能监控、运行监测，跨省业务协同和争议处理等职能。省级经办机构承担全国异地就医结算业务流程、标准规范在本辖区内的组织实施，建设和完善省级异地就医结算系统，辖区内异地就医直接结算业务协同、资金管理和争议处理等职能。各统筹地区应按照国家和省级异地就医结算政策规定，及时出台本地配套政策，做好跨省异地就医备案管理、问题协同处理和资金结算清算工作。

地方各级财政部门要会同医疗保障部门按规定及时划拨跨省异地就医预付金和清算资金，合理安排各级医疗保障医保经办机构的工作经费，加强与医疗保障医保经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符。

第五条【资金来源】异地就医直接结算费用医保基金支付部分实行先预付后清算，预付资金原则上来源于参保人员所属统筹地区的医疗保险基金。

第六条【服务要求】各地要优化经办流程，支持医保电子凭证、社会保障卡等作为就医凭证，按照“就医地目录、参保地政策、就医地管理”的要求，提供便捷高效的异地就医直接结算服务。具备条件的，可将补充医疗保险、医疗救助等费用纳入跨省异地就医直接结算范围。省内异地就医实现基本医保、补充医疗保险、医疗救助等费用“一站式、一单式”直接结算。

第二章 登记备案

第七条【范围对象】参加基本医疗保险的下列人员，可以申请办理异地就医直接结算。

（一）异地长期居住人员是指异地安置退休人员（离休干部）、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。

（二）异地临时外出就医人员是指异地转诊就医人员、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。

第八条【备案材料】全面推行异地就医备案承诺制，参保地医保经办机构按“免证明材料、免经办审核、即时开通、即时享受”的原则，为参保人办理省内和跨省异地就医备案（见附件1、2）。

第九条【备案途径及时限要求】参保人员可在参保地的医保经办机构窗口、指定的线上办理渠道或国家医保服务平台APP办理跨省异地就医备案手续。通过全国统一的线上备案渠道申请备案的，原则上参保地医保经办机构应即时办结。省内异地就医备案可以通过电话、医保经办机构窗口、云南医保服务公众号、云南医保微信小程序即时办结，有条件的地区可以开展免备案。转诊转院备案原则上在定点医疗机构医保窗口办理。

第十条【备案有效期及取消】异地长期居住人员办理登记备案后，未提出变更备案或参保状况未发生变更的，备案长期有效。异地急诊抢救人员视同已备案。参保地设置变更或取消备案时限的，按参保地规定执行。异地临时外出就医人员备案后，有效期原则上为6个月。

第十一条【备案就医地】参保地医保经办机构在为参保人员办理异地就医备案登记时原则上直接备案到就医地市。参保人员到北京市、天津市、上海市、重庆市、海南省、西藏自治区等省级统筹省份和新疆生产建设兵团就医的，可备案到就医省份和新疆生产建设兵团。

第十二条【备案效力】参保人员办理异地就医备案登记后，异地就医住院、职工基本医疗保险门诊共济保障、门诊慢特病等可联网直接结算。异地就医普通门诊和定点零售药店购药直接结算无需备案。备案有效期内可在就医地多次就诊并享受直接结算服务。备案有效期内已办理入院手续的，不受备案有效期限制，可正常直接结算相应医疗费用。

第十三条【备案信息上传】参保地医保经办机构要及时为参保人员办理异地就医备案登记、变更和取消业务。实时将跨省异地就医人员备案、门诊慢特病认定资格等信息上传至国家跨省异地就医管理子系统，方便就医地医保经办机构和定点医疗机构查询异地就医参保人员信息。

第十四条【未备案及非联网定点】参保人员未按规定办理备案登记手续或在就医地非定点医药机构发生的医疗费用，按参保地现有规定执行。

第三章 就医管理

第十五条【接口及编码标准】省级医疗保障医保经办机构配合省级信息化管理部门按照国家统一的编码标准和技术标准对本地异地就医信息子系统进行适应性整改。门诊慢特病的病种编码遵循国家医疗保障局信息业务编码规则，统一病种名称和编码。

