

# 西安市医疗保障局文件 西安市财政局

市医保发〔2023〕10号

## 西安市医疗保障局 西安市财政局 关于印发《西安市基本医疗保险异地就医 直接结算实施细则》的通知

各区县、开发区医疗保障部门、财政部门，市医保经办服务中心，市医保基金管理中心：

为进一步做好我市基本医疗保险异地就医直接结算工作，按照《陕西省医疗保障局陕西省财政厅关于印发〈陕西省基本医疗保险异地就医直接结算制度改革实施方案〉的通知》（陕医保发〔2022〕36号）要求，结合我市实际，市医疗保障局联合市财政局制定了《西安市基本医疗保险异地就医直接结算实施细则》，现印发你们，请抓

好贯彻落实。



西安市医疗保障局



西安市财政局

2023年2月15日

# 西安市基本医疗保险异地就医直接结算实施细则

为贯彻落实《陕西省医疗保障局陕西省财政厅关于印发〈陕西省基本医疗保险异地就医直接结算制度改革实施方案〉的通知》（陕医保发〔2022〕36号）要求，进一步做好基本医疗保险异地就医直接结算工作，不断完善跨省异地就医和省内异地就医（跨省异地就医和省内异地就医，以下简称异地就医）直接结算办法，结合我市实际，制定以下细则。

## 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，深入学习习近平总书记来陕考察重要讲话重要指示精神，按照中央、省市决策部署，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，持续深化基本医疗保险异地就医直接结算改革，不断提升人民群众的获得感、幸福感和安全感。

（二）目标任务。2025年底前，全市异地就医结算能力显著提升，经办管理服务体系更加健全，医保信息平台支撑作用持续优化，异地就医住院费用直接结算率提高到70%以上；异地联网定点医药机构数量稳步增加；按照全省统一部署动态调整扩大普通门诊费用直接结算覆盖范围；落实全省统一要求，对群众需求大的门诊慢特病相关治疗费用逐步纳入异地就医直接结算范围；异地就医转诊转院、备案等经办管理更加规范便捷，异地就医费用手工报销基本实现线上线下通办。

## 二、异地就医直接结算政策

(一) 异地就医结算支付政策。异地就医直接结算的住院、普通门诊和门诊慢特病等医疗费用，原则上执行参保人员就医地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，以下简称支付范围），执行参保地规定的基本医疗保险待遇支付政策（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，以下简称医保待遇支付政策）。

(二) 异地就医备案人员范围。异地就医实行自助备案管理，异地长期居住或者临时外出就医的参保人员办理异地就医备案后可享受异地就医直接结算服务。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统筹区以外工作、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。

### (三) 异地就医结算待遇

1. 异地长期居住人员，在备案地住院就医结算时，执行我市规定的医保待遇支付政策。异地长期居住人员在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，原则上执行参保地规定的本地就医医保待遇支付政策。异地长期居住人员符合转外就医规定的，执行参保地异地转诊转院医保待遇支付政策。

2. 临时外出就医人员，应按照分级诊疗的相关规定就医。对于确因病情需要异地就医的，通过规范转诊或备案后，在异地联网定点医疗机构就医的，医疗费用按就医地的支付范围和参保地规定的

本地住院就医支付比例结算。对于异地急诊抢救人员就医未办理异地就医备案的，参保地应视同已备案，按参保地异地急诊抢救相关待遇标准直接结算。对于非急诊且未转诊、未办理异地就医备案手续或未在异地联网定点医疗机构就医的，降低报销待遇，医疗费用在我市同级别医疗机构支付比例基础上降低二十个百分点予以支付。

3.将符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用按规定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列入核查范围。

4.开通居民和职工门诊统筹异地就医直接结算，参保人员在异地联网定点医药机构就医购药时执行参保地待遇支付标准。

### **三、优化异地就医直接结算经办服务**

(一)统一异地就医备案有效期限。根据异地就医备案申请信息，落实国家统一设定的备案有效期限。

1.异地长期居住人员，实行“一次备案、长期有效”，即参保人员未申请备案信息变更或个人在本统筹区内参保状态未发生变更时，备案信息长期有效。参保地可设置变更或取消备案时限，原则上不超过6个月。

2.临时外出就医人员，实行“一次备案、半年有效”。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，有效期满后按本规程重新申请自助备案。备案有效期内已办理入院手续、在有效期满后出院的，超期时间视为备案有效期内。

(二)规范异地就医备案地域。参保人员申请异地就医备案时，

直接备案到就医地市或直辖市。参保人员到海南、西藏和新疆生产建设兵团就医的，可备案到省和新疆生产建设兵团。参保人员在备案地开通的所有异地就医联网结算定点医疗机构享受医疗费用直接结算服务。

（三）优化异地就医备案补办机制。支持符合条件的参保人员补办异地就医备案手续。参保人员出院结算前补办异地就医备案的，应为参保人员在就医地联网定点医疗机构办理医疗费用异地直接结算。参保人员出院自费结算后按规定补办异地就医备案手续的，可按参保地医保规定申请手工报销。

（四）拓宽异地就医备案渠道。按照统一、高效、便民的原则，为参保人员提供线上与线下为一体的异地就医备案渠道。做好自助备案服务，即时办理、即时生效。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、陕西医保服务平台 APP 等，实现“网上办”、“掌上办”。线下备案渠道包括参保地的医保经办机构窗口以及政务服务大厅的医保服务窗口。取消省内住院和门诊异地就医备案申请。参保人员省内异地住院和门诊就医时均执行参保地待遇政策及标准。取消职工医保个人账户基金跨省异地就医使用备案。参加职工医保人员，在跨省异地联网定点医药机构就医购药时，无需办理异地就医备案，即可使用个人账户基金直接结算。优化门诊慢特病跨省备案。已办理跨省异地就医备案或首次办理跨省异地就医备案人员，无需再办理门诊慢特病跨省备案。

（五）方便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，参保地医保经办机构应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。不得以保证本地医院就诊率为由限制跨省异地就医转诊备案；不得以医保基金紧张为由限制跨省异地就医转诊备案；不得以医共体总额预算为由限制跨省异地就医转诊备案。

（六）规范异地就医结算流程。依托国家、省医保信息平台，严格遵守国家统一的异地就医结算技术规范和数据格式，按规定及时上传异地就医结算数据信息。参保人员因故无法直接结算的，异地联网定点医疗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和省医保信息平台，用于支持异地就医手工报销线上办理、医保监管等工作。

#### **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。按照国家、省级医保经办机构核准校定的异地就医预付金额度，上解跨省和省内预付金。市医保经办机构根据清算资金收付按月及时足额拨付至本地联网定点医药机构。

