

南通市医疗保障局 南通市财政局

通医保发〔2021〕38号

关于转发《江苏省医疗保障局 江苏省财政厅 转发国家医保局 财政部关于推进门诊费用 跨省直接结算相关文件的通知》的通知

各县（市）区医疗保障局、财政（财经）局，通州湾示范区社会
管理保障局，南通市医疗保险基金管理中心，各有关单位：

现将《江苏省医疗保障局 江苏省财政厅转发国家医保局 财
政部关于推进门诊费用跨省直接结算相关文件的通知》（苏医保
发〔2021〕36号）转发给你们，请认真遵照执行。



南通市医疗保障局



南通市财政局

2021年6月30日

（此件公开发布）

江苏省医疗保障局 文件 江苏省财政厅

苏医保发〔2021〕36号

江苏省医疗保障局 江苏省财政厅转发 国家医保局 财政部关于推进门诊费用跨省 直接结算相关文件的通知

各设区市医疗保障局、财政局：

为进一步完善异地就医直接结算制度，加快推进异地就医结算工作，规范跨省异地就医政策和服务规程，国家医保局 财政部印发了《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）和《关于加快推进门诊费用跨省直接结算工作的通知》（医保发〔2021〕27号）。现予转发，并结合我省异地就医工作实际提出如下意见，请一并贯彻执行。

一、提高思想认识

推动门诊费用跨省直接结算工作是2021年《政府工作报告》重点任务，也是我省高质量考核指标。异地就医直接结算高质量发展与人民美好生活需要息息相关，提升异地就医直接结算能力，优化异地就医服务水平，切实解决参保群众异地就医结算中遇到的“急难愁盼”问题，是医保部门当前及今后一段时期的重要工作，各地要切实将思想和行动统一到党中央、国务院和省委、省政府的总体部署上来，进一步提高政治站位，按照“争当表率、争做示范、走在前列”的要求，统一思想认识，理清工作思路，创新工作方法，抓好重点工作落地落实，省市协同、同向发力，推进异地就医公共服务更加优化，全面推进异地就医门诊费用在全国更广范围内实现直接结算，让人民群众更有获得感、满意度、幸福感。

二、抓好重点工作

（一）按时完成信息系统升级，严格遵循国家规范，确保系统平稳、安全过渡。落实门诊慢特病“一单制”结算系统优化和药店异地购药结算接口改造升级。严格按照《江苏省异地就医结算平台接口规范 V3.0》要求，6月底前完成系统接口升级及与国家平台联调测试并上线运行。系统改造升级后，应全面支持医保电子凭证、身份证、社会保障卡等就医介质直接结算。6月底前将全国统一的定点医疗机构编码上传至国家跨省异

地就医管理子系统，开通门诊慢特病跨省联网的定点医疗机构应将开通的病种编码经医保经办机构确认后同步上传。

（二）实现门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算。在门诊信息系统改造上线后，作为参保地，门诊慢特病“一单制”结算优化平稳运行；作为就医地，支持对高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等5个病种相关治疗费用跨省直接结算。

（三）推进定点医药机构联网工作。各设区市应加强所辖统筹地区定点联网医疗机构协议管理，落实国家编码标准应用，及时维护定点医疗机构信息，推广医保电子凭证应用，新纳入定点医疗机构应同步开通门诊费用跨省直接结算服务。按照先省内后跨省、分步纳入的原则，鼓励各地结合本地情况，加快探索定点零售药店提供门诊费用异地直接结算服务。

（四）优化异地就医公共服务。按照省医保公共服务事项清单要求，开展“四化建设”，落实“六统一”和“四最”标准，全面提升公共服务效能，继续优化异地就医备案线上服务，推行“承诺制”、“容缺后补制”，根据省统一部署，做好自助备案试点准备工作。

