

陕西省医疗保障局 陕西省财政厅文件

陕医保发〔2021〕65号

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 医疗费用结算经办规程（试行）》的通知

各市（区）医疗保障局、财政局：

为切实做好基本医疗保险异地就医医疗费用直接结算工作，更好保障参保人员权益，现将《陕西省基本医疗保险异地就医医疗费用结算经办规程（试行）》印发你们，请认真贯彻落实。



（此件公开）



陕西省基本医疗保险 异地就医医疗费用结算经办规程 (试行)

第一章 总 则

第一条 为加强异地就医结算管理，规范异地就医医疗费用直接结算流程，提高管理服务水平，化解基金结算风险，方便参保人员异地就医、保障参保人员及时享受医疗待遇，依据国家医疗保障局、财政部《关于切实做好2020年跨省异地就医医疗费用直接结算工作的通知》（医保发〔2020〕23号）等文件要求，结合我省实际，制定本规程。

第二条 本规程所称异地就医是指参加我省城镇职工、城乡居民基本医疗保险的参保人员（以下简称参保人员）在本统筹区行政区划外的定点医药机构发生的就医行为（门诊、住院），包括省内异地就医和跨省异地就医；本规程所称的定点医药机构是指与经办机构签订异地就医结算服务协议，并可通过医疗保障信息平台联网结算的医药机构。

第三条 本规程适用于基本医疗保险参保人员异地就医医疗费用直接结算经办管理服务。各统筹区纳入异地就医“一单式”直接结算的其他医疗费用结算参照本规程执行。

第四条 异地就医直接结算工作实行统一管理、分级负责。省级医疗保障经办机构（以下简称省级经办机构）统一组织协调并实施异地就医管理服务，依托国家和陕西省医疗保障信息平台，为异地就医管理服务和费用直接结算提供支撑；各统筹区经办机构负责完善本级异地就医结算管理功能，做好统筹区范围内异地就医结算管理服务工作。

第五条 异地就医结算建立预付金制度。预付金原则上来源于各统筹区基本医疗保险基金。预付金在就医地账户中产生的利息归就医地所有。异地就医结算预付金实行专户管理。

1. 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，根据上年结算资金月平均值的两倍核定。国家医疗保障局核定各省跨省异地就医预付金额度；省级经办机构分别核定各统筹区跨省和省内异地就医预付金额度。

2. 年度预付金调整。每年1月底前，根据上年第四季度结算资金月平均值的两倍与上年预付金额度差额核定本年预付金调整额度。国家医疗保障局核定各省年度预付金调整额度；省级经办机构核定各统筹区年度预付金调整额度。

3. 预付金紧急调增。每期统一清算后，当期清算资金占预付金比例超过90%时，省级经办机构启动预付金紧急调增流程，调增金额上限为当期月度清算资金两倍与年度预付金的差额。跨省预付金调增金额经国家医疗保障局审核确认；省内预付金调增金额由省级经办机构发起并审核确认。

4. 预付金划拨时间。每年2月15日前各统筹区财政部门配合医保经办机构，根据陕西省医疗保障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，将预付金划转至陕西省医疗保障经办服务中心指定账户。紧急调增预付金应于下期清算前划转至指定账户。

5. 账户管理。省际之间预付金由省级财政专户划拨。跨省异地就医，各统筹区预付金通过陕西省医疗保障经办服务中心异地就医清算账户进行划转；省内异地就医，各统筹区预付金通过陕西省医疗保障经办服务中心省级异地就医结算专户进行资金划转。

第六条 各统筹区要优化经办流程，实现异地就医参保人员凭医保电子凭证、居民身份证或者社会保障卡就医结算。具备条件的，可将公务员医疗补助、补充医疗保险、职工大额医疗补助、城乡居民大病保险及城乡医疗救助等纳入“一单式”结算。

第二章 范围对象

第七条 参加基本医疗保险的下列人员，可以申请办理异地就医医疗费用直接结算。

1. 异地安置退休人员：指退休后在异地定居并且户籍迁入定居地的人员。

2. 异地长期居住人员：指在异地居住生活且符合参保地有关规定的人员。

3. 常驻异地工作人员：指用人单位派驻异地工作且符合参保

地有关规定的人员。

4. 转诊转院人员：指符合参保地转诊转院规定的人员。

5. 其他人员：指符合参保地规定的异地就医购药人员。

第八条 参加基本医疗保险的以下两类人员，可以通过国家医保服务平台，自助开通跨省异地就医备案。

1. 跨省异地长期居住人员（简称长期居住人员）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、外出务工农民、外来就业创业人员等长期在参保省以外工作、居住、生活的人员。