（二）规范异地就医资金管理事项。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。异地就医医疗费用结算和清算过程中形成的预付款项按相关会计制度规定进

行核算。

## 五、强化异地医保信息化标准化支撑

（一）严格落实信息平台异地业务全流程应用。严格执行国家和全省统一的医保信息平台建设要求及技术规范，统一使用国家、省医保信息平台及其相关的经办结算、异地就医、公共服务等应用子系统，统一使用国家和省级规范的 APP、小程序等“掌上办”渠道，按规定推动异地就医业务数据共享，深化医保电子凭证、移动支付等异地就医结算领域的推广应用，实现更多的异地就医结算服务线上线下和省内省外通办。

（二）做好医保业务编码动态维护应用。贯彻落实国家统一的医保业务编码在异地就医经办管理中应用，按规定做好医保业务编码动态维护工作。统一使用异地就医业务异常交易报错数据信息的质控标准，按技术规范做好数据上传、异常处置等工作，并全量完成异地医保数据迁移，不断提升异地医保数据治理水平，为异地就医直接结算提供强有力的系统支撑。

（三）优化完善异地就医信息系统。及时优化、完善异地就医管理信息系统，确保政策落地落实。持续推进异地联网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。

（四）建立健全系统运维安全保障机制。加强异地就医业务数据安全，强化信息系统边界防护，压实异地联网定点医药机构的数据安全责任、接口规范改造责任、参保人员身份校验责任，按



规定做好异地联网定点医药机构端网络、设备及操作的安全管理工作，严禁异地联网定点医药机构连接医保系统的信息系统接入互联网，确保医保信息系统安全平稳运行。

## 六、规范异地就医业务监管和协同管理

（一）落实就医地统一管理机制。对外来参保人员在本地的异地就医行为纳入本地统一管理，在医疗信息记录、医疗行为监控、费用审核等方面提供与本地参保人员相同的服务和管理。

（二）落实就医地和参保地监管责任。将异地就医结算作为日常监管重点内容，结合本地实际和异地就医直接结算工作特点，严厉打击异地就医领域各类欺诈骗保行为。参保地医保部门可按规定提请疑似违约行为协查或按程序向就医地医保部门移交问题线索，并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至参保地账户，行政处罚、协议违约金等由就医地医保部门按规定处理。

（三）加强异地就医业务协同管理。完善全省统一的异地就医工作机制，形成分工明确、职责清晰、流程规范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医保经办机构业务协同管理能力。按照国家和省级要求做好异地就医直接结算管理服务工作。

## 七、工作要求

（一）提高思想认识。各级医保、财政部门要提高站位、深化认识、凝聚共识，切实把思想统一到中央、省市的决策部署上来，

形成工作合力，协同推动异地就医直接结算工作迈出新步伐、跑出加速度。

（二）压实工作责任。医保部门加强组织领导、统筹谋划、协调推进，确保政策按时落地见效。财政部门要按规定及时划拨异地就医资金，加强与医保经办机构对账管理，确保账账相符，账款相符。各级医保经办机构要加强对异地就医费用合理性稽核检查，进一步提高异地就医基金使用效率，确保异地就医基金运行安全。

（三）完善信息系统。优化完善异地就医结算系统，持续推进异地联网定点医药机构接口改造适配工作，提高工作效率，减少响应时间，提升服务质量，改善参保人员异地就医直接结算体验。

（四）积极宣传引导。医保部门要加强异地就医政策宣传，创新宣传方式和手段，拓展线上和线下宣传渠道，全面精准做好宣传解读工作，提高群众知晓度。市医保经办机构要及时公布异地就医联网定点医药机构信息，方便参保人选择。要加强异地就医领域舆情监测分析，及时回应群众来电来访及日常关切，主动帮助群众解决在异地就医结算中遇到的困难和问题，引导群众形成合理预期。

附件：《西安市基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》

## 附件

# 西安市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** 为加强全市基本医保异地就医直接结算经办管理，统一和规范经办业务流程及服务标准，推动我市基本医保异地就医结算业务协同联动，提升异地就医直接结算服务水平，根据《陕西省医疗保障局陕西省财政厅关于印发〈陕西省基本医疗保险异地就医直接结算制度改革实施方案〉的通知》（陕医保发〔2022〕36号）要求，结合我市实际，制定本规程。

**第二条** 本规程适用于我市基本医疗保险参保人员（以下简称参保人员）跨省和省内异地就医直接结算经办管理服务。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（以下简称居民医保）。

**第三条** 本规程所称参保地，指参保人员参保关系所在地区；就医地，指参保人员发生就医购药行为的定点医药机构所在地区。

**第四条** 本规程所称异地就医包含下列两种情况：

（一）跨省异地就医，指参保人员在省外的定点医药机构发生的就医、购药行为。

（二）省内异地就医，指参保人员在参保地以外的省内定点医药机构发生的就医、购药行为。

**第五条** 本规程所称的异地联网定点医药机构是指与医保经

办机构签订异地就医直接结算服务协议，并可通过医保信息平台联网结算的定点医药机构。

**第六条** 本规程所称基本医疗保险异地就医直接结算（以下简称异地就医直接结算）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医保服务协议约定审核后支付。基本医疗保险异地就医手工（零星）报销（以下简称异地就医手工报销）是指参保人员在异地定点医药机构完成就医购药行为并由个人全额垫付医疗费用后，按参保地规定向参保地医保经办机构提交申请医保待遇报销结算的行为。

**第七条** 异地就医直接结算工作实行统一管理、分级负责、协同经办的原则。各级医保经办机构按照国家和省级异地就医直接结算政策规定，做好异地就医备案管理、问题协同处理、资金结算清算和系统运维等工作。

**第八条** 市财政部门配合市医保经办机构按规定及时划拨异地就医预付金和清算资金，做好对账管理，确保账账相符、账款相符。

**第九条** 分类执行异地就医结算政策。跨省和省内异地就医直接结算执行“就医地目录、参保地政策、就医地管理”规定；跨省和省内异地就医手工报销执行“参保地目录、参保地政策、就医地管理”规定。

就医地目录指就医地规定的支付范围及有关规定（基本医保药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围）；参保地目录指参保地规

定的支付范围及有关规定（基本医保药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围）；参保地政策指参保地规定的基本医疗保险待遇支付政策（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）。

**第十条** 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，异地联网定点医疗机构及接诊医师应遵循相关病种诊疗规范及用药规定，做到合理诊疗、专病专治。同时发生的与门诊慢特病治疗无关的其他医疗费用应按普通门诊费用分开结算。

## 第二章 范围对象

**第十一条** 参加基本医保的下列人员，可以申请办理异地就医直接结算。

（一）异地长期居住人员，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统筹区以外工作、居住、生活的人员。