（五）全力提升跨省异地就医结算业务协同质效。各设区市应重视跨省异地就医业务协同工作，作为就医地应充分发挥“两定”机构协议管理作用，贯彻《医疗保障基金使用监督管

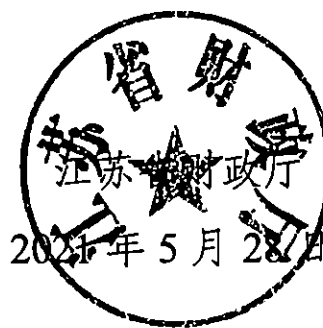
管理条例》精神，加强监管，坚决打击欺诈骗保行为，作为参保地对于零星报销疑点等及时发起费用协查，充分利用国家跨省异地就医管理子系统业务协同模块，加强就医地与参保地信息沟通，及时响应，协同做好经办服务和基金监管工作。

（六）规范异地就医费用省内和跨省直接结算预付金和清算资金管理。各设区市医保经办机构应严格遵循省统一规则、同步清算的要求，每月20日前完成上月已对账数据的清算上传，25日前完成清算数据的核对确认，以保证费用清算等后续工作的正常进行。各设区市财政部门应在收到同级医保经办机构提交的拨付申请后5个工作日内完成跨省异地就医预付金及清算费用的拨付。各级财政部门应在拨付、收款后5个工作日内将收付信息以书面形式反馈医保经办机构，双方共同做好异地就医资金收付及结余的核对工作。

三、落实保障措施

各设区市医保部门要会同财政部门加强协调配合，成立工作专班，制定工作目标，细化工作任务，压实工作责任，确保各项工作顺利推进。省医保局将定期调度各设区市工作推进情况，会同财政部门通报异地就医直接结算资金收付款情况，对于工作不力的设区市进行通报、约谈督导。

- 附件：1. 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
2. 国家医保局 财政部关于加快推进门诊费用跨省
直接结算工作的通知



(此件公开发布)

附件 1

国家医保局 财政部 文件

医保发〔2020〕40号

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

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局、财政厅（局）：

为贯彻落实党的十九届四中全会精神，按照《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》和2020年《政府工作报告》要求，加快落实异地就医结算制度，稳妥有序推进门诊费用跨省直接结算试点工作，决定在京津冀、长三角、西南5省（重庆、四川、贵州、云南、西藏）12个试点省（区、市）的基础上，稳步扩大试点地区、定点医药机构覆盖范围和门诊结算范

围。现将有关事项通知如下：

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，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中全会精神，坚持以人民为中心的发展思想，积极稳妥有序探索基本医疗保险门诊费用跨省直接结算实现路径，提供优质、高效、便捷的医疗费用结算服务，进一步提升人民群众的幸福感和获得感。

(二) 主要目标。2020 年底前，总结京津冀、长三角、西南 5 省等先行试点地区可复制可推广的试点经验，依托国家医保局跨省异地就医管理子系统（以下简称国家异地就医管理系统）进一步扩大门诊费用跨省直接结算试点范围，探索全国统一的门诊费用跨省直接结算制度体系、运行机制和实现路径。

二、基本原则

(一) 顶层设计，分类指导。在试点探索的基础上，统一全国门诊费用跨省直接结算试点政策和经办规程。结合医保平台标准化和信息化建设，完善国家异地就医管理系统，分类指导 12 个试点省（区、市）接入国家异地就医管理系统，进一步扩大试点统筹地区、试点医药机构和直接结算范围。

(二) 循序渐进，远近结合。坚持先省内后跨省、先普通门诊后门诊慢特病，结合各地信息平台建设实际情况和全国统一信

息平台建设要求，优先联通就医地集中、参与意愿高的地区，成熟一个、纳入一个，稳步推进门诊费用跨省直接结算试点工作。

(三) 有序就医，统一管理。坚持分级诊疗制度，引导参保人员有序就医。坚持基本医疗保险异地就医政策、流程、结算方式基本稳定，统一将异地就医纳入就医地经办机构与定点医疗机构的谈判协商、总额控制、智能监控、医保医师管理、医疗服务质量监督等各项管理服务范围。

三、试点范围及条件

北京、天津、河北、上海、江苏、浙江、安徽、重庆、四川、贵州、云南、西藏12个省（区、市）为门诊费用跨省直接结算试点地区。同时，具备以下条件的省可以申请国家试点：

(一) 省级人民政府高度重视和支持门诊费用跨省直接结算工作，医保部门和财政部门通力合作，跨省异地就医住院直接结算和清算工作开展较好。省级医疗保障行政部门有能力承担国家试点任务，牵头制定本地配套政策，并统筹推进试点；省级医疗保障经办机构具备较强的组织能力和管理服务能力。