第十六条【联网定点医疗机构范围】省级经办机构负责指导各统筹地区将本地符合条件的定点医药机构纳入异地联网结算范围，发生异地联网定点医药机构信息变更、中止医保服务、取消或新增定点等情形的，省级经办机构按要求在国家异地就医结算子系统中做好跨省异地联网定点医药机构信息动态维护工作。州、市级医保经办机构按要求在省级异地就医直接结算子系统中做好异地就医联网定点医药机构信息动态维护工作。不同投资主体、经营性质的医保定点医药机构均可提供异地联网直接结算服务，享受同等医保政策、管理和服务。

第十七条【服务要求】异地联网定点医药机构应对异地就医患者进行身份识别，为符合就医地规定的门（急）诊、住院异地患者提供合理、规范的诊治及医疗费用的直接结算服务，实时上传就医和结算信息。开展门诊慢特病异地就医直接结算服务时，应专病专治，合理用药。参保人员未办理异地就医备案的，定点医疗机构应指引参保人员出院前办理，并提供直接结算服务。

第十八条【参保身份识别】参保人员在异地联网定点医药机构就医购药时，应主动表明参保身份，出示医保电子凭证或社会保障卡，遵守就医地定点医药机构就医、购药流程和服务规范。

第十九条【协议管理】就医地医保经办机构应将异地就医工作纳入定点医药机构协议管理范围，细化和完善协议条款，要求定点医药机构对异地就医患者进行身份识别，确认相关信息，为异地就医人员提供优良的医疗服务。就医地医保经办机构负责医疗费用具体审核。

各统筹地区必须要求定点医疗机构上传全部住院患者（包括自费患者）医疗费用结算信息和费用明细信息。参保人在省内异地就医按自费结算的，返回参保地手工结算时，参保地医保经办机构根据医疗机构上传医保信息系统费用明细进行结算；无上传数据的，由就医地医保部门履行就医地责任督促医疗机构及时补传数据。

第四章 预付金核定

第二十条【预付金定义】预付金是参保地医保经办机构预付给就医地医保经办机构用于支付参保地异地就医人员医疗费用的资金，资金专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。预付金原则上来源于各统筹区医疗保险基金。就医地可调剂使用各参保地的预付金。

第二十一条【跨省预付金核定】跨省异地就医预付金由国家级医保经办机构每年1月底前核定，原则上根据上年第四季度医保结算资金月平均值的两倍核定年度预付金额度，按年清算。各省本年度应付、应收预付金由国家级医保经办机构根据上一年各省跨省异地就医直接结算资金支出情况核定。

第二十二条【省内预付金核定】省内预付金每年核定一次，原则上根据上年度医保结算资金月平均值的两倍核定年度预付金额度，预付金按年清算，核定时间为每年1月份。省内预付金由省级经办机构核定，按城镇职工或城乡居民进行区分，核定各州市级医保经办机构本年度应付、应收预付金，生成《云南省城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医预付金明细表》（见附件3），并出具《---州、市城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医预付金付款通知书》（见附件3-1）、《 ---州、市城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医预付金收款通知书》（附件3-2），预付金通过省内异地就医结算系统进行发布，各州、市医保经办机构在省内异地就医平台下载后，按规定提交同级财政部门付款和收款。

第二十三条【预付金预警】建立预付金预警和调增机制。预付金使用率为预警指标，是指异地就医月度清算资金占预付金的比例。预付金使用率达到70%，为黄色预警。预付金使用率达到90%及以上时，为红色预警，省级经办机构可启动预付金紧急调增流程。

第二十四条【预付金调增】当预付金使用率出现红色预警，不足以支付医疗费用时，由就医地医保经办机构向省级经办机构提交预付金额度调增的书面申请。省级经办机构及时调增预付金，并向参保地的州、市级医保经办机构下达《\_\_\_\_\_\_\_（州、市）城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医预付金额度紧急调增通知书》（见附件4）预付金调增通过省级异地就医结算系统进行发布，州市级医保经办机构通过省级异地就医结算系统下载预付金调增通知书，并在规定时限内及时将用款申请提交同级财政部门进行划款。各州市级医保经办机构收到同级财政部门收付款信息反馈后，必须在省级异地就医结算系统上对收付款信息做确认。

第五章 医疗费用结算

第二十五条【费用结算定义】医疗费用结算是指就医地医保经办机构与本地定点医药机构对异地就医医疗费用对账确认后，按协议或有关规定向定点医药机构支付费用的行为。医疗费用对账是指就医地医保经办机构与定点医药机构就门诊、购药以及住院医疗费用确认医保基金支付金额的行为。