（二）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。

## 第三章 备案管理

**第十二条** 根据异地就医备案申请信息，落实国家统一设定的备案有效期限。

1.异地长期居住人员，实行“一次备案、长期有效”，即参保人

员未申请备案信息变更或个人在本统筹区内参保状态未发生变更时，备案信息长期有效。参保地可设置变更或取消备案时限，原则上不超过6个月。

2.临时外出就医人员，实行“一次备案、6个月有效”。有效期满后按本规程重新申请备案。

3.备案有效期内已办理入院手续，且在有效期结束后出院的，视为备案有效期内异地就医费用，可直接结算。

**第十三条** 参保人员可通过线上、线下多种渠道自助备案。

1.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、陕西医保服务平台APP等多种官方渠道申请线上办理，即时办理、即时生效。备案结果可在备案小程序进行查询。

2.取消省内异地就医备案申请。

3.取消职工医保个人账户基金跨省异地就医使用备案。参加职工医保人员，在跨省异地联网定点医药机构普通门诊就医，或者在药店购药，无需办理异地就医备案，即可使用个人账户基金进行直接结算。

**第十四条** 参保人员办理备案时直接备案到就医地市或直辖市。参保人员到海南、西藏和新疆生产建设兵团就医的，可备案到省和新疆生产建设兵团。

**第十五条** 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异地就医直接结算服务。

**第十六条** 参保地医保经办机构要及时将异地就医备案、门诊

慢特病认定资格等信息实时上传至国家和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药机构查询。

#### 第四章 就医管理

**第十七条** 依据属地管理、协议共享原则，各级医保经办机构要将符合条件的异地联网定点医药机构纳入异地就医联网结算范围，及时将异地联网定点医药机构基础信息、医保服务协议状态、服务范围等信息全面精准维护至国家和省医保信息平台。

**第十八条** 异地联网定点医药机构应对异地就医患者进行身份识别，验证医保信息，实时上传就医和结算信息，为符合就医地规定的异地就医人员提供与本地参保人员相同的医疗医保服务。严禁为提高现金流、假借平台无法结算等理由让参保患者全额垫资结算医疗费用。

**第十九条** 异地联网定点医疗机构要根据参保人员实际情况，指引未办理跨省异地就医备案人员及时补办备案手续，出院结算前完成备案的，应按规定提供线上直接结算服务。

**第二十条** 符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用按规定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列入核查范围。

**第二十一条** 参保人员因急诊抢救就医未办理异地就医备案的，参保地应视同已备案，允许参保人员按参保地异地急诊抢救相关待遇标准直接结算相关医疗费用。

**第二十二条** 参保人员异地就医时，应在就医地异地联网定点

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，其中居民身份证可作为省内异地就医结算的有效凭证，并遵守就医地就医购药有关流程和规范。

**第二十三条** 参保人员在就医地异地联网定点医药机构就医购药，并享受相应的医保异地就医直接结算服务。

## 第五章 预付金管理

**第二十四条** 预付金是指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，分为跨省预付金和省内预付金。预付金原则上来源于我市的基本医保基金。

**第二十五条** 初始预付金。异地就医费用医保基金支付部分实行先预付后清算，预付金采用门诊和住院费用统一测算与管理。初始预付金额度，原则上根据我市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，按月清分、按年清算。预付金初始额度由国家和省级医保经办机构审核校定后，我市医保经办机构按规定时限足额上解。

**第二十六条** 年度预付金调整。每年1月底前，国家级医保经办机构根据上一年度各省跨省异地就医直接结算资金支出情况，核定省级医保经办机构本年度应付、应收预付金。我市医保经办机构通过省异地就医管理子系统下载打印《跨省异地就医预付金额度调整付款通知书》（见附件1）、《省内异地就医预付金额度调整付款通知书》（见附件2）。



**第二十七条** 市医保经办机构下载《跨省异地就医预付金额度调整付款通知书》、《省内异地就医预付金额度调整付款通知书》后，应于5个工作日内提交市财政部门。每年2月底前市财政部门配合市医保经办机构，根据省医保信息平台核定的跨省和省内异地就医预付金（初始、年度调整）额度，将预付金划转至省级医保经办机构指定账户。

**第二十八条** 预付金预警和调增。我市医保经办机构在省异地就医管理子系统下载《省内异地就医预付金额紧急调增付款通知书》（见附件3）、《跨省异地就医预付金额紧急调增付款通知书》（见附件4）等相关表格后，5个工作日内提交市财政部门。市财政部门配合市医保经办机构向省级医保经办机构指定账户上解资金。

**第二十九条** 市医保经办机构银行账户信息发生变更时，应及时在省异地就医管理子系统中变更相关信息。

**第三十条** 市医保经办机构完成付款确认时，应在国家和省异地就医管理子系统内输入付款银行名称、交易流水号和交易日期等信息，并确保信息完整、真实、准确。

**第三十一条** 市医保经办机构负责本地区异地预付金按时上解和异地资金月度清算。

## **第六章 医疗费用结算**

**第三十二条** 医疗费用结算是指就医地医保经办机构与本地异地联网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异地联网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异地联网定点医药机构确认门诊及住院医疗费用医保基金支付金额的行为。

**第三十三条** 参保人员跨省异地就医出院结算时，就医地医保经办机构应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，参保地医保经办机构按照当地政策规定计算出应由参保人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异地联网定点医疗机构，用于就医地异地联网定点医疗机构与参保人直接结算。

**第三十四条** 参保人员跨省异地就医门诊医疗费用结算时，就医地医保经办机构按照就医地支付范围和规定对每条医疗费用明细数据进行分割，经国家、省级医保信息平台异地就医管理子系统实时传输至参保地，参保地医保经办机构按照参保地政策规定计算出应由参保人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异地联网定点医药机构，用于就医地异地联网定点医药机构与参保人直接结算。

**第三十五条** 参保人员省内异地就医出院结算时，就医地医保经办机构应通过省异地就医管理子系统，将其住院费用明细数据实时传输至参保地。参保地医保经办机构根据参保地政策规定计算出应由参保人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异地联网定点医疗机构，用于就医地异地联网定点医疗机构与参保人直接结算。

**第三十六条** 参保人员省内异地就医门诊医疗费用结算时，按第三十四条规定执行。

**第三十七条** 参保人员因急诊抢救就医的，异地联网定点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”中的“急诊”标识。对“急诊”参保人员未办理跨省异地就医备案的，参保地应视同已备案，并按参保地异地急诊抢救相关待遇标准直接结算相关医疗费用。

**第三十八条** 异地联网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保支付范围，参保人员主诉无第三方责任的医疗费用，异地联网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》（见附件5），为参保人员办理异地就医直接结算。异地联网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信息。