(二) 全省门诊统筹政策标准、管理服务、信息系统相对统一，已基本实现省内门诊费用直接结算。具备统一的线上备案服务渠道，备案服务方便快捷。

(三) 能够按照国家试点任务和时间进度，高质量完成门诊费用跨省直接结算接口改造（接口标准另行下发）。

四、试点内容

(一) 统一异地就医转出流程。按照全国统一的《门诊费用跨省直接结算经办规程》(试行)开展门诊费用跨省直接结算试点工作。已办理基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算备案人员同步开通门诊费用直接结算服务,无需另外备案。其他有异地门诊就医需求的人员按照参保地异地就医管理要求办理异地就医备案,参保地可提供线上自助开通异地就医备案服务。参保人在备案的就医地选择开通跨省异地就医直接结算服务的定点医疗机构就诊。

(二) 规范异地就医结算流程和待遇政策。参保人员门诊费用跨省直接结算时,就医地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出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。

跨省异地就医人员直接结算的门诊费用,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)。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执行参保地规定。

(三) 门诊慢特病资格认定和医保管理服务。门诊慢特病费用跨省直接结算从高血压、糖尿病等涉及人群较多、地方普遍开

展的门诊慢特病起步，逐步扩大到其他门诊慢特病病种。国家医保局负责制定全国统一的病种名称和病种编码。参保地经办机构负责门诊慢特病资格认证、人员备案信息管理。就医地经办机构负责医保管理和服務，完善定点医药机构医保协议，指导就医地定点医疗机构做好门诊慢特病跨省异地就医患者的结算服务，提供与本地参保患者一样的管理服务。

（四）切实加强就医地监管。就医地经办机构应将异地就医人员纳入本地统一管理，在定点医药机构确定、医疗信息记录、医疗行为监控、医疗费用审核和稽核等方面提供与本地参保人相同标准的服务和管理，并在与定点医药机构协议管理中予以明确。就医地经办机构要加强业务协同管理，严厉打击医保欺诈行为，及时将异地就医人员的违法违规行爲通报至参保地经办机构。

（五）强化异地就医资金管理。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参保地医疗保险基金。门诊费用跨省直接结算预付金和清算资金管理参照跨省异地就医住院医疗费用直接结算管理流程。

（六）打造便民高效的异地就医结算服务。有条件的试点地区可以结合门诊费用跨省直接结算试点工作，同步推进自助开通异地就医结算服务和凭医保电子凭证实现就医、购药等便捷服务，积极促进医保疾病诊断和手术操作分类与代码、医疗服务项目、医保药品分类与代码和医保门诊慢特病病种等信息业务编码

标准落地应用。

五、工作要求

(一) 强化组织领导。各级医疗保障部门要高度重视门诊费用跨省直接结算试点工作，按要求统一管理、分级负责。地方各级财政部门要会同医疗保障部门，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) 稳妥有序扩大试点范围。京津冀、长三角、西南5省统一接入国家异地就医管理系统后，应根据本地实际，进一步扩大试点统筹地区和定点医药机构覆盖范围。10月10日前，其他有条件有意愿的省可向国家医保局报送试点申请，11月底前完成系统改造，12月底前经国家医保局验收后试运行。

(三) 及时总结试点经验。试点省医疗保障局要及时掌握和跟踪试点实施和运行情况，针对存在的问题及时完善相关政策措施，按季度开展试点自评，并将自评报告报送国家医保局。国家医保局将会同财政部对各地试点工作开展情况进行调研，总结经验，不断完善试点政策。

(四) 做好宣传引导。试点地区要通过网络、报刊、电视、广播等新媒体和传统媒体广泛宣传相关工作措施和取得的成效，加强分级诊疗、有序就医的宣传力度，合理引导社会预期，增进参保群众对试点工作的了解和支持，及时回应群众关切，为顺利推进试点工作营造良好的舆论环境。

附件：门诊费用跨省直接结算经办规程（试行）



（主动公开）

附件

门诊费用跨省直接结算经办规程（试行）

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，规范门诊费用跨省直接结算流程，制定本规程。

第二条 本规程所称跨省异地就医是指参保人员在省（区、市）外定点医药机构的门诊就医、药店购药行为。鼓励有条件的地区将参保人在跨省异地就医定点药店购药的费用纳入直接结算范围。