第二十六条【跨省基金支付政策】参保人员跨省异地就医直接结算时，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报销政策。

参保人员因门诊慢特病异地就医时，就医地有相应门诊慢特病病种及限定支付范围的，执行就医地规定；没有相应门诊慢特病病种的，定点医药机构及接诊医师要遵循相关病种诊疗规范及用药规定合理诊疗。异地就医人员同时享受多个门诊慢特病待遇的，由参保地根据本地规定确定报销规则。

第二十七条【省内基金支付政策】参保人省内各统筹地区之间异地就医时，统一执行全省基本医疗保险药品、医用耗材目录和医疗服务项目支付范围。参保人在省内异地就医所产生医疗服务项目费用，以就医地的公立医疗机构医疗服务项目政府制定最高限价作为医保最高支付标准。实际收费低于政府限价的，据实结算；实际收费高于政府限价的，超出部分由个人自费。

第二十八条【门诊共济保障结算】参保人员异地就医时，门诊共济保障费用实行联网直接结算。门诊共济基金支付政策按参保地规定执行。授权人与参保使用人分别为职工与居民身份时，门诊共济费用结算时计入城镇职工基本医疗保险基金结算。就医时未能联网结算的，凭其医保凭证、医疗费用发票、费用明细、病历等材料到所属参保统筹区按规定报销。

第二十九条【外伤就医结算】定点医疗机构应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，参保人主诉无他方责任的医疗费用，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《无第三方责任外伤责任承诺书》（见附件5），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。

第三十条【双通道结算】异地参保患者凭处方在“双通道”药店购买“双通道”药品，药品费用纳入异地就医直接结算，参保患者仅支付按规定应由个人负担的部分，医保统筹基金支付部分由医保经办机构与“双通道”药店直接结算。无法系统结算的特殊情况，可凭定点医疗机构处方和“双通道”药店统一开具的发票到参保地医保经办机构进行手工结算。

第三十一条【院外检查与购药结算】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《住院期间外院检查或定点药店购药单》（见附件6），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联网直接结算。

第三十二条【跨省异地结算规则】跨省异地就医医疗费用结算

（一）【住院结算】参保人员跨省异地就医出院结算时，就医地医保经办机构将其住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息，经国家、省级异地就医结算系统传输至参保地，参保地按照当地政策规定计算参保人员个人以及各项医保基金应支付的金额，并将结果回传至就医地定点医疗机构，用于定点医疗机构与参保人员直接结算。

（二）【门诊结算】参保人员门诊费用跨省异地就医直接结算时，就医地医保经办机构按照就医地支付范围和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，按照参保地政策规定计算出由参保人员个人负担以及各项医保基金应支付的金额，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。

（三）【急诊就医结算】参保人员因急诊急救进行门诊、住院就医的，医疗机构在为参保人员办理“门诊结算”或“入院登记”时，应按接口规范如实上传“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时，参保地应视同异地就医备案，不进行是否备案的系统校验，允许参保人员按参保地异地急诊急救相关待遇标准直接结算相关住院、门诊医疗费用。

（四）【住院结算清单】参保人员在就医地已开通异地就医直接结算的定点医疗机构凭医保电子凭证或者社会保障卡等就诊凭证就医购药。直接结算医疗费用时，按照定点医疗机构出具的《\_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医住院结算单》（见附件7)、医疗收费票据等，参保人员结清应由个人负担的费用，就医地医保经办机构与定点医疗机构按协议结算医保基金支付的费用。参保人员因故全额垫付医疗费用的，相关信息由医疗机构上传，医保基金支付的费用回参保地按有关规定办理。

第三十三条【省内异地结算规则】省内异地就医医疗费用结算

（一） 参保人员异地就医发生的费用属于个人帐户和统筹基金支付的，由就医地医疗保险医保经办机构与定点医药机构进行结算；属于个人现金支付的，参保人员直接与定点医药机构进行结算。

（二）参保人员异地医疗机构抢救、异地住院、异地特殊病、慢性病门诊、门诊共济保障、“双通道”购药等涉及统筹基金支付的医疗费用，按照参保地的待遇政策进行结算。异地就医发生的费用由就医地医保经办机构按照云南省基本医疗保险药品目录、医用耗材目录、诊疗项目及服务设施范围与标准进行审核，对不符合规定发生的费用按就医地规定予以扣除。

