

西宁市医疗保障局

文件

西宁市财政局

宁医保局发〔2022〕172号

西宁市医疗保障局 西宁市财政局 转发《青海省医疗保障局 青海省财政厅 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》

各县区医疗保障局、财政局：

现将《青海省医疗保障局 青海省财政厅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》（青医保局发〔2022〕141号）转发给你们，并结合我市实际，提以下几点要求，请认真贯彻落实。

各级医保部门要加强领导、统筹谋划、协调推进，将跨省异地就医工作纳入目标任务考核管理，确保落地落实。财政部门要

按规定及时足额划拨跨省异地就医资金，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。要做好过渡衔接，及时调整与本通知不相符的政策措施，进一步精简办理材料，简化办理流程，优化管理服务。要加强跨省异地就医经办队伍建设，积极协调相关部门，加强机构、人员和办公条件保障，合理配置专业专职工作人员，保证服务质量，提高工作效率。要进一步加强政策宣传，充分利用线上线下宣传渠道，全面精准做好政策宣传解读工作，提高群众知晓度，及时回应群众关切，及时帮助群众解决在跨省异地就医结算中遇到的困难和问题，合理引导社会预期。要加强请示报告，遇重大事项及时向市医疗保障部门反映。



是否宜公开选项：依申请公开

抄送：市医疗保障经办服务中心。

西宁市医疗保障局

2022年12月30日印发

青海省医疗保障局 青海省财政厅文件

青医保局发〔2022〕141号

青海省医疗保障局 青海省财政厅 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

各市、自治州医疗保障局，财政局：

为贯彻落实《中共青海省委 青海省人民政府关于青海省深化医疗保障制度改革的实施意见》（青发〔2021〕9号），进一步完善高海拔地区参保人员跨省异地就医保障机制，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》精神，结合我省实际，现就进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作有关事项通知如下：

一、明确目标任务

2025 年底前，跨省异地就医直接结算制度体系和经办管理服务体系更加健全，全省跨省异地就医结算能力显著提升；住院

费用直接结算率提高到 70%以上；普通门诊跨省联网定点医药机构数量实现翻一番；基本实现跨省异地就医医保报销线上线下载办。

二、提高跨省异地就医直接结算待遇水平

（一）统一跨省异地就医结算支付政策。

1.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等医疗费用，原则上执行就医地规定的支付范围（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”），执行我省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”）。

2.跨省异地就医费用手工报销执行我省规定的支付范围及医保待遇支付政策。

（二）明确跨省异地就医备案人员范围。职工、城乡居民参保人员跨省异地就医（含普通门诊、住院、药店购药）实行登记备案管理。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省外工作、居住、生活的人员；跨省临时外出就医人员包括跨省转诊就医人员，因工作、旅游等原因跨省异地急诊抢救人员以及其他临时外出就医人员。

（三）调整跨省异地就医报销政策。

1.跨省异地长期居住人员、跨省转诊就医人员、跨省异地急诊抢救人员的就医费用，执行参保地相同的医保待遇支付政策，不下浮支付比例。

2.非急诊且未转诊的其他跨省临时外出就医人员的费用，在参保地相同医保待遇支付政策的基础上支付比例下浮 10%。

3.跨省异地长期居住人员符合转外就医规定的，就医费用执行参保地相同的医保待遇支付政策，不下浮支付比例。

4.跨省异地在非定点医疗机构发生的急诊抢救费用，执行参保地相同级别医疗机构的医保待遇支付政策；除急诊抢救外，参保人员在非定点医疗机构就医发生的费用医疗保障基金不予支付。

5.实行跨省异地长期居住人员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，执行参保地相同的医保待遇支付政策。

6.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。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，按跨省异地就医备案类型结算相关费用，就医地医保经办机构应将相关费用一并纳入核查范围。

三、规范跨省异地就医直接结算备案管理

(一) 统一跨省异地就医备案有效期限。

1. 跨省异地长期居住人员，实行“一次备案、长期有效”，备案生效 6 个月内，原则上不得申请再次变更。

2. 跨省临时外出就医人员备案有效期一般为 6 个月，患有恶性肿瘤、器官移植、慢性肾功能衰竭和血友病的四类病种人员，备案有效期为 1 年。

3. 参保人员办理跨省异地就医备案后，可直接在备案就医地已开通跨省异地就医联网结算服务的定点医药机构享受住院、普通门诊（含门诊慢特病）就医及药店购药费用直接结算。