第三条 本规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工作。

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。国家医疗保障经办机构负责统一组织、指导协调省际间异地就医管理服务工作。省级医疗保障经办机构负责完善省级异地就医结算管理功能，统一组织协调并实施跨省异地就医管理服务工作。各统筹地区医疗保障经办机构按国家和省级要求做好跨省异地就医经办工作。地方各级财政部门要会同医疗保障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。

第五条 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，门诊费用预付金并入跨省异地住院费用预付金统一测算及管理。预付金原则上来源于参保地医疗保险基金。

第二章 范围对象

第六条 按规定参加基本医疗保险的下列人员中符合参保地规定的异地门诊就医及药店购药人员，可以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符合参保地有关规定的人员。

(三) 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。

(四) 转诊转院人员：指符合参保地转诊转院规定的人员。

(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人员。

第三章 备案管理

第七条 已办理跨省异地就医住院费用直接结算备案的参保

人员，可同步开通跨省异地就医普通门诊直接结算服务，无需再重新办理备案，在备案的就医省或地市选择开通跨省异地就医直接结算服务的定点医疗机构就诊。

第八条 参保人员跨省异地门诊慢特病就医须向参保地经办机构办理异地就医备案手续。

第九条 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，若异地居住地、定点医药机构、联系电话等信息发生变更，可以直接向参保地经办机构申请变更，并经其审核确认。

(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。

第十一条 参保地经办机构可为参保人提供自助异地就医备案服务，实时上传跨省异地就医参保人员备案信息至国家异地就医管理系统。

第四章 就医管理

第十二条 省级医疗保障经办机构应按照合理分布、分步纳入的原则，在省内异地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，并报国家医疗保障经办机构统一备案、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，省级医疗保障经办机构应及时上报国家医疗保障经办机构，由国家医疗保障经办机构统一公布。

第十三条 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。

第十四条 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，为异地参保患者提供与本地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。就医地经办机构负责门诊费用具体审核。

第十五条 门诊慢特病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

第十六条 门诊费用结算是指就医地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，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）。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执行参保地规定。

第十七条 参保人员门诊费用跨省直接结算时，就医地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出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。

第十八条 参保人员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支付。

第十九条 门诊费用对账是指就医地经办机构与定点医药机构就门诊费用确认医保基金支付金额的行为。国家异地就医管理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管理系统的三方对账，做到数据相符。如出现对账信息不符的情况，省级医疗保障经办机构应及时查明原因，必要时提请国家医疗保障经办机构协调处理。

第二十条 就医地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。

第二十一条 就医地经办机构负责结算在本辖区发生的异地就医医疗费用。其中，同属省本级和省会城市的定点医药机构，其费用原则上由就医地省本级经办机构负责结算，省本级不具备

经办条件的，可由就医地省会城市负责结算；同属地市级和县（市、区）的定点医药机构，其费用原则上由就医地地市级经办机构负责结算。

第六章 门诊费用跨省清算

第二十二条 门诊费用跨省清算是指省级医疗保障经办机构之间、省级医疗保障经办机构与辖区内医疗保障经办机构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。

第二十三条 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。门诊费用跨省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。各省级医疗保障经办机构应将收到的清算单于5个工作日内提交给同级财政部门。参保地省级财政部门在确认跨省异地就医资金全部缴入省级财政专户，对经办机构提交的清算单和用款申请计划审核无误后，在10个工作日内向就医地省级财政部门划拨清算资金。就医地省级财政部门依据清算单收款。各省级财政部门在完成清算资金划拨及收款后，5个工作日内将划拨及收款信息以书面形式反馈省级医疗保障经办机构，省级医疗保障经办机构据此进行会计核算，并将划拨及收款信息及时反馈国家医疗保障经办机构。因费用审核发生的争议及纠纷，按经办规程规定妥善处理。