**第三十九条** 异地联网定点医疗机构对于参保人员住院期间确因病情需要到其他异地联网定点医药机构检查治疗或购药的，需提供《住院期间外院检查治疗或异地联网定点药店购药单》（见附件6），加盖异地联网定点医疗机构医保办公室章，相关费用纳入本次住院费用异地直接结算。

**第四十条** 参保人员在异地联网定点医疗机构凭医保电子凭证或者社会保障卡等有效凭证就医购药，根据《基本医疗保险异地就医住院费用结算单》（见附件7）、医疗收费票据等，结清应由个人负担的费用，医保基金支付的费用由就医地经办机构与异地联网

定点医疗机构按医保服务协议等规定进行结算。

**第四十一条** 国家和省异地就医管理子系统每日自动生成前一日对账信息，实现参保地、就医地医保业务管理子系统、省异地就医管理子系统、国家异地就医管理子系统等多方对账。其中：参保地医保经办机构原则上对每日生成的对账信息应完成审校工作；每月3日前完成上月所有结算费用的对账；如出现对账信息不符的情况，参保地医保经办机构应及时查明原因，必要时提请上级医保经办机构协调处理。

**第四十二条** 跨省直接结算的医疗费用，应在结算后3日内将医疗费用明细全量上传至省异地就医管理子系统，并上传至国家异地就医管理子系统。参保地医保经办机构可查询或下载异地就医结算明细数据。

**第四十三条** 就医地医保经办机构在次月20日前完成与本地异地联网定点医药机构异地就医直接结算费用的对账确认工作。并按医保服务协议约定，按时足额将确认的费用拨付至异地联网定点医药机构。

**第四十四条** 参保地、就医地医保经办机构和异地联网定点医药机构要严格按照规定的时间截点完成月度异地费用审核、确认、复审、拨付审查等工作（见附件8、附件9），确保异地就医月度结算高效、及时、顺畅。

**第四十五条** 参保人员在就医地住院治疗期间跨自然年度的，应以出院结算日期为结算时点，按一笔费用整体结算，并将医疗费用信息回传至参保地。我市作为参保地时，市医保经办机构按一笔

费用整体结算。我市作为就医地时，按外省参保地规定执行。

**第四十六条** 应支持参保人员普通门诊费用异地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。

**第四十七条** 异地就医发生的医疗费用由就医地医保经办机构按照就医地的基本医保药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围进行费用审核；对不符合规定的医疗费用，按就医地医保服务协议约定予以扣除。

**第四十八条** 参保人员异地就医，因医保信息平台、异地联网定点医药机构 HIS 系统、网络故障等导致无法直接结算的，可回参保地申请手工报销。

## 第七章 异地费用清算

**第四十九条** 异地费用清算是指省际医保经办机构之间、省级医保经办机构与各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或应付金额，据实划拨医保基金的过程。

**第五十条** 月度结算费用确认。每月 7 日前，异地联网定点医药机构应完成月度结算数据确认及费用申报。

**第五十一条** 跨省费用审核。每月 7 日—20 日前异地联网定点医药机构提出清算费用申报，就医地医保经办机构对本地异地联网定点医药机构提出的异地就医费用，按就医地有关规定进行审核确认；对不符合医保支付规定的费用予以扣除，经审核并应扣款的费用纳入当期费用清算。

**第五十二条** 跨省费用清算。省级医保经办机构负责跨省异地

就医资金统一清算。就医地医保经办机构负责医疗费用具体审核和结算,在次月 20 日前完成与跨省异地联网定点医药机构清算对帐确认工作,同时上传月度清算数据至国家医疗保障信息平台。省级医保经办机构通过国家跨省异地就医管理子系统下载《省(区、市)跨省异地就医费用收款通知书》(见附件 10)、《省(区市)跨省异地就医费用付款通知书》(见附件 11)后,于 5 个工作日内提交省级财政部门。省级财政部门确认跨省异地就医资金全部缴入省级财政专户;对省级医保经办机构提交的清算单和用款申请计划审核无误后,10 个工作日内向就医地省级财政部门划拨资金。省级财政部门完成清算资金拨付、收款后,在 5 个工作日内将划拨及收款信息反馈到省级医保经办机构,后向国家级医保经办机构反馈到账信息。原则上,当期清算资金应于下期清算前完成拨付。

**第五十三条** 市医保经办机构于每月 27 日通过省医保信息平台下载打印《陕西省跨省异地就医费用付款通知书》。于 5 个工作日内提交市财政部门。市财政部门对市医保经办机构提交的清算单和用款计划审核无误后 10 个工作日内完成资金拨付,清算资金统一划拨至陕西省医疗保障经办服务中心异地就医清算账户。省级医保经办机构 10 个工作日内向省级财政部门申请资金,并按照《陕西省跨省异地就医费用收款通知书》,向市医保经办机构划拨清算资金。市医保经办机构收到资金后于 10 个工作日内划拨至异地联网定点医药机构。

**第五十四条** 省内费用审核。省内异地就医人员在就医地异地联网定点医药机构产生的费用明细,次月 6 日前就医地经医保办机

构完成初审，次月 20 日前参保地医保经办机构完成复审。参保地对初审结果有异议时，可进行修改和调整，费用结算以参保地复审结果为准。就医地医保经办机构于次月 27 日前完成上月费用的月度结算及数据确认，省医保信息平台生成统一的收付款通知书（见附件 13、附件 14）

**第五十五条** 省内费用清算。省级医保经办机构负责全省清算费用归集与划拨。就医地与参保地医保经办机构实行月度清算，每月 27 日异地联网定点医药机构通过两定机构医疗保障信息平台异地就医模块打印月度结算表，医保经办机构通过省异地就医管理子系统打印月度收付款通知书。参保地医保经办机构下载付款通知书后，于 5 个工作日内向市财政部门申请拨付资金，市财政部门对医保经办机构提交的清算单和用款计划审核无误后 10 个工作日内完成资金拨付，清算资金统一划拨至陕西省医疗保障经办服务中心省级异地就医结算专户。省级医保经办机构从省内预付金中向就医地医保经办机构拨付资金，就医地医保经办机构在收到资金后，于 10 个工作日内将资金划拨至异地联网定点医药机构。年终由省级医保经办机构与市医保经办机构清算，清算范围是全市全年参保人员通过省级异地就医管理子系统结算的医疗费用。

**第五十六条** 就医地(省级)需返还参保地(省级)资金列入当期就医地(省级)跨省异地就医费用付款通知书中，并在对应参保地(省级)名称旁加注“\*”。参保地(省级)应收就医地(省级)返还资金列入当期参保地(省级)跨省异地就医费用收款通知书中，并在对应就医地(省级)名称旁加注“\*”。