4. 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。备案有效期内已办理入院的，出院时不受备案有效期限限制，可正常直接结算相应医疗费用。

(二) 明确跨省异地就医备案地域。参保人员申请跨省异地就医备案时，直接备案到就医地市或直辖市；其中到省级统筹地区就医的，可直接备案到就医省份。

(三) 统一跨省异地就医备案补办机制。参保人员未及时办理跨省异地就医备案的，跨省出院结算前可补办异地就医备案登记，就医地联网定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用直接结算，方便参保人享受跨省异地就医费用直接结算。

四、优化跨省异地就医经办管理服务

(一) 拓宽跨省异地就医登记备案渠道。按照统一、精简、

高效、便民的原则，为参保人提供线上与线下为一体的多渠道跨省异地就医备案渠道。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、青海医保 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各级政务服务中心的医保服务窗口。各市（州）医保部门要简化办理流程，缩短办理时限，优化备案方式，为参保人员提供即时办理、即时生效的自助备案服务。

（二）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，确因病情需要跨省异地就医的，可在符合转诊资格的医疗机构办理转诊手续。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跨省异地就医转诊证明，不得将在本地区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跨省异地就医备案手续，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，积极主动指引未办理跨省异地就医备案人员及时办理备案手续，为符合就医地规定的参保人员，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。

五、规范跨省异地就医业务监管和协同管理

（一）健全就医地管理机制。我省跨省异地就医人员，依托就医地医保部门进行有效管理。对外省来青就医人员，各级医保经办机构应加强定点医药机构服务管理，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区参保人员相同的服务和管理，履行日常管理服务责任。同时，结合我省医保支付方式改革工作实际，适时探索 DRG/DIP 等医保支付方式改革在跨省异地就医结算中的应用，引导定点医疗机构合理诊疗。

（二）健全基金监管机制。各级医保部门要积极完善区域协作、联合检查等工作制度，加强对跨省异地就医直接结算费用的监督管理。压实我省作为就医地的监管责任，将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，严厉打击各类欺诈骗保行为。落实参保地监管责任，各级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。

（三）健全跨省异地就医结算费用监控预警机制。各级医保经办机构应健全跨省异地就医结算资金运行风险评估预警机制，

加强对辖区内跨省异地联网定点医药机构结算费用定期考核、通报、监控和预警，定期开展跨省异地就医结算情况分析，对跨省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。

（四）健全跨省异地就医业务协同机制。各级医保部门健全跨省异地就医工作机制，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医保经办机构业务协同管理能力。省医保经办机构负责统一组织、协调并实施跨省异地就医直接结算管理服务工作，市（州）医保经办机构按国家和省上要求做好跨省异地就医直接结算管理服务工作。

六、加强跨省异地就医结算资金管理

（一）跨省异地就医费用实行“先预付、后清算”。跨省异地就医费用中医保基金支付部分实行先预付后清算。省级医保经办机构和财政部门按照国家确认的预付金调整额度按时拨付资金。预付金原则上来源于各统筹地区医疗保险基金。

（二）跨省异地就医费用实行“统一清分、按月清算”。跨省异地就医费用清算按照国家统一清分，省、市（州）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。省级医保经办机构和财政部门应按照《青海省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,协同做好跨省异地就医清算资金划拨和清算工作。省医保经办机构负责协调和督促各市(州)按规定及时拨付资金。各市(州)医保经办机构应及时足额上缴跨省异地就医直接结算预付金和清算资金。

(三)明确跨省异地就医资金相关管理事项。跨省异地就医资金划拨过程中形成的银行手续费、银行票据工本费等不得在基金中列支。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。

七、强化跨省异地就医信息化标准化支撑

(一)完善医保信息化管理体系。省医保信息中心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,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,拓展跨省异地就医经办服务业务网上通办。

(二)推进系统优化完善。省医保信息中心要按照统一的接口标准规范,不断完善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。

(三) 加强系统安全保障。各级医保部门要落实医保信息系统安全管理责任，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。

八、工作要求

(一) 加强组织领导。各级医保部门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，确保跨省异地就医工作落地落实。财政部门要按规定及时足额划拨跨省异地就医资金，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) 做好过渡衔接。各市（州）医保部门要及时调整与本通知不相符的政策措施，确保政策衔接。要精简办理材料，简化办理流程，优化管理服务。同时，要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。各级医保部门要根据跨省异地就医业务管理服务工作需要，加强跨省异地就医经办队伍建设，积极协调相关部门，加强机构、人员和办公条件保障，合理配置专业专职工作人员，保证服务质量，提高工作效率。