第二十四条 国家医疗保障经办机构于每月 21 日前，根据就医地经办机构与定点医药机构对账确认后的门诊费用，并入住院统一清算，生成《____省（区、市）跨省异地就医应付医疗费用清算明细表》、《____省（区、市）跨省异地就医应收医疗费用清算明细表》、《____省（区、市）跨省异地就医职工医保基金支付明细分类表（门诊）》（附件 1）、《____省（区、市）跨省异地就医居民医保基金支付明细分类表（门诊）》（附件 2）、《____省（区、市）跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表（门诊）》（附件 3）和《____省（区、市）跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表（门诊）》（附件 4），各省级医疗保障经办机构可通过国家异地就医管理系统查询本省内各统筹区的上述清算信息，于每月 25 日前确认上述内容。

第二十五条 国家医疗保障经办机构于每月底前，确认跨省异地就医费用清算信息，并在国家异地就医管理系统发布。

第七章 稽核监督

第二十六条 异地就医医疗服务实行就医地管理。就医地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。

第二十七条 就医地经办机构应当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

规行为按协议及相关规定执行，并逐级上报国家医疗保障经办机构。

第二十八条 就医地经办机构发现异地就医人员有严重违规行为的，应暂停其直接结算，同时上报国家医疗保障经办机构协调参保地经办机构，由参保地经办机构根据相关规定进行处理。

第二十九条 就医地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。对定点医药机构违背服务协议规定并处以违约金的，由就医地经办机构按规定处理。

第三十条 国家医疗保障经办机构适时组织跨省异地就医联审互查，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。

第三十一条 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

第三十二条 省级医疗保障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。

第三十三条 各地要做好门诊费用跨省直接结算相关的各环

节系统改造工作。

第三十四条 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。

第三十五条 各省级医疗保障经办机构可根据本规程，制定本地区异地就医直接结算实施细则。

第三十六条 本规程由国家医疗保障局负责解释。

第三十七条 本规程自印发之日起实施。

- 附件：1. ____省（区、市）跨省异地就医职工医保基金支付
明细表（门诊）
2. ____省（区、市）跨省异地就医居民医保基金支付
明细表（门诊）
3. ____省（区、市）跨省异地就医职工医保基金审核
扣款明细表（门诊）
4. ____省（区、市）跨省异地就医居民医保基金审核
扣款明细表（门诊）

附件 1

省(区、市)跨省异地就医职工医保基金支付明细表(门诊)

制表单位:(国家医疗保障经办机构签章) 清算月份:××××年××月 医疗类别:门诊 单位:元(保留两位小数)

地区 \ 项目	基本医疗保险		大病补充 医疗保险	补充医疗 保险	公务员 医疗补助	伤残人员 医疗保障	医疗救助	其他	合计
	统筹基金	个人账户							
甲栏	1	2	3	4	5	6	7	8	9
北 京									
天 津									
河 北									
山 西									
内 蒙 古									
辽 宁									
吉 林									
黑 龙 江									
上 海									
.....									
合 计									

- 备注:1. 统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费
 2. 个人账户归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费
 3. 大病补充医疗保险归集参加职工基本医疗保险后,二次投保用于支付超过基本医疗保险基金最高支付限额以上医疗费
 4. 补充医疗保险归集由经办机构管理的其他补充医疗保险基金支付的医疗费
 5. 公务员医疗补助归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费
 6. 伤残人员医疗保障归集二等乙级以上革命伤残军人(1—6级残疾军人)医疗费
 7. 医疗救助归集支付医疗救助对象的医疗费
 8. 其他归集非以上项目医疗费

附件 2

____省(区、市)跨省异地就医居民医保基金支付明细表(门诊)

制表单位:(国家医疗保障经办机构签章)

清算月份:××××年××月

医疗类别:门诊

单位:元(保留两位小数)

地区 \ 项目	基本医疗保险	城乡居民大病保险	医疗救助	其他	合计
甲栏	1	2	3	4	5
北 京					
天 津					
河 北					
山 西					
内 蒙 古					
辽 宁					
吉 林					
黑 龙 江					
上 海					
.....					
合 计					

- 备注:1. 基本医疗保险归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费
 2. 城乡居民大病保险归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费
 3. 医疗救助归集支付医疗救助对象的医疗费
 4. 其他归集非以上项目医疗费

附件 3

省(区、市)跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表(门诊)