## 第八章 稽核监管

**第五十七条** 异地就医医疗服务监管实行就医地管理、参保地协同。就医地医保经办机构应将异地就医直接结算工作纳入本地监管及异地联网定点医药机构协议管理范围，参保地可通过省级异地就医结算系统对异地就医医药服务实施协同监管。

**第五十八条** 就医地医保经办机构发现异地就医人员有违规行为的，应暂停其直接结算服务，同时上报省级经办机构，并协同参保地医保经办机构按照参保地相关政策规定处理。参保人员在异地就医备案、结算等业务办理中发生失信或违法违规行为的，应依法依规予以处罚。

**第五十九条** 市医保经办机构应加强异地就医费用审核，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。省级医保经办机构负责协调处理因费用审核、资金拨付发生的争议及纠纷。

**第六十条** 异地就医监管追回的医保基金、扣款等按原渠道返回至参保地账户。行政处罚、协议违约金等由就医地医保部门按规定处理。

## 第九章 业务协同

**第六十一条** 异地就医业务协同是指参保人员在异地就医结算全过程中，涉及参保地、就医地医保经办机构及异地联网定点医药机构双方或多方之间的业务协同联动工作，主要包括：日常工作



协同、疑似违规费用协查、平台故障类问题协助等。

**第六十二条** 异地就医业务协同工作实行统一管理、分级负责。市医保经办机构可依托国家和省异地就医管理子系统业务协同管理模块等渠道做好异地就医协同业务需求发起、响应、处置等工作，按国家和省级要求，负责落实异地就医业务协同管理工作。

**第六十三条** 日常工作协同主要包括跨省异地就医备案审核、跨省补办备案、政策咨询等日常工作，急需对方给予帮助的协同事项。协同一方可通过电话、工作群或文书函件等方式提出，协同相对方应积极协同处理并予以回复。其中：备案类协同需求，需在 2 个工作日内回复；其他类日常协同需求，回复时间最长不超过 10 个工作日。

**第六十四条** 疑似违规费用协查是指参保地医保经办机构在日常管理过程中，发现本地参保人员及就医地异地联网定点医疗机构的异地就医住院医疗费用达到一定额度且疑似违规的情况，依托国家和省异地就医管理子系统，按规定提请就医地医保经办机构协查的行为。其中：提请跨省协查的，原则上一次性跨省住院医疗总费用至少应达到 3 万元额度；提请省内协查的，原则上一次性省内异地住院医疗总费用至少应达到 2 万元额度。

（一）参保地医保经办机构申请疑似违规费用协查时，需精确完整提交待协查参保人员的身份证号码、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。

（二）国家和省异地就医管理子系统于每月 26 日零时生成并发

布上月 26 日至本月 25 日异地就医协查申请汇总表，已生成的协查申请汇总表原则上不予修改或删除。

(三)就医地医保经办机构应在次月 26 日前完成协查工作，并将协查结果上传至国家和省异地就医管理子系统。协查结果分为“核查无误”和“核查有误”。如属于“核查有误”的，需按规定填写具体原因；未填写原因的，不得上传“核查有误”。

1.就医地医保经办机构遇特殊情况确需延期办理的，自动记录至下一期协查结果反馈，并计入本期协查完成情况统计监测。其中对省内异地就医协查办理无故逾期的，作“核查无误”结果处理，由此应承担的医保资金由就医地根据责任确定由本地医保资金或异地联网定点医药机构承担。

2.因参保经办机构协查申请信息不全、不精准的，就医地医保经办机构应及时告知参保地申请人，在 5 日内且在协查完成时限日 止尚未全面精准补充协查信息的，就医地医保经办机构按“核查有误”上传，如遇特殊原因可在下一期再次提出协查申请。

3.参保地医保经办机构收到就医地返回的协查结果后，5 个工作日内在国家和省异地就医管理子系统上进行确认。对返回协查结果存在异议的，应及时与就医地医保经办机构进行沟通处理。

**第六十五条** 平台故障类问题协助是指参保人员在异地联网定点医药机构就医购药过程中，遇到医保信息平台、异地联网定点医药机构 HIS 系统、网络等故障导致无法线上直接结算的问题，提请有关方面协助进行处理的过程。

1.平台故障类问题协助，一般由就医地经办机构或异地联网定

点医药机构可通过国家和省异地就医管理子系统、电话、工作群等高效协同渠道提出协助申请。相关方收到协助需求后应在1个工作日内回复，并根据问题轻重缓急积极协助处理。

2.国家和省异地就医管理子系统提出的协助申请，协助相关方应从系统中按时进行回复，且各方应在系统中按时进行协助结果确认。

**第六十六条** 异地就医业务协同遵循第一响应人责任制。医保经办机构接收业务协同申请后即为首响应人，收到的工作人员应落实首问负责制。属于自身权责范围内的事项，由首问工作人员按规定进行处理；不属于自身权责范围的事项，应按所在医保经办机构有关规定提交相关人员按时处理。

