

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

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医保局、财政厅（局）：

为贯彻落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》精神和2022年《政府工作报告》部署要求，完善跨省异地就医直接结算办法，进一步做好基本医疗保险跨省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，全面贯彻落实党的十九大和十九届历次全会精神，按照党中央、国务院决策部署，立足新发展阶段，完整、准确、全面贯彻新发展理念，构建新发展格局，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，深化基本医疗保险跨省异地就医直接结算改革，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，跨省异地就医直接结算制度体系和经办管理体系更加健全，全国统一的医保信息平台支撑作用持续强化，国家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70%以上，普通门诊跨省联网定点医药机构数量实现翻一番，群众需求大、各地普遍开展的门诊慢特病相关治疗费用逐步纳入跨省直接结算范围，异地就医备案规范便捷，基本实现医保报销线上线下都能跨省通办。

二、完善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，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）明确异地就医备案人员范围。跨省异地长期居住或跨省临时外出就医的参保人员办理异地就医备案后可以享受跨省异地就医直接结算服务。其中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参保省、自治区、直辖市（以下统称省）以外工作、居住、生活的人员；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。

（三）规范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，备案长期有效；参保地可设置变更或取消备案的时限，原则上不超过6个月。跨省临时外出就医人员备案有效期原则上不少于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。

（四）允许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，就医地联网定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用跨省直接结算。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，可按参保地规定申请医保手工报销。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跨省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。

（五）支持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参保地规定的本地就医时的标准；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结算服务，原则上不低于参保地跨省转诊转院待遇水平。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，执行参

保地跨省转诊转院待遇政策。

(六) 合理确定跨省临时外出就医人员报销政策。各统筹地区要根据经济社会发展水平、人民健康需求、医保基金支撑能力和分级诊疗要求,合理设定跨省临时外出就医人员直接结算报销政策。跨省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跨省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。

三、规范跨省异地就医直接结算管理服务

(一) 规范异地就医备案流程。参保人员跨省异地就医前,可通过国家医保服务平台 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跨省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。参保人员申请异地就医备案时,可直接备案到就医地市或直辖市等,并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,门诊就医时按照参保地异地就医管理规定选择跨省联网定点医药机构就医购药。

(二) 方便符合条件的参保人员跨省转诊就医。参保人员应按分级诊疗的相关规定有序就医,确因病情需要跨省异地就医的,可通过参保地规定的定点医疗机构向省外医疗机构转诊。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,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。参保人员因同种疾病确需在就医地继续治疗或再次转外就医的,参保地经办机构应简化异地就医备案手续,方便参保人员享受跨省异地就医直接结算服务。

(三) 规范参保人员持医保电子凭证、社会保障卡就医。参保人员跨省异地就医时，应在就医地的跨省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。跨省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，为符合就医地规定门（急）诊、住院患者，提供合理规范的诊疗服务及方便快捷的跨省异地就医直接结算服务。

(四) 规范跨省直接结算流程。跨省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，经国家、省级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，跨省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医疗保障信息平台，支持全国开展跨省异地就医手工报销线上办理试点。

(五) 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。鼓励地方探索 DRG/DIP 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。

(六) 强化异地就医业务协同管理。各级医保部门应逐步健全工作机制，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，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。国家级经办机构负责统一组织、指导监督、综合协调省际异地就医直接结算管理服务，省级经办机构负责在省域范围内统一组织、协调并实施跨省异地就医直接结算管理服务，各统筹地区经办机构按国

家和省级要求做好跨省异地就医直接结算管理服务工作。

四、强化跨省异地就医资金管理

(一) 跨省异地就医费用医保基金支付部分在地区间实行先预付后清算。每年1月底前，国家级经办机构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，并确认当年预付金调整额度。各省可通过预收省内各统筹地区异地就医资金等方式实现资金的预付。预付金原则上来源于各统筹地区医疗保险基金。

(二) 跨省异地就医费用清算按照国家统一清分，省、市两级清算的方式，按月全额清算。跨省异地就医清算资金由参保地省级财政专户与就医地省级财政专户进行划拨。各省级经办机构和财政部门应按照《基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程》（见附件）要求，协同做好清算资金划拨和收款工作。国家级经办机构负责协调和督促各省按规定及时拨付资金。

(三) 跨省异地就医资金相关管理事项。划拨跨省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) 持续深化全国统一的医保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。各省级医保部门要按照统一的接口标准规范，不断完善省级跨省

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。各地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。各省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,完善区域协作、联合检查等工作制度,强化对跨省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。参保地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)加强组织领导。各级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。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) 做好衔接过渡。各地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 月底前同国家政策相衔接；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，保障跨省异地就医直接结算工作平稳过渡。

(三) 加强队伍建设。各省级医疗保障部门要加强省级跨省异地就医经办管理队伍建设，应有专人专职负责异地就医直接结算工作。各统筹地区应根据管理服务的需要，积极协调相关部门，加强机构、人员和办公条件保障，合理配置专业工作人员，保证服务质量，提高工作效率。

(四) 做好宣传引导。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，充分利用现有 12345 或 12393 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。

国家医保局 财政部

2022 年 6 月 30 日