第三十四条【结算明细上传】跨省和省内异地就医费用明细上传要求。

1. 跨省明细上传。就医地医保经办机构在参保人员发生住院医疗费用结算后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，参保地医保经办机构可查询和下载医药费用及其明细项目。
2. 省内结算明细上传。就医地医保经办机构在参保人员出院结算后，及时将医疗费用明细上传省内异地就医系统，参保地医保经办机构可通过省内异地就医系统查询和下载医疗费用及其明细项目。

第三十五条【对账要求及时限】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，做到数据相符。省级异地就医管理子系统每日自动生成省内异地日对账信息，实现参保地、就医地与省级异地就医管理子系统的三方对账，做到数据相符。对账成功并完成就医地医保经办机构与定点医药机构结算方可进行清算。如出现对账信息不符的情况，州市级医保经办机构应及时查明原因，并上报省级经办机构协调处理。

各级医保经办机构对定点医药机构的异地就医费用结算方式为委托付款。就医地医保经办机构应当在次月10日前完成与异地定点医药机构对账确认工作，按月结清定点医药机构垫付的异地就医费用，按时将确认的费用拨付给定点医药机构。再按规定在各统筹区医保经办机构间进行清算划拨。

第三十六条【跨年度结算】就医地对于参保人员住院治疗过程跨自然年度的，应以出院结算日期为结算时点，按一笔费用整体结算，并将医疗费用信息传回参保地。参保地根据本地跨年度费用结算办法，跨省异地就医可以按一笔费用整体结算；也可以计算日均费用后，根据跨年度前后的住院天数，将住院医疗费用分割到两个年度，确定基金和个人费用分担额度。省内异地就医跨年结算按费用明细实际发生时间进行年度分割，确定基金和个人费用分担额度，分割到次年的费用，不单独计算起付线。

第三十七条【退费服务】各地要支持参保人员普通门诊费用异地就医直接结算后合理的退费需求，提供隔笔退费、跨年退费和清算后退费服务。已经结算的待遇不变，后续产生的费用重新计算待遇。

第三十八条【因故未直接结算费用处理】参保人员备案后，因结算网络系统、就诊凭证等故障导致无法直接结算的，相关医疗费用可回参保地手工报销，参保地按规定为参保人员报销相关治疗费用。探索跨省异地就医手工报销线上办理，参保人员因故无法直接结算回参保地手工报销的，参保地可依托异地就医联网定点医疗机构上传国家医疗保障信息平台的医疗费用明细、诊断等就诊信息实现线上报销。

第六章 费用清算

第三十九条【费用清算定义】异地就医费用清算是指省级经办机构之间、省级经办机构与州市级医保经办机构之间、各州市级医保经办机构之间确认有关异地就医医疗费用的应收和应付金额，据实划拨的过程。

第四十条【跨省清算规则】跨省异地就医费用的清算。

（一）根据就医地医保经办机构与医疗机构对账确认后的医疗费用，由就医地医保经办机构于每月15日前提交省级异地就医系统确认，再由省级经办机构提交国家异地就医系统参与清算。

（二）省级经办机构生成《\_\_\_\_\_\_\_云南省城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医费用收/付款清算表》（见附件8）《\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医医保基金支付明细表》（见附件8-1）、《\_\_\_\_\_\_\_云南省城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医医保基金审核扣款明细表》（见附件8-2）《\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医费用付款通知书》（见附件8-3）、《\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医费用收款通知书》（见附件8-4），在省级异地就医结算系统发布。

第四十一条【省内清算规则】省内异地就医费用的清算。

1. 根据就医地医保经办机构与定点医药机构对账确认后的医疗费用，由就医地医保经办机构于每月15日前提交省内异地就医系统确认。
2. 省级经办机构于每月30日前生成《云南省城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医费用清算表》（见附件9)、《\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医医保基金支付明细表》（见附件9-1)、《\_\_\_\_\_\_\_云南省城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医医保基金审核扣款明细表》（见附件9-2)；《\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医费用付款通知书》（见附件9-3）、《\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医费用收款通知书》（见附件9-4），在省级异地就医结算系统发布。

第四十二条【门诊共济保障清算】当绑定个人账户的参保人（以下称授权人）和其配偶、父母、子女（以下称使用人）在不同统筹区时，使用人所用到的授权人个人账户金额，由定点医药机构与就医地医保经办机构对账、结算。