**第六十七条** 市医保部门可通过国家和省异地就医管理子系统发布停机公告、医保政策等重要信息。

**第六十八条** 积极探索异地就医手工报销线上办理，参保人员因故无法直接结算需回参保地手工报销的，参保地经办机构可依托异地联网定点医疗机构上传至国家和省医保信息平台的医疗费用明细、诊断等就诊信息实现线上报销。

## 第十章 附则

**第六十九条** 市医保经办机构对异地就医医疗费用结算和清算过程中形成的预付款项按相关会计制度规定进行核算。

**第七十条** 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，其保管年限按照有关规

定执行。

**第七十一条** 本规程由市医疗保障局会同市财政局等部门负责解释。

**第七十二条** 本规程自 2023 年 1 月 1 日起实施。

附件1

\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金付款  
通知书

（经办机构全称）：

请你单位将XXXX年跨省异地就医预付金于签章之日起15个工作日内拨付给就医地。付款明细清单如下

**跨省异地就医预付金付款汇总表**

预付金年度：XXXX年

付款方 XX省

单位：万元

地 区	金 额
北 京	
天 津	
河 北	
山 西	
内 蒙 古	
辽 宁	
吉 林	
黑 龙 江	
.....	
合 计	

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期 XXXX年XX月XX日

附件2

      省（区、市）跨省异地就医预付金  
收款通知书

（经办机构全称）：

你单位XXXX年跨省异地就医预付金收款明细清单如下

**跨省异地就医预付金收款汇总表**

预付金年度：XXXX年

收款方 XX省

单位：万元

地 区	金 额
北 京	
天 津	
河 北	
山 西	
内 蒙 古	
辽 宁	
吉 林	
黑 龙 江	
.....	
合 计	

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期 XXXX年XX月XX日

附件3

\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金额度  
调整付款通知书

（经办机构全称）：

请你单位将XXXX年跨省异地就医预付金于XXXX年2月底前  
拨付。付款明细清单如下：

跨省异地就医预付金付款汇总表

预付金年度：XXXX年

付款方 XX省

单位：万元

地 区	金 额
北 京	
天 津	
河 北	
山 西	
内 蒙 古	
辽 宁	
吉 林	
黑 龙 江	
.....	
合 计	

注：上年额度指国家医保局核定的上年度预付金额（含紧急调整额度）

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件4

\_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金额度  
调整收款通知书

（经办机构全称）：

你单位XXXX年跨省异地就医预付金收款明细清单如下

**跨省异地就医预付金收款汇总表**

预付金年度：XXXX年

收款方 XX省

单位：万元

地 区	金 额
北 京	
天 津	
河 北	
山 西	
内 蒙 古	
辽 宁	
吉 林	
黑 龙 江	
.....	
合 计	

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日



附件5

### 省内异地就医预付金额度调整付款通知

付款方	收款方	预付金业务类型	上缴年度	预付金上年额度（万元）	测算本年额度（万元）	实际划拨额度（万元）	差额（万元）
XXX市（区） XXX中心 /XXX市XXX处	陕西省医疗保障经办机构	职工预付金	XX XX	XXXX	XXXX	X X X	XXX
XXX市（区） XXX中心 /XXX市XXX处	陕西省医疗保障经办机构	居民预付金	XX XX	XXXX	XXXX	X X X	XXX
合 计				XXXX	XXXX	X X X	XXX

审核人：

复核人：

负责人：

附件6

跨省异地就医预付金额度调整付款通知

付款方	收款方	预付金业务类型	上缴年度	预付金上年额度（万元）	测算本年额度（万元）	实际划拨额度（万元）	差额（万元）
XXX市（区） XXX中心 /XXX市XXX处	陕西省医疗保障经办机构	职工预付金	XX XX	XXXX	XXXX	X X X	XXX
XXX市（区） XXX中心 /XXX市XXX处	陕西省医疗保障经办机构	居民预付金	XX XX	XXXX	XXXX	X X X	XXX
合 计				XXXX	XXXX	X X X	XXX

审核人：

复核人：

负责人：

附件7

### 省内异地就医预付金额度紧急调增付款通知书

付款方	收款方	预付金业务类型	申请年度	累计预付金额度(万元)	当期清算资金(万元)	预付金申请额度(万元)	本期紧急调增额度上限(万元)	申请人	申请日期
XXX市(区)XXX中心/XXX市XXX处	陕西省医疗保障经办服务中心	职工预付金	X X X X	XXXX	XX XX	XXX X	XX XX	XXX	XXXX-XX-XX
XXX市(区)XXX中心/XXX市XXX处	陕西省医疗保障经办服务中心	居民预付金	X X X X	XXXX	XX XX	XXX X	XX XX	XXX	XXXX-XX-XX
合 计				XXXX	XX XX	XXX X	XX XX		

审核人：

复核人：

负责人：

附件8

### 跨省异地就医预付金额度紧急调增付款通知书

付款方	收款方	预付金业务类型	申请年度	累计预付金额度(万元)	当期清算资金(万元)	预付金申请额度(万元)	本期紧急调增额度上限(万元)	申请人	申请日期
XXX市(区)XXX中心/XXX市XXX处	陕西省医疗保障经办服务中心	职工预付金	XX XX	XXXX	XX XX	XX XX	XX XX	XXX	XXXX-XX-XX
XXX市(区)XXX中心/XXX市XXX处	陕西省医疗保障经办服务中心	居民预付金	XX XX	XXXX	XX XX	XX XX	XX XX	XXX	XXXX-XX-XX
合 计				XXXX	XX XX	XX XX	XX XX		

审核人：

复核人：

负责人：

附件9

## \_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金额度紧急调增付款通知书

（经办机构全称）：

根据XX省的紧急调增申请，按照《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）文件规定，请你单位于XXXX年XX月XX日前，补充拨付预付金XXXX万元。

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期 XXXX年XX月XX日

附件10

## \_\_\_\_\_省（区、市）跨省异地就医预付金额度紧急调增收款通知书

（经办机构全称）：

根据你单位紧急调增申请，按照《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）文件规定，请你单位对XX省补充拨付预付金XXXX万元查收确认。

（落款：由出具单据的部门落款并加盖公章）

签章日期：XXXX年XX月XX日

附件11

### 外伤无第三方责任承诺书

承诺人		联系电话	
证件类型		证件号码	
承诺事项	外伤无第三方责任		
承诺内容： 本人同意授权医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均为真实合法，符合办理业务条件，如伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的，本人愿意承担一切后果；同意医保经办机构将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系，并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下： 本人于年月日时在_____（地点）发生_____（外伤经过）。现承诺本次意外受伤与第三方责任或工伤责任无关，如与第三方责任或工伤责任有关，则将已享受的医保待遇全额退回医保，并承担相应的法律责任。温馨提示： 1. 反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医保待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。 2. 此表可现场填写，由承诺人本人手写签名，患者本人无法签字的由其近亲属代签，并填写身份证号码和联系方式。 承诺人（签名）：  日期： 年 月 日			

附件12

**住院期间外院检查治疗或异地联网定点药店购药单**

姓名 \_\_\_\_\_ 性别 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 科别 \_\_\_\_\_

证件类型 \_\_\_\_\_ 证件号码 \_\_\_\_\_

诊断 \_\_\_\_\_

外检异地联网定点医院或外购异地联网定点药店名称

\_\_\_\_\_

外检项目或外购药品

\_\_\_\_\_

外检或外购药原因

\_\_\_\_\_

医师签字:

异地联网定点医疗机构医保办公室盖章

日期: XXXX年XX月XX日



附件13

## 基本医疗保险异地就医住院费用结算单

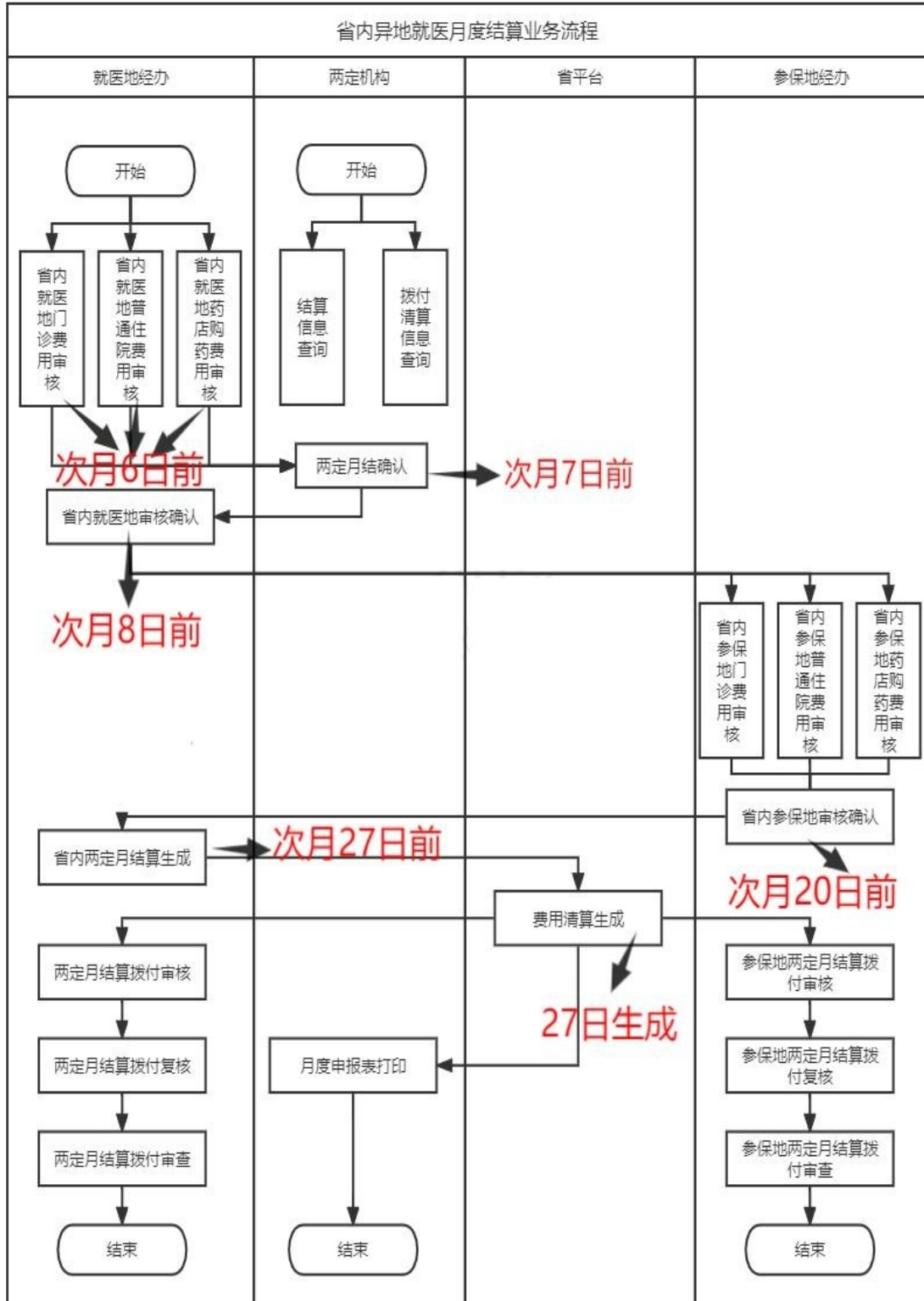
结算ID:                      结算时间:                      结算类别:                      打印时间:

姓名		个人编号		医疗类别	
医疗救助人员类别		证件类型		证件号码	
人员类别		出院主诊断			
结算病种				报销原因	
参保地医保区划				就医地医保区划	
定点医药机构名称					
入院日期		出院日期		住院天数	
报销信息					
医疗费总额		实际支付起付线		报销比例	
符合范围金额		先行自付金额		超限价自费费用金额	
全自费金额		大额医疗补助基金支出金额		公务员医疗补助资金支出金额	
补充医疗保险基金支出金额		大病补充医疗保险基金支出金额		医疗救助基金支出金额	
统筹基金支出金额		个人账户支出金额		个人支付金额	
其它基金支付金额					
基金支付总额			大写		
个人现金支付金额			大写		