2. 跨省临时外出就医人员（简称临时就医人员）主要是指异地转诊转院人员以及因工作、旅游等需急诊就医人员。

第三章 备案管理

第九条 参保地经办机构按规定及时为参保人员办理备案登记手续，各统筹区应依托国家异地就医备案小程序、网站、手机等多种形式开展至少一种线上备案服务。有条件的，可开展自助备案服务。

参保地经办机构收到异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员和异地转诊转院人员通过国家小程序或网络办理提交异地就医申请时，经办人员需于2个工作日内完成参保人员备案信息审核。对于符合备案条件的，确认备案成功；对于不符合备案条件的，注明不符合原因。备案审核结果可在备案小程序进行查询。

第十条 其他情形的备案按照参保地异地就医管理政策办理。

第十一条 异地就医备案人员信息变更。

1. 已完成异地就医备案的人员，若异地居住地、就医地、联系电话等信息发生变更，或在异地就医期间需再次转诊转院，可直接向参保地经办机构申请变更，并经其审核确认。

2. 异地就医人员的待遇享受状况变更，如暂停、恢复、终止等，参保地经办机构应及时办理。

第十二条 参保地经办机构应将异地就医参保人员备案信息实时上传至陕西省医疗保障信息平台。

第四章 就医管理

第十三条 异地就医定点医药机构实行属地管理，各统筹区经办机构对属地定点医药机构为本地和异地参保人员提供的医药服务承担管理服务职责。

各统筹区经办机构应按照合理分布、逐步纳入的原则，在当地定点医药机构范围内确定异地就医定点医药机构，并上传至陕西省医疗保障信息平台。

异地定点医药机构发生中止医保服务、取消或新增定点等情形的，各统筹区经办机构应及时在本地医疗信息系统进行协议维护。

第十四条 异地就医人员应在就医地已开通异地就医直接

结算的定点医药机构凭医保电子凭证、居民身份证或者社会保障卡就医，执行就医地医药机构就医流程和服务规范。

第十五条 就医地经办机构应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质的医疗服务。

第十六条 异地就医定点医药机构应严格执行基本医疗保险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的支付范围），不得将超范围超标准的费用纳入统筹基金支付。在诊断、治疗和购药过程中，需使用基本医疗保险支付范围以外的药品、耗材、诊疗项目等时，应征得患者同意（以患者或家属签字为准，并告知其费用由个人全部自费）后方能实施，否则，异地就医参保人员有权拒付相关费用，相关费用由异地就医定点医药机构自行承担。

第十七条 异地就医定点医药机构在诊疗过程中应严格执行首诊医师负责制和因病施治的原则，合理检查、合理治疗、合理用药、合理收费，采取有效措施，控制医疗费用的不合理增长，努力减轻异地就医参保人员个人负担，切实维护好参保人员的合法权益。

第十八条 异地就医定点医药机构应在异地就医人员就医结算时，提供相关票据及资料。

第五章 省内异地就医费用审核与结算

第十九条 省内异地就医人员直接结算的医疗费用，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的支付范围），今后逐步过渡到执行全省统一的支付范围。医保基金起付标准、支付比例、最高支付限额等执行参保地政策。

第二十条 参保人员省内异地就医直接结算时，在就医地定点医药机构产生的医疗费用明细，经陕西省医疗保障信息平台传输至参保地，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，并将结果实时回传至就医地定点医药机构。

第二十一条 省内异地就医人员在就医地定点医药机构产生的医疗费用，按照参保地政策计算。属于个人负担的部分，由参保人员直接与定点医药机构结算；属于医保基金支付的费用，由就医地经办机构与定点医药机构按协议结算。结算办法按全省统一规定执行。

第二十二条 省内异地就医人员在就医地定点医药机构产生的费用明细，次月5日前就医地经办机构完成初审，15日前参保地经办机构完成复审。参保地对初审结果有异议时可对其进行修改和调整，费用结算以参保地终审结果为准。月底前就医地完成上月费用的月度结算及数据确认，陕西省医疗保障信息平台生成统一的收付款通知书。