制表单位:(国家医疗保障经办机构签章) 清算月份:××××年××月 医疗类别:门诊 单位:元(保留两位小数)

地区	项目	基本医疗保险		大病补充 医疗保险	补充医疗 保险	公务员医疗 补助	伤残人员 医疗保障	医疗救助	其他	合计
		统筹基金	个人账户							
甲栏		1	2	3	4	5	6	7	8	9
北京										
天津										
河北										
山西										
内蒙古										
辽宁										
吉林										
黑龙江										
上海										
.....										
合计										

- 备注:1. 统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费
 2. 个人账户归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费
 3. 大病补充医疗保险归集参加职工基本医疗保险后,二次投保用于支付超过基本医疗保险基金最高支付限额以上医疗费
 4. 补充医疗保险归集由经办机构管理的其他补充医疗保险基金支付的医疗费
 5. 公务员医疗补助归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费
 6. 伤残人员医疗保障归集二等乙级以上革命伤残军人(1-6级残疾军人)医疗费
 7. 医疗救助归集支付医疗救助对象的医疗费
 8. 其他归集非以上项目医疗费

附件4

省(区、市)跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表(门诊)

制表单位:(国家医疗保障经办机构签章)

清算月份:××××年××月

医疗类别:门诊

单位:元(保留两位小数)

地区 \ 项目	基本医疗保险	城乡居民大病保险	医疗救助	其他	合计
甲栏	1	2	3	4	5
北京					
天津					
河北					
山西					
内蒙古					
辽宁					
吉林					
黑龙江					
上海					
.....					
合计					

- 备注:1. 基本医疗保险归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费
 2. 城乡居民大病保险归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费
 3. 医疗救助归集支付医疗救助对象的医疗费
 4. 其他归集非以上项目医疗费

附件 2

国家医保局 文件 财政部

医保发〔2021〕27号

关于加快推进门诊费用跨省直接结算 工作的通知

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 2021 年《政府工作报告》重点任务和《国务院办公厅关于加快推进政务服务“跨省通办”的指导意见》（国办发〔2020〕35 号）要求，解决人民群众在跨省异地就医结算中的“急难愁盼”问题，加快推进门诊费用跨省直接结算，现就有关事项通知如下：

一、工作目标

2021 年底前，各省份 60% 以上的县至少有 1 家普通门诊费

用跨省联网医疗机构，各统筹地区基本实现普通门诊费用跨省直接结算；对于高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等5个群众需求大、各地普遍开展的门诊慢特病，每个省份至少有一个统筹地区实现相关治疗费用跨省直接结算。

2022年底前，每个县至少有1家定点医疗机构能够提供包括门诊费用在内的医疗费用跨省直接结算服务；基本实现上述5个主要门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算统筹地区全覆盖，推进其他门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算或线上零星报销。

二、重点工作

(一) 扩大普通门诊费用跨省直接结算覆盖范围。各省份要全力推动门诊费用跨省直接结算工作，确保2021年底前所有省份、所有统筹地区作为参保地和就医地双向开通，符合条件的职工医保和城乡居民医保参保人员能够在联网定点医疗机构实现普通门诊费用跨省直接结算。

(二) 积极推进门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算。各省份要规范统一参保人员门诊慢特病申办途径、就医规定等政策措施。门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算时使用全国统一的病种编码，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），门诊慢特病病种范围和医保基金起付标准、支付比例、最高支付限额等执

行参保地政策。国家医保局重点推进高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等5个门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算。各省份可根据实际情况，加强区域协作，协商确定增补纳入联网结算的病种，探索将更多门诊慢特病的相关治疗费用纳入跨省直接结算或通过线上报销途径提供便捷高效的政务服务。

(三) 全力推进定点医药机构联网工作。省级医保部门要指导所辖统筹地区加强协议管理，新增定点医疗机构应同步提供门诊费用跨省直接结算服务。按照合理布局、分步纳入的原则，重点加大异地就医需求量大，流动人口相对集中地区联网定点医疗机构扩围力度。鼓励各地结合本地实际，推进定点零售药店提供门诊费用跨省直接结算服务。