涉及异地清算的个人账户资金由省异地费用结算中心按照“省级统一清分、按月全额拨付”的规则统一负责清算。清算的个人账户资金由医保经办机构在规定时限内向同级财政部门报送用款申请，同级财政部门通过财政专户，按月全额划拨清算的个人账户资金。

1. 第四十三条【监管追回基金清算】就医地医保经办机构应将跨省异地就医监管追回的医保基金、扣款上传省级异地就医结算系统，由省异地费用结算中心按照异地就医清算规则进行清算，生成《云南省城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医监管追回基金清算表》(见附件10)、《\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医监管追回基金付款通知书》（见附件10-1）、《\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医监管追回基金收款通知书》（见附件10-2），在省级异地就医结算系统发布。

第四十四条 各州、市医保经办机构通过省级异地就医结算系统下载相关通知书及清算表后，及时将用款申请提交同级财政部门进行划款。各州市级医保经办机构收到同级财政部门收付款信息反馈后，必须在省级异地就医结算系统上对收付款信息做确认。

第七章 资金管理

第四十五条【资金管理】异地就医直接结算资金要纳入社会保障基金财政专户，实行收支两条线管理。资金划拨过程中发生的银行手续费、票据工本费等不得在基金中列支。异地就医直接结算资金在就医地产生的利息归就医地所有。

第四十六条【跨省预付金划拨】全省应支付的跨省异地就医预付金，由省本级基本医疗保险基金统一垫付。省级经办机构在国家级医保经办机构核定本年度应付预付金金额后，5个工作日内向省级财政部门提交用款申请计划、预付金额度调整通知书及《\_\_\_\_年度云南省应收、应付城镇职工/城乡居民基本医疗保险跨省异地就医结算预付金明细表》（见附件11）。省级财政部门对医保部门提交用款计划审核无误后10个工作日内进行划款。

第四十七条【省内预付金划拨】由省内参保地、就医地财政专户按照核定金额相互间进行划拨。参保地医保经办机构根据省级经办机构核定预付金金额向同级财政部门提交用款申请，财政部门审核无误后10个工作内通过财政专户向就医地财政部门划拨预付金，备注格式为“××年××州（市）职工/居民省内预付金”。各州市应于每年2月底前完成省内异地就医预付金收付款工作。

省级经办机构提供省级财政部门《××年度云南省应收、应付城镇职工/城乡居民基本医疗保险省内异地就医结算预付金明细表》（见附件12）备查。

第四十八条【跨省清算资金划拨】各州市医保经办机构在收到省级经办机构下发的跨省异地就医费用付款通知后，3个工作日内按规定向同级财政部门报送用款申请计划，同级财政部门审核无误后5个工作日内将资金划拨至省级财政专户，备注格式为“××年××月××州（市）职工/居民跨省清算资金”。

（一）应付跨省清算资金。省级经办机构在国家级医保经办机构确认发布应付清算资金后5个工作日内向省级财政部门提交全省汇总用款申请计划、异地就医费用通知书及《××年度××月云南省应付城镇职工/城乡居民基本医疗保险跨省异地就医结算清算资金汇总明细表》（见附件13）。省级财政部门确认各州市应付跨省异地就医资金全部缴入省级财政专户，对医保部门提交用款申请审核无误后10个工作日内向就医地省级财政部门划拨资金。

（二）应收跨省清算资金。省级经办机构在国家级医保经办机构确认发布应付清算资金后5个工作日内向省级财政部门提交全省汇总用款申请计划及《××年度××月云南省应收城镇职工/城乡居民基本医疗保险跨省异地就医结算清算资金汇总明细表》（见附件14），并按规定向省级财政部门提交全省汇总用款申请。省级财政部门确认各省（市）应收跨省异地就医资金全部缴入省级财政专户，对医保部门提交用款申请审核无误后10个工作日内向各州市财政专户转款。

第四十九条【省内清算资金划拨】省级经办机构按月核定各州市间应收、应付清算资金金额，填制《××年度××月云南省应收、应付城镇职工/城乡居民基本医疗保险省内异地就医结算清算资金汇总明细表》（见附件15），提交省级财政部门备查。