第二十三条 省级经办机构负责全省清算费用上解与划拨。就医地与参保地经办机构实行月度结算，每月各统筹区按规定进

行省内异地就医参保人员费用结算。省级经办机构根据陕西省医疗保障信息平台生成的收款通知书，从省内预付金中向就医地经办机构支付就医费用。就医地经办机构在收到资金后，于10个工作日内将资金划拨至医药机构。参保地经办机构通过陕西省医疗保障信息平台下载付款通知书后，于5个工作日内向同级财政部门请拨资金，财政部门对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。年终由省级经办机构与各统筹区经办机构清算，清算范围是各统筹区全年参保人员通过省级异地就医信息系统结算的医疗费用。

第六章 跨省异地就医费用审核与结算

第二十四条 跨省异地就医人员直接结算的医疗费用，原则上执行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的支付范围）。医保基金起付标准、支付比例、最高支付限额等执行参保地政策。

第二十五条 参保人员跨省就医结算时，就医地经办机构将异地就医费用，经陕西省和国家医疗保障信息平台传输至参保地，门诊费用实时逐条上传，住院费用转换为全国统一的大类费用信息上传。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，并将结果实时回传至就医地定点医药机构。

第二十六条 异地就医人员在就医地定点医药机构产生的医疗费用，按照参保地政策计算。属于个人负担的部分，由参保人员直接与定点医药机构结算；属于医保基金支付的费用，由就医地经办机构与定点医药机构按协议结算。参保人员因故全额垫付的医疗费用，相关信息由医药机构上传至陕西省医疗保障信息平台，需医保基金支付的费用回参保地按规定报销。

第二十七条 就医地经办机构在参保人出院结算后 5 日内，将医疗费用明细通过陕西省医疗保障信息平台上传至国家医疗保障信息平台，参保地经办机构可通过陕西省医疗保障信息平台查询和下载医疗费用及其明细项目。

第二十八条 省级经办机构负责异地就医资金统一清算。就医地经办机构负责医疗费用具体审核和结算，在次月 15 日前完成与跨省异地定点医药机构清算对账确认工作，同时上传月度清算数据至国家医疗保障信息平台。各统筹区经办机构于每月 27 日通过陕西省医疗保障信息平台下载打印跨省异地就医支付信息表（参保地），于 5 个工作日内提交同级财政部门。财政部门对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。省级经办机构 10 个工作日内从财政专户申请资金，并按照跨省异地就医支付信息表（就医地）向各统筹区经办机构划拨清算资金，收到资金后经办机构于 10 个工作日内划拨至医药机构。

第七章 稽核监督

第二十九条 异地就医医疗服务实行就医地管理。就医地经办机构要强化内控机制，将异地就医工作纳入定点医药机构协议管理范围，进一步细化和完善协议条款，并作为医药机构的年度考核指标，切实保障参保人员权益。

第三十条 就医地经办机构应当畅通异地就医参保人员的投诉渠道，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。

第三十一条 就医地经办机构发现异地就医参保人员有严重违规行为的，应暂停其直接结算，并上报省级经办机构，协调参保地经办机构根据相关规定进行处理。

第三十二条 就医地经办机构对定点医药机构违规行为产生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。对定点医药机构违反服务协议规定并处以违约金的，由就医地经办机构按相关规定处理。

第三十三条 省级经办机构应加强对全省异地就医定点医药机构管理，落实医保政策、强化基金监管。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。

按照国家医疗保障局的统一安排，开展跨省异地就医联审互查。根据异地就医运行数据，组织统筹区经办机构对异地就医定点医药机构内控机制建设、政策执行情况、绩效运行情况进行稽

核评估检查，指导统筹区经办机构落实协议管理。

第三十四条 各级经办机构应加强异地就医费用稽核管理，建立异地就医结算运行监控制度，定期编报异地就医结算运行分析报告。

第八章 附 则

第三十五条 省级经办机构对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。各统筹区经办机构对省内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。

第三十六条 异地就医业务档案由参保地经办机构和就医地经办机构按其办理的业务分别保管。

第三十七条 各统筹区应积极推进异地门诊和药店购药直接结算业务。

第三十八条 本规程由陕西省医疗保障经办服务中心负责解释。

第三十九条 《陕西省基本医疗保险异地就医住院医疗费用直接结算经办规程（试行）》同时废止。

第四十条 本规程自印发之日起实施。