

西宁市医疗保障局

文件

西宁市财政局

宁医保局发〔2020〕209号

转发青海省医疗保障局关于印发《青海省门诊费用跨省直接结算业务经办流程》的通知

各县（区）医疗保障局、财政局：

现将《青海省医疗保障局关于印发〈青海省门诊费用跨省直接结算业务经办流程〉的通知》（青医保局发〔2020〕194号）转发给你们，请遵照执行。



是否宜公开选项：不宜公开

抄送：市医保局经办服务中心。

西宁市医疗保障局

2020年12月23日印发

青海省医疗保障局 青海省财政厅 文件

青医保局发〔2020〕194号

青海省医疗保障局 青海省财政厅 关于印发《青海省门诊费用跨省直接结算 业务经办流程》的通知

各市、自治州医疗保障局，财政局：

现将《青海省门诊费用跨省直接结算业务经办流程》印发你们，请结合工作实际，认真抓好贯彻落实。



青海省门诊费用跨省直接结算业务经办流程

第一章 总则

第一条 为进一步满足基本医疗保险参保人员（以下简称参保人员）门诊费用跨省直接结算需求，规范我省门诊费用跨省直接结算业务经办流程，根据国家医保局、财政部《关于推进门诊费用跨省直接结算试点工作的通知》（医保发〔2020〕40号）等文件精神，制定本流程。

第二条 本流程所称跨省异地就医是指我省参保人员在外省定点医药机构和省外参保人员在我省定点医药机构发生的门诊就医、药店购药行为。

第三条 本流程适用于参保人员跨省异地门诊费用直接结算经办管理服务 work。

第四条 门诊费用跨省直接结算工作实行统一管理、分级负责。按照全省“一张网”的建设思路，建设省异地就医系统，与国家异地就医系统对接，在省异地就医系统内开通门诊费用跨省直接结算功能模块，各统筹区医保业务系统按照国家的统一标准和规范完成改造后，与省异地就医系统对接，实现与全国定点医药机构互联互通。省异地就医系统按照省、市州两级医保经办机构分权限划分、分级使用、专人管理。

第五条 按照“先省内后省外、先普通门诊、后门诊慢特病”的原则，循序渐进开展我省门诊费用跨省直接结算工作。执行差别化支付的跨省异地就医人员，可按现行门诊相关政策开通门诊费用跨省直接结算。

第六条 因特殊情况，参保人员跨省异地就医门诊费用未直接结算的，各级医保经办机构按照现行普通门诊和门诊特殊病政策规定执行。

第七条 门诊费用跨省直接结算由各级医保经办机构组织实施，委托经办的商业保险机构在各级医保经办机构监督指导下实施。省级经办机构负责门诊费用跨省直接结算工作的组织实施、业务指导、业务培训及省级经办等；负责与国家和市（州）级医保经办机构的门诊费用跨省直接结算的清算；参保人员跨省直接结算门诊费用的审核、结算、清算、智能监控、运行监测、业务协同管理、争议处理等。

各市（州）级医保经办机构负责本地区参保人员跨省异地就医手续的办理；本地区内跨省直接结算门诊费用的审核、结算、清算和监管；配合省级经办机构做好本地区参保人员跨省直接结算门诊费用清算的相关工作。

委托经办城乡居民基本医保的商业保险机构，根据委托经办的业务范围，承担医保经办机构的相应职责，并按规定做好门诊费用跨省直接结算业务。

第八条 门诊费用跨省直接结算医保基金支付部分实行先预付后清算，预付金原则上来源于各地区医疗保障基金，并入跨省异地住院费用基金统一管理，由省财政专户与就医省（参保省）财政专户统一进行划拨。

第九条 各部门要加强协调配合，按规定及时划拨跨省异地就医基金和清算资金，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。

第十条 各级经办机构要加强异地就医政策宣传,多途径、多形式为参保人员提供咨询服务。

第二章 范围对象

第十一条 参加我省基本医疗保险的下列人员,均可申请办理门诊费用跨省直接结算。

(一) 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。

(二) 异地长期居住人员:指在异地居住生活且连续时间在半年以上的人员。

(三) 常驻异地工作人员:指异地工作、务工、学习且连续时间在半年以上的人员。

(四) 转诊转院人员:指经参保地定点医疗机构提出意见并经参保地经办机构同意转省外诊治的人员。

(五) 其他人员:指符合参保地规定的异地门诊就医及药店购药的人员。

第三章 备案管理

第十二条 已办理跨省异地就医住院费用直接结算备案登记的参保人员,同步开通跨省异地就医门诊直接结算服务,无需重新办理备案,可在备案的就医省份或地市选择开通跨省异地就医定点医疗机构就诊。

第十三条 参保人员也可通过医保公共服务平台办理备案登记,医保公共服务平台包括国家医保 APP、小程序、青海医保 APP 等渠道。

第十四条 其他备案按照跨省异地就医住院医疗费用直接结算的备案管理办法进行办理。

第十五条 跨省异地就医备案人员信息变更。

(一) 已完成跨省异地就医备案的人员，原则上不可随意变更。因故异地居住地、定点医药机构、联系电话等信息发生变更的，应直接向参保地经办机构申请变更，由参保地经办机构按照规定审核确认并予以变更。