(四) 加强宣传引导。各级医保部门要加大跨省异地就医政策宣传，充分利用线上线下宣传渠道，全面精准做好政策宣传解

读工作，提高群众知晓度，及时回应群众关切，及时帮助群众解决在跨省异地就医结算中遇到的困难和问题，合理引导社会预期。

本通知自 2023 年 1 月 1 日起实施，相关规定与本通知不一致的，以本通知为准。本通知未尽事宜，按照我省有关规定执行。

附件：青海省基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程



附件

青海省基本医疗保险跨省异地就医 直接结算经办规程

第一章 总 则

第一条 为加强跨省异地就医直接结算经办业务管理，规范经办业务流程，提高服务水平，根据《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)，结合我省实际，制定本经办规程。

第二条 本规程所称跨省异地就医是指我省基本医疗保险参保人员(包括职工、城乡居民参保人员)在青海省以外的定点医药机构发生的就医、购药行为，以及外省参保人员在我省各级定点医药机构发生的就医、购药行为。跨省异地就医直接结算是指参保人员跨省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跨省联网定点医药机构按医疗保障服务协议约定审核后支付。

第三条 本规程适用于全省基本医疗保险跨省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和城乡居民基本医疗保险。其他医疗保险的医疗费用纳入跨省直接结算范围的，参照本规程执行。

第四条 跨省异地就医直接结算工作实行统一管理、分级负

责，由各级财政部门、医保部门和委托经办服务的商业保险机构共同实施。

省医保经办机构负责全省跨省异地就医直接结算服务工作的组织实施、业务指导及培训，建设和完善我省跨省异地就医结算系统，统筹协调全省跨省异地就医直接结算业务、运行监测、资金清算结算、争议处理；负责省级职工跨省异地就医备案管理、跨省异地就医医保基金使用情况分析。各市（州）医保经办机构负责本地区参保人员异地就医备案管理、资金结算和清算等经办服务；做好本地区内跨省异地就医费用审核、结算、清算和监管等工作。委托经办城乡居民医保的商业保险机构，根据委托经办服务的业务范围，承担相应职责，并按规定做好资金拨付及账务核算。

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

第五条 跨省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 优化经办流程，支持医保电子凭证、社会保障卡等作为有效凭证，按照“就医地目录、参保地政策、就医地管理”的要求，提供便捷高效的跨省异地就医直接结算服务。

第二章 范围对象

第七条 我省参加基本医疗保险的下列人员，可在参保地医保经办机构申请办理跨省异地就医直接结算。

（一）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省外工作、居住、生活的人员。

（二）跨省临时外出就医人员，包括跨省异地转诊就医人员，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。

第三章 登记备案

第八条 参保地医保经办机构按规定为参保人员办理备案登记手续：

（一）办理异地安置退休和异地长期居住备案，需提供本人有效身份证件（医保电子凭证、有效身份证或社会保障卡，以下简称“有效身份证件”）、《青海省跨省异地就医登记备案表》（见附件1）和《跨省异地就医备案个人承诺书》（见附件2）。

（二）办理常驻异地工作备案，需提供本人有效身份证件、《青海省跨省异地就医登记备案表》，异地工作证明材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同任选其一，也可填写《跨省异地就医备案个人承诺书》）。

（三）办理跨省异地转诊人员备案，需提供本人有效身份证件、《青海省跨省异地就医登记备案表》，具备跨省异地就医转诊资格的医疗机构开具的转诊转院证明材料。

(四) 跨省异地急诊抢救人员视同跨省异地转诊人员备案。

(五) 其他跨省临时外出就医人员备案，需提供本人有效身份证件和《青海省跨省异地就医登记备案表》。

第九条 跨省异地长期居住人员可在参保地医保经办机构窗口或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、青海医保 APP 等线上平台申请办理登记备案手续，备案后可通过青海医保 APP 查询备案信息。通过线上备案渠道申请办理登记备案的，原则上参保地经办机构应在两个工作日内办结。也可为参保人员提供即时办理、即时生效的自助备案服务。

第十条 跨省异地长期居住人员登记备案后，未申请变更备案信息或参保状态未发生变更的，备案长期有效；需变更备案地的，距上次备案时间满 6 个月后可申请变更，变更流程与登记备案流程相同。备案时限不满 6 个月的不得申请再次变更。因退休安置地、工作地发生变化的，凭相关证明可实时变更，或因跨省异地转诊就医、异地急诊抢救以及其他跨省临时外出就医的，参保地医保经办机构按照跨省临时外出就医人员类别办理备案并执行相应待遇政策。