1. 应付省内清算资金。参保地医保经办机构在收到省级经办机构下发的省内异地就医费用付款通知后，5个工作日内按规定向同级财政部门报送用款申请计划，同级财政部门审核无误后10个工作日，通过财政专户向就医地财政专户划拨清算资金，备注格式为“××年××月××州（市）职工/居民省内清算资金”。
2. 应收省内清算资金。就医地在收到省级经办机构下发的省内异地就医费用收款通知后，5个工作日内提交同级财政部门备查。

第五十条【收付款银行信息维护】各州、市经办机构在同级财政收款专户信息发生变更时，要及时在异地就医直接结算子系统变更相关信息；医保经办机构向财政部门提交预付单和清算单时，需同步提交《异地就医财政收付款银行信息变更表》(见附件16)。完成付款确认时，应在省内异地就医系统内输入付款银行名称、交易流水号和交易日期等信息，相关信息应真实、准确。

第八章 稽核监督及考核

第五十一条【就医地管理】异地就医医疗服务地管理。各州、市医保经办机构应将异地就医直接结算纳入当地定点医药机构服务协议管理范围，明确医保经办机构和定点医药机构的权利和义务，细化、完善协议条款，保障参保人员权益。

第五十二条【就医地监管】就医地医保经办机构对当地定点医药机构提供的异地就医直接结算服务进行监管。监管流程、监管内容和监管方式等执行就医地相关规定。

第五十三条【就医投诉渠道】就医地医保经办机构应当建立异地就医人员的投诉渠道，及时受理投诉并将结果告知投诉人。对查实的重大违法违规行为按相关规定执行,并逐级上报省级经办机构。

第五十四条【参保人员违规处理】就医地医保经办机构发现异地就医人员有严重违规行为的，应暂停其直接结算，同时上报省级经办机构协调参保地医保经办机构，由参保地医保经办机构根据相关规定进行处理。

第五十五条【医药机构违规处理】异地就医发生的医疗费用，实行参保地委托就医地负责审核的模式。省内异地就医医疗费用的审核由就医地医保经办机构按照就医地的相关规定进行审核处理，对定点医药机构违规行为涉及的医疗费用不予支付，已支付的违规费用予以扣除，用于冲减参保地异地就医结算费用。跨省异地就医医疗费用的审核由就医地医保经办机构按规定进行审核处理。对定点医药机构违反服务协议规定并处以违约金扣除处理的，由就医地医保经办机构按规定处理。

第五十六条【协调机制】省级经办机构适时组织省内异地就医联审互查，对就医地责任落实情况进行考评，协调处理因费用审核、资金拨付发生的争议及纠纷。

第五十七条【考核管理】省级医保经办机构统一制定异地就医考核办法，将各州（市）医保经办机构异地就医结算管理纳入全省年度目标考核。各级医保经办机构应加强异地就医费用稽核管理，对定点医药机构提供的异地就医服务进行严格考核。

第九章 业务协同

第五十八条【职责分工】跨省异地就医业务协同管理工作实行统一规范，分级管理。国家级医保经办机构负责统一组织、协调省级间业务协同经办管理工作，省级医保部门负责统一组织协调并实施跨省异地就医结算业务协同经办管理工作，各统筹地区医保部门按国家和省级要求做好协同工作。各级医保经办机构可依托国家跨省异地就医管理子系统业务协同管理模块或国家医保服务平台APP发起问题协同，并按要求做好问题响应和处理。

第五十九条【费用协查】参保地对一次性跨省住院医疗总费用超过3万元(含3万元)的疑似违规费用，可以登录国家平台提出费用协查申请；省内异地住院疑似违规费用，参保地可以登录省级异地就医管理子系统提出费用协查申请。申请费用协查时，需提交待协查参保人员身份证号码、姓名、性别、医疗服务机构名称、住院号、发票号码、入院日期、出院日期、费用总额等必要信息，以确保待协查信息准确。

国家异地就医平台和省级异地就医平台每月26日零时同时生成上月26日至当月25日全国跨省和省内异地就医结算费用协查申请汇总表，就医地医保部门通过国家异地就医平台和省级异地就医平台下载当期汇总表，并通过本地医保信息系统进行核查，已生成申请汇总表的费用协查申请原则上不予修改或删除。