(二) 异地就医人员的待遇享受状况变更，如暂停、恢复、终止等，参保地经办机构必须及时办理。

第十六条 各市州医保经办机构应将跨省异地就医参保人员备案信息实时上传至省异地就医结算系统。

第四章 就医管理

第十七条 各市州（含省本级）医保经办机构应按照合理分布、分步纳入的原则，在其统筹区的定点医药机构范围内，选择确定跨省异地就医定点医药机构，由省异地就医结算服务中心确定后，报国家统一备案、统一公布。

跨省异地就医定点医药机构发生中止、取消或新增医保服务等情形的，由省异地就医结算服务中心及时上报国家医疗保障局，国家医疗保障局统一公布。

第十八条 异地就医人员应在就医地已开通跨省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、购药，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 各市州(含省本级)医保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与本区医保患者一样的诊疗和结算服务,实时上传就诊和结算信息。各市州(含省本级)医保经办机构负责本统筹区内定点医药机构门诊费用具体审核。

第二十条 门诊慢殊特病开通后,病种执行国家医疗保障局下发的统一病种名称和编码。

第五章 门诊费用结算

第二十一条 门诊费用结算是指各市州(含省本级)医保经办机构按协议或有关规定向定点医药机构支付费用的行为。

跨省异地就医人员直接结算的门诊费用,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)。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按照参保地现行政策规定执行。

第二十二条 参保人员发生门诊费用跨省直接结算时,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应由参保人员个人负担以及各项医保基金应支付的金额,将结果回传至就医地定点医药机构。

第二十三条 参保人员发生门诊费用跨省直接结算时,根据定点医药机构提供的票据,结清应由个人承担的费用,

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约定审核后支付。

第二十四条 国家异地就医结算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异地就医结算系统的三方对账，做到数据相符。如出现对账信息不符的情况，由省异地就医结算服务中心及时查明原因并协调处理。

第二十五条 各市州（含省本级）医保经办机构应当在次月 20 日前完成与异地定点医药机构对账确认工作，并按协议约定，按时将确认的费用拨付给医药机构。

第二十六条 各市（州）医保经办机构负责结算在本辖区内发生的跨省异地就医医疗费用。其中，同属省本级和西宁市的定点医药机构，其费用由省本级经办机构负责结算；其它市（州）的定点医药机构，其费用由就医地市州经办机构负责结算。

第六章 门诊费用跨省清算

第二十七条 门诊费用跨省清算是指省级医疗保障部门之间、省级医疗保障部门与辖区内医疗保障部门之间确认有关门诊费用跨省直接结算的应收或应付额，据实划拨的过程。

第二十八条 门诊费用跨省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。省医保经办服务中心收到国家确认的清算单后，5 个工作日内提交省财政部门，省

财政部门对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财政部门划拨清算资金。完成清算资金划拨后，省财政部门在5个工作日内将划拨信息以书面形式反馈省医保经办机构，省医保经办机构据此进行会计核算，并将划拨信息及时反馈国家医疗保障局。

第二十九条 每月20日前，各市州（含省本级）医保经办机构通过省异地就医结算系统，上传本地区内跨省异地就医费用，参与国家统一清算。次月5日前，通过省异地就医结算打印本统筹区《青海省跨省异地就医清算结算单》，各市州（含省本级）医保经办机构据此进行会计核算。

第三十条 各市州（含省本级）医保经办机构也可登录国家异地就医结算系统查询本统筹区的清算信息。

第七章 稽核监督

第二十八条 异地就医医疗服务实行就医地管理。各市州（含省本级）医保经办机构要将异地就医工作纳入本地定点医药机构协议管理范围，细化和完善协议条款，保障参保人员权益。

第二十九条 各市州（含省本级）医保经办机构要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，按照协议及相关规定执行，并及时告知省异地就医结算中心，由省异地就医结算中心统一汇总上报国家医疗保障局。

第三十条 各市州（含省本级）医保经办机构发现异地

就医人员有严重违规行为的，要立即暂停其直接结算，并及时告知省异地就医结算中心，由省异地就医结算中心统一汇总上报国家医疗保障局进行处理。

第三十一条 各市州（含省本级）医保经办机构对定点医药机构违规行为涉及的门诊费用不予支付，已支付的要及时追回并按协议规定处理。

第三十二条 省医疗保障局适时组织跨地区联审互查，对各市州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。

第三十三条 各市州（含省本级）医保经办机构要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

第三十四条 各级医保经办机构对门诊费用跨省直接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市州（省本级）医保经办机构按办理的业务分别保管。

第三十八条 本流程由省医疗保障局负责解释。

第三十九条 本流程自 2020 年 12 月 1 日起实施。

附件：1. 青海省跨省异地就医预付金付款通知书
2. 青海省跨省异地就医清单结算单

附件 1

青海省跨省异地就医预付金付款通知书

xxx 医保经办机构:

请你单位将 XXX 年跨省异地就医预付金于签章日期起 15 个工作日内上解至省级财政专户。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: XXX 年

单位: 万元

地区	金额
西 宁	
海 东	
海 西	
海 南	
海 北	
黄 南	
果 洛	
玉 树	
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

青海省跨省异地就医清算结算单（门诊）

清算月份：XXXX

单位：元

统筹区名称	人员类别	转出情况					转入情况				
		基金支付合计	统筹基金	个人账户	离休基金	城乡居民基金	其他基金	扣付金额	基金实际支付	扣付金额	合计
XXX	在职										
	退休										
	离休										
	城乡居民（中）										
	城乡居民（老）										

抄送：中国人民财产保险股份有限公司青海省分公司，中国人寿保险股份有限公司青海省分公司，青藏铁路公司社保部。

青海省医疗保障局办公室

2020年12月14日印发