第十一条 跨省临时外出就医人员可通过青海医保 APP、业务邮箱等线上渠道申请备案，也可到参保地医保经办机构服务窗口登记备案。跨省临时外出就医备案有效期为 6 个月，恶性肿瘤、器官移植、慢性肾功能衰竭、血友病四类病种有效期为 1 年。备

案有效期结束后仍需治疗的，按规定重新申请备案登记。

第十二条 参保人员申请跨省异地就医备案时，直接备案到就医地市或直辖市；其中到省级统筹地区就医的，可直接备案到就医省份。

第十三条 参保人员办理跨省异地就医备案后，可直接在备案就医地已开通跨省异地就医联网结算服务的定点医药机构享受住院、普通门诊（含门诊慢特病）就医及药店购药费用直接结算。

第十四条 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。备案有效期内已办理入院的，出院时不受备案有效期限限制，可正常直接结算相应医疗费用。

第十五条 参保人员未及时办理跨省异地就医登记备案的，跨省出院结算前可补办异地就医备案登记，就医地联网定点医疗机构为参保人员办理医疗费用直接结算。

第十六条 参保人员未按规定申请办理登记备案手续或在就医地非跨省定点医药机构发生的医疗费用，按参保地规定的支付范围及医保待遇支付政策手工报销。

第四章 就医管理

第十七条 各市（州）医保经办机构将符合条件的定点医药机构纳入跨省联网结算范围，在国家跨省异地就医管理系统中做好本地区跨省联网定点医药机构基础信息、医保服务协议状态等信息动态维护工作。

第十八条 跨省联网定点医药机构应对异地就医患者进行身份识别，为就医地患者提供与本地参保人员同等的诊疗、购药服务。参保人员未办理异地就医备案的，跨省联网定点医药机构指引参保人员申请办理登记备案手续，出院结算前完成登记备案的，跨省联网定点医疗机构应提供跨省异地就医直接结算服务。

第十九条 参保人员在就医地跨省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等有效凭证，遵守就医地就医、购药有关流程和规范。

第五章 预付金管理

第二十条 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，分为跨省预付金和省内预付金。

第二十一条 跨省预付金由省医保部门根据国家医疗保障信息平台下发的跨省预付金金额，在5个工作日内向省财政厅提出拨付申请，省财政厅10个工作日内完成资金划拨，并注明业务类型（预付金或清算资金），划拨后5个工作日内将划拨信息反馈至省医保经办机构，省医保经办机构在国家医疗保障信息平台完成付款确认。

省内预付金由省医保经办机构根据各市（州）跨省异地就医资金清算情况确定。原则上根据上年度各市（州）跨省异地就医直接结算支出情况，核定各市（州）本年度跨省应付预付金金额，生成《青海省跨省异地就医付款通知书》（附件3），各市（州）协

调同级财政部门按时上解。

第二十二条 建立预付金预警和调增机制。预付金使用率为预警指标。当外省启动我省预付金紧急调增流程时，省级医保经办机构应在国家规定时限内提请省财政部门先行拨付，之后再根据各市（州）预付金使用情况，下发《青海省跨省异地就医付款通知书》，调增补足预付金。

第六章 医疗费用结算

第二十三条 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。跨省异地就医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就诊、购药以及住院医疗费用确认医保基金支付金额的行为。

第二十四条 参保人员跨省异地就医直接结算住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用时，原则上执行就医地规定的支付范围（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。

参保人员因门诊慢特病跨省异地就医时，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或参保人员同时享受多个门诊慢特病待遇的，由参保人员个人垫付后回参保地按规定手工报销。

第二十五条 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疗机构，用于定点医疗机构与参保人员直接结算。

第二十六条 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，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。

第二十七条 参保人员因急诊抢救就医的，跨省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”。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的，参保地视同已备案，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门诊、住院医疗费用。

第二十八条 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，参保人员主诉无第三方责任的医疗费用，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《外伤无第三方责任承诺书》（见附件4），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情况。涉及第三方外伤医疗费用，按《社会保险法》相关规定执行。

第二十九条 跨省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《住院期间外院检查治疗或定点药店购药单》（见附件5），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跨省直接结算。

第三十条 参保人员在就医地跨省联网定点医药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，结算时结清应由个人负担的费用，就医地医保经办机构与定点医药机构按医保服务协议结算医保基金支付的费用。