就医地医保部门接到本期汇总表后，原则上需于次月26日前完成本期费用协查工作，并及时上传费用协查结果至国家异地就医平台和省内异地就医平台。遇有特殊情况确需延期办理的，自动记录至下一期，并记入本期完成情况统计监测。协查结果分为“核查无误”和“核查有误”两类，如协查信息与实际信息不符，需填写“核查有误”的具体原因方能上传结果。

参保地医保部门查看到就医地医保部门返回的协查结果后，5个工作日内在国家平台上进行确认。对协查结果存在异议的，应及时与就医地医保部门进行沟通，根据沟通结果进行相应处理。

第六十条【处理类别及时限】各级医保部门可根据跨省异地就医结算业务协同问题的紧急程度选择国家平台或备案小程序提出问题协同申请。通过国家平台提交的问题协同申请需明确待协同机构、主要协同事项、问题类型及协同时限，针对特定参保人员的问题协同需标明参保人员身份信息，其中备案类问题需在2个工作日内回复，系统故障类问题需在1个工作日内回复，其他类问题回复时间最长不超过10个工作日。

参保人员、定点医药机构工作人员可通过国家医保服务平台APP进行跨省异地就医结算问题咨询、系统故障申报等操作，系统故障需提交系统报错截图等必需材料。问题协同遵循第一响应人责任制，各级医保部门在接收协同申请后即作为第一响应人，需在规定时限内完成问题处理，根据实际情况标注问题类型，并在国家平台上进行问题处理登记，确需其他机构协助的，可在问题处理登记时详细列出其他协同机构。如不能按期完成需及时与申请地沟通延长处理时限。 各级医保部门需在收到协同地区处理结果后进行“处理结果确认”，明确问题处理结果。超过10个工作日未确认的，国家平台默认结果确认。对问题处理结果有异议的，或尚未解决的可重新发起问题，申请上一级医保部门进行协调处理。

第六十一条 【运行分析】各级医保经办机构应建立异地就医直接结算费用分析制度和分析指标体系，定期分析定点医药机构发生的异地医疗费用，为加强异地就医监管和医疗保险决策提供依据。

第六十二条【信息发布】各级医保部门可通过国家跨省异地就医管理子系统发布停机公告、一般公告、医保政策等信息，实现医保经办信息共享。

第十章 附则

第六十三条 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。

第六十四条 异地就医业务档案由参保地医保经办机构和就医地医保经办机构按其办理的业务分别保管。

第六十五条 本规程由云南省医疗保障局负责解释。

第六十六条 本规程自二〇二三年一月一日起实施。

附件：1.\_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医登记备案表

2.基本医疗保险异地就医备案个人承诺书

3.云南省城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医费用预付金明细表

3-1.\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医预付金付款通知书

3-2. \_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医预付金收款通知书

4.\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医预付金额度紧急调增通知书

5.无第三方责任外伤责任承诺书

6.住院期间外院检查治疗或定点药店购药证明

7.\_\_\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医住院结算单

8.云南省城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医费用收/付款清算表

8-1.\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医医保基金支付明细表表

8-2.\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医费用审核扣款明细表

8-3.\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医费用付款通知书

8-4.\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医费用收款通知书

9.云南省城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医费用清算表

9-1.\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医医保基金支付明细表

9-2.云南省城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医医保基金审核扣款明细表

9-3.\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医费用付款通知书

9-4.\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部省内异地就医费用收款通知书

10.云南省城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医监管追回基金清算表

10-1.\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医监管追回基金付款通知书

10-2.\_\_\_\_\_\_\_州、市城镇职工/城乡居民/离休干部跨省异地就医监管追回基金收款通知书

11.\_\_\_\_\_\_\_年度云南省应收、应付城镇职工/城乡居民基本医疗保险跨省异地就医结算预付金明细表

12.\_\_\_\_\_\_\_年度云南省应收、应付城镇职工/城乡居民基本医疗保险省内异地就医结算预付金明细表

13.××年度××月云南省应付城镇职工/城乡居民基本医疗保险跨省异地就医结算清算资金汇总明细表

14.××年度××月云南省应收城镇职工/城乡居民基本医疗保险跨省异地就医结算清算资金汇总明细表

15.××年度××月云南省应收、应付城镇职工/城乡居民基本医疗保险/离休干部省内异地就医结算清算资金汇总明细表

16.异地就医财政收付款银行信息变更表

17.跨省异地就医备案、预付金、结算、清算流程图