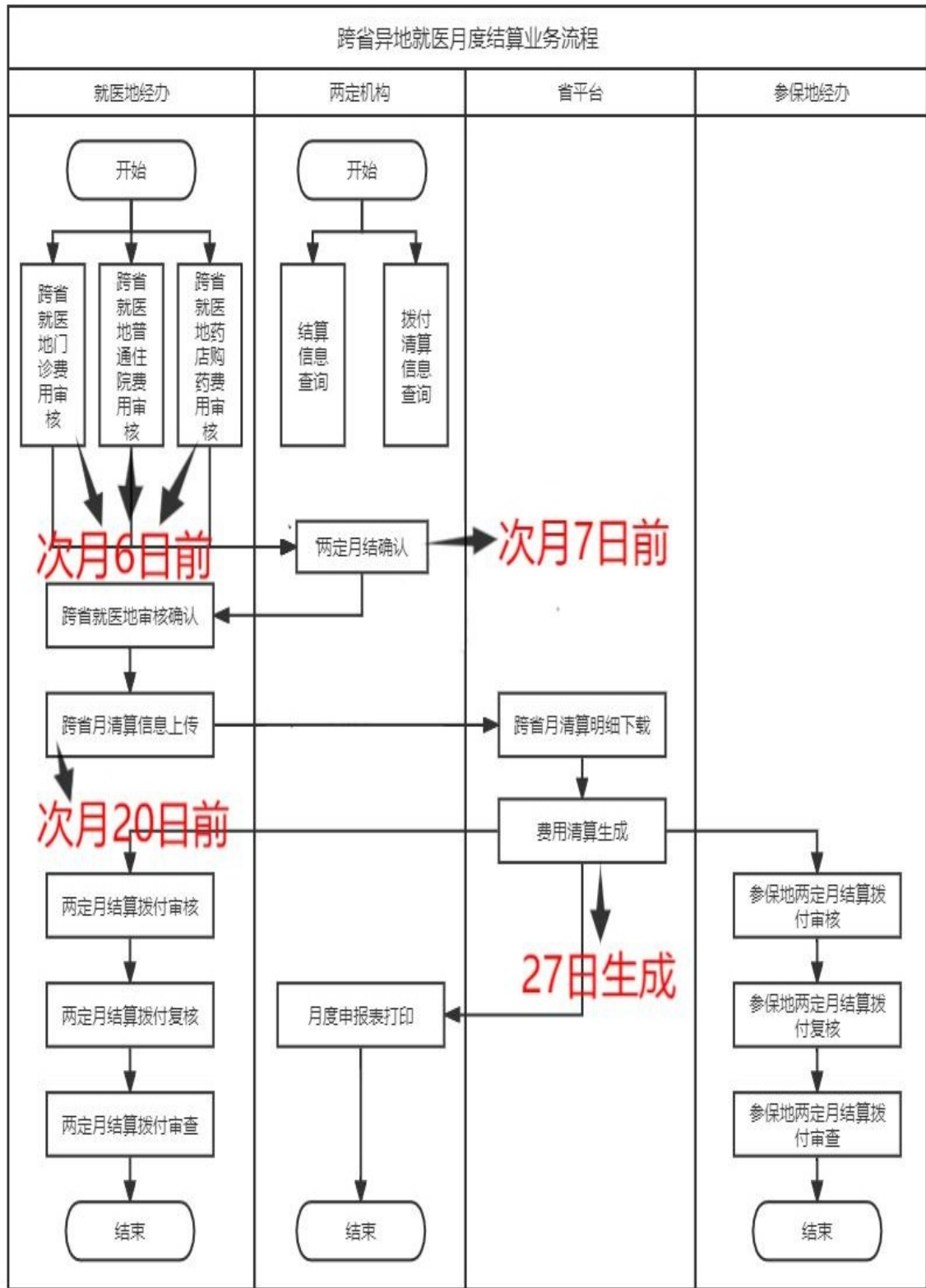
参保人签字

审批人                      财务负责人                      复核人                      审核人                      结算人

## 省内异地就医月度结算业务流程图



## 跨省异地就医月度结算业务流程图



附件16

## 省内异地就医费用收款通知书（就医地）

数据期别：

打印时间：

就医地（市/区）	人次	医保基金支付金额	扣减金额	实际支付金额
西安市医疗保障经办服务中心				
铜川市医疗保障经办服务中心				
宝鸡市医疗保障经办中心				
咸阳市医疗保障经办服务中心				
渭南市医疗保障经办服务中心				
延安市医疗保障经办服务中心				
汉中市医疗保障经办服务中心				
榆林市医疗保障经办服务中心				
安康市医疗保险经办处				
商洛市医疗保障经办服务中心				
杨凌示范区社会保障事业管理中心				
韩城市医疗保障经办服务中心				
合 计				

经办人：

主要负责人：

负责人：

附件17

省内异地就医费用付款通知书（参保地）

数据期别：

打印时间：

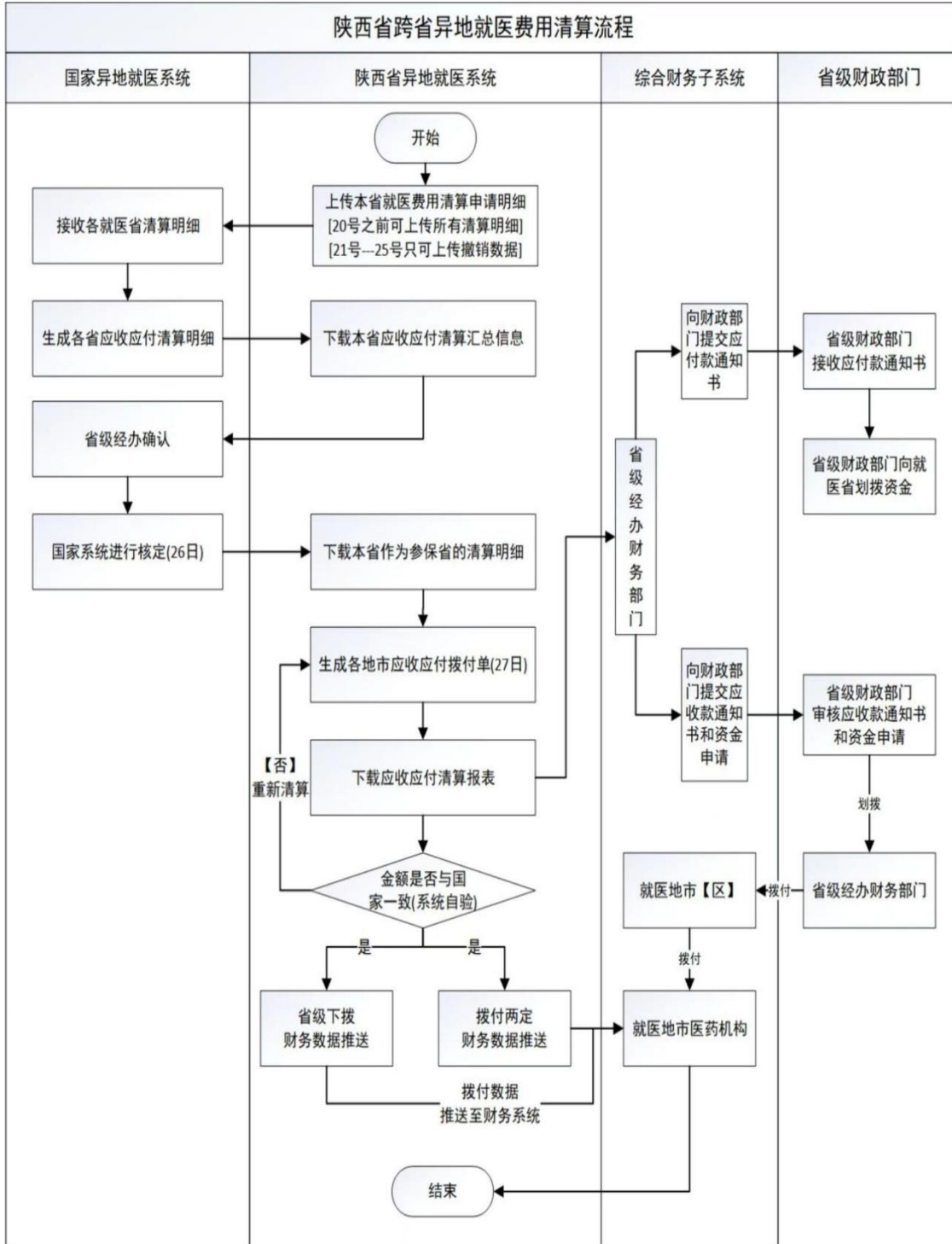
参保地（市/区）	人次	医保基金支付金额	扣减金额	实际支付金额
西安市医疗保障经办服务中心				
铜川市医疗保障经办服务中心				
宝鸡市医疗保障经办中心				
咸阳市医疗保障经办服务中心				
渭南市医疗保障经办服务中心				
延安市医疗保障经办服务中心				
汉中市医疗保障经办服务中心				
榆林市医疗保障经办服务中心				
安康市医疗保险经办处				
商洛市医疗保障经办服务中心				
杨凌示范区社会保障事业管理中心				
韩城市医疗保障经办服务中心				
合 计				

经办人：

主要负责人：

负责人：

## 跨省异地就医费用清算流程图



### 省内异地就医费用清算流程图