第三十一条 就医地医保经办机构在次月20日前完成与本地区定点医药机构对账确认工作，并按医保服务协议约定，按时将确认的费用拨付给定点医药机构。拨付资金由就医地医保经办机构先行垫付，省医保经办机构根据信息平台的结算数据，将结算资金拨付就医地医保经办机构。

第三十二条 就医地对于参保人员住院治疗过程跨自然年度的，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，可以按一笔费用整体结算。

第三十三条 参保人员异地就医备案后，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，参保地经办机构按参保地规定为参保人员报销相关医疗费用。参保地医保经办机构也可依托跨省联网定点医药机构上传至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。

第三十四条 参保人员普通门诊、购药费用跨省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。

第三十五条 跨省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疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围进行费用审核，对发生的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。

第三十六条 就医地医保经办机构应督促定点医药机构实时上传跨省异地就医医疗总费用明细，实现在跨省异地就医结算管理系统内查询、上传或下载跨省异地就医费用明细清单，方便参保人员通过线上平台申请办理医疗费用报销。

第七章 费用清算

第三十七条 跨省异地就医费用清算是指省级医保经办机构之间、省医保经办机构与各市（州）医保经办机构之间确认有关跨省异地就医医疗费用的应收或应付金额，据实划拨的过程。

第三十八条 省医保经办机构根据国家医疗保障信息平台下发的跨省异地就医费用清算金额，在5个工作日内向省财政厅提

出付款申请，省财政厅按国家规定时限完成清算资金的拨付、收款后，5个工作日内向省医保经办机构反馈划拨及收款信息，省医保经办机构根据收付款信息完成收付款确认。

第三十九条 省医保经办机构根据国家医疗保障信息平台下发的清算金额，通过青海省医保信息平台清算省内各市（州）跨省异地就医费用，生成《青海省跨省异地就医费用清算明细表》（附件6），下发各市（州）进行财务核算。

第四十条 跨省异地就医清算资金来源于各市（州）上解的预付金。原则上各市（州）按季度进行清算资金上解，当财政专户异地就医账户余额不足时，省医保经办机构根据各市（州）资金结余情况下发《青海省跨省异地就医付款通知书》，各市（州）协调同级财政部门按时上解。

第八章 审核检查

第四十一条 跨省异地就医医疗服务实行就医地管理。就医地医保经办机构应当对查实的违法违规行为按医保服务协议相关约定执行，涉及欺诈骗保等重大违法违规行为应按程序报请医保行政部门处理，并逐级上报。

第四十二条 就医地医保经办机构对定点医药机构违规行为涉及的医药费用不予支付。已支付的违规费用予以扣除，用于冲减参保地跨省异地就医直接结算费用。

第九章 业务协同

第四十三条 跨省异地就医业务协同管理工作实行统一管理，

分级负责。省医保经办机构负责统一组织、协调并实施跨省异地就医结算业务协同管理工作，各市（州）医保经办机构按国家和省级要求做好业务协同工作。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等多种渠道发起问题协同，并按要求做好问题响应和处理。

第四十四条 参保地医保经办机构对通过跨省直接结算和手工报销的单次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，可以通过国家跨省异地就医管理子系统提出费用协查申请。申请费用协查时，参保地医保经办机构按国家要求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。

第四十五条 就医地医保经办机构通过国家跨省异地就医系统下载协查信息，在国家要求时限内完成协查并上传核查结果。对核查结果有异议的，应协调处理，必要时可提请上一级医保经办机构协助。

第四十六条 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，应在规定时限内完成问题处理并上传核查结果，如不能按期完成需及时与申请地沟通延长处理时限。

第四十七条 省、市（州）医保经办机构可通过国家跨省异地就医管理子系统发布停机公告、医保政策等信息，实现医保经办

信息共享。

第十章 附 则

第四十八条 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。

第四十九条 跨省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。

第五十条 本规程由青海省医疗保障局负责解释。

第五十一条 本规程自 2023 年 1 月 1 日起实施。

- 附件：
- 1.青海省跨省异地就医登记备案表
 - 2.跨省异地就医备案个人承诺书
 - 3.青海省跨省异地就医付款通知书
 - 4.外伤无第三方责任承诺书
 - 5.住院期间外院检查治疗或定点药店购药单
 - 6.青海省跨省异地就医费用清算明细表

附件 1

备案编号:

青海省跨省异地就医登记备案表

姓 名		性 别		险 种	1. 职工医保 2. 城乡居民医保
人员类别	1. 异地安置退休人员 2. 异地长期居住人员 3. 常驻异地工作人员 4. 异地转诊人员 5. 其他跨省临时外出就医人员		登记类别	1. 新增 2. 变更	
社会保障号码			社会保障卡卡号 (可选)		
参保地 家庭住址			异地联系地址		
联系电话 1			联系电话 2		
转往省 (市、区)			转往地区 (市、州)		
<p>温馨提示</p> <p>1. 跨省异地就医直接结算执行就医地规定的支付范围、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。</p> <p>2. 办理备案时直接备案到就医地市或直辖市，到海南、西藏等省级统筹的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。</p> <p>3. 参保人员根据病情、居住地、交通等情况，参保人员办理跨省异地就医备案后，可直接在备案就医地已开通跨省异地就医联网结算服务的定点医药机构享受住院、普通门诊（含门诊慢特病）就医及药店购药费用直接结算。</p> <p>4. 异地急诊抢救人员视同已备案。</p> <p>5. 未按规定申请办理登记备案手续，或在就医地非跨省定点医疗机构发生的医疗费用，按参保地规定的支付范围及医保待遇支付政策手工报销。</p>					
本人 (被委托人) 签名			填表日期		

经办机构:

联系电话:

经办人:

经办日期:

附件 2

跨省异地就医备案个人承诺书

姓名		性别		联系电话	
身份证件号码		参保地		就医地	
人员类别	<input type="checkbox"/> 跨省异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 跨省临时外出就医人员 <input type="checkbox"/> 异地安置退休人员 <input type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 常驻异地工作人员 <input type="checkbox"/> 异地转诊就医人员 <input type="checkbox"/> 其他跨省临时外出就医人员				
<p>参保地跨省异地就医备案告知书</p> <p>1. 跨省异地长期居住人员，实行“一次备案、长期有效”。参保人员办理备案登记后，未申请变更备案信息或参保状态未发生变更的，备案长期有效。原则上备案生效 6 个月内不得申请再次变更；</p> <p>2. 跨省临时外出就医人员备案有效期一般为 6 个月，患有恶性肿瘤、器官移植、慢性肾功能衰竭和血友病的四类病种人员，备案有效期为 1 年。</p> <p>3. 跨省异地就医费用手工报销时，执行参保地规定的支付范围及医保待遇支付政策。</p> <p>4. 跨省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，执行参保地相同的医保待遇支付政策。</p>					
<p>承诺事项：</p> <p>本人申请办理跨省异地就医备案业务，已阅读并知晓《备案告知书》所述内容，同意遵守相关规定。因个人原因无法提供跨省异地就医备案相关证明材料，本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，愿意接受信息共享查询核验，如存在虚假情况的，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。</p> <p style="text-align: right;">承诺人（签名、指印）： 年 月 日</p>					
说明	本表由参保人员填写，由医保经办部门存档，两年内不得销毁。				

附件 3

青海省跨省异地就医付款通知书

_____市（州）医疗保障局：

请你单位于 10 个工作日内上解跨省异地就医费用预付金至省级财政专户。付款明细清单如下：

跨省异地就医费用收款汇总表

单位：元

地 区	金 额
XXX	
XXX	
...	
合 计	
大 写	

青海省医疗保障局

签章日期： 年 月 日

附件 4

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		
<p>承诺内容:</p> <p>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:</p> <p>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。</p> <p>温馨提示:</p> <p>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疗保险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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">承诺人 (签名) 日期: 年 月 日</p>			

附件 5

住院期间外院检查治疗或定点药店购药单

姓名 _____ 性别 _____ 年龄 _____ 科别 _____

证件类型 _____ 证件号码 _____

诊断 _____

外检定点医院或外购定点药店名称: _____

外检项目或外购药品: _____

外检或外购药原因: _____

医师签字:

定点医疗机构医疗保险办公室盖章

日期: 年 月 日

附件 6

青海省跨省异地就医费用清算明细表

部门：省医保经办服务中心（盖章）

清算月份：XXXX年XX月

单位：元、人次

序号	地区	转出				转入	
		清算人次	城镇职工资金	城乡居民资金	转出费用小计	转入费用小计	
1	省本级						
2	西宁市						
3	海东市						
4	海南州						
5	海西州						
6	海北州						
7	玉树州						
8	果洛州						
9	黄南州						
合计							

单位负责人：

审核人：

制表人：

制表日期：

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、中国太平洋财产保险股份有限公司青海省分公司，省级定点医疗机构。

省医保经办服务中心、信息中心。

青海省医疗保障局办公室

2022年12月29日印发