(四) 持续优化异地就医备案线上服务。推行“承诺制”“容缺后补制”，推进异地就医备案“零跑腿”“不见面”等线上服务。已上线国家异地就医快速备案和已自助开通异地就医直接结算服务的省份，力争在2021年6月底前实现统筹地区全覆盖。未上线省份统筹推进系统改造和联调测试，尽快开通相关服务。2021年9月底前，全国所有统筹地区依托国家医保服务平台提供统一的线上备案服务。

自助开通异地就医直接结算服务试点省份要及时掌握和跟踪试点实施和运行情况，2021年6月底前将自评报告报送国家医保局。国家医保局将总结试点经验，适时扩大试点范围。

(五) 确保跨省直接结算信息系统升级改造到位并平稳运行。2021年6月底前，按照《跨省异地就医管理子系统接口规范(V2.0)》要求，各省(自治区、直辖市)医保部门应安全、平稳、有序地完成系统接口升级，新接口支持医保电子凭证、身份证、社会保障卡等多种就医介质直接结算。2021年6月底前，各地应将全国统一的定点医药机构编码上传至国家跨省异地就医管理子系统，开通门诊慢特病跨省联网定点医疗机构应将开通的病种编码经医保经办机构确认后同步上传。

(六) 强化跨省异地就医结算业务协同高效。门诊结算时效强，各地应充分利用跨省异地就医业务协同管理机制，加强就医地与参保地间信息沟通。就医地应按照《医疗保障基金使用监督管理条例》要求加强监管，切实打击欺诈骗保行为。国家医保局将探索零星报销线上办理的实现路径，参保地可将零星报销疑点通过国家跨省异地就医管理子系统业务协同管理模块发起费用协查，就医地应积极配合，协助完成。

(七) 加强异地就医费用跨省直接结算预付金和清算资金管理。省级医保部门和财政部门应按照《国家医保局办公室 财政部办公厅关于完善跨省异地就医直接结算资金收付工作的通知》(医保办发〔2020〕2号)等文件提出的时限要求，按期完成年度预付金额度调整、预付金紧急调增和月度清算资金拨付，以及在国家跨省异地就医管理子系统内的确认工作。原则上，当月跨省异地就医结算费用应于次月20日前完成申报并纳入清算，清算

时间延期最长不超过2个月；当年度跨省异地就医结算费用，最晚应于次年第一季度清算完毕；如确有特殊情况，需提前报备说明。

三、工作要求

(一) 加强组织领导。推动门诊费用跨省直接结算是2021年《政府工作报告》明确提出的重点工作，各级医保部门和财政部门要紧紧围绕党中央、国务院决策部署，进一步提高政治站位，始终将医保事业高质量发展同人民美好生活需要紧密结合起来，切实解决参保群众异地就医结算中遇到的“急难愁盼”问题。各级医保部门要将跨省异地就医直接结算工作作为本单位年度重点工作任务，主要领导负总责亲自抓，分管领导具体抓好落实。要按照工作目标和时限要求，制定工作计划，把握工作节奏和力度，将工作落实到具体责任人，层层压实责任，确保按时保质完成任务。省级财政部门要会同医保部门按要求做好预付资金和清算资金的收付款工作，做好经费保障工作，支持跨省异地就医直接结算重点任务落地。

(二) 加强统筹协调。省级医保部门统筹“十四五”时期医疗保障制度改革和制度运行，坚持门诊费用跨省直接结算政策和管理的统一性和规范性，兼顾全国统一医疗保障信息平台建设、15项业务编码的贯标落地应用进度，加强系统集成，注重各项改革协调推进。尚未开展门诊费用省内异地就医直接结算的省份，要按照跨省联网工作安排，同步实现省内联网结算。

(三) 加强调度督导。2021年4月30日前,省级医保部门将2021-2022年门诊费用跨省直接结算工作计划报送至国家医保局。各省份要建立省内专项工作督导台账,定期调度统筹地区接入、定点医疗机构扩面和系统运行情况。国家医保局将按月通报跨省异地就医直接结算扩面情况和系统运行报错情况,会同财政部按季度通报跨省异地就医直接结算资金收付款情况,适时组织省际间门诊费用跨省直接结算业务实测,对进展缓慢、工作落实不力的省份进行约谈督导。



(主动公开)

国家医疗保障局办公室

2021年4月12日印发

抄送：各设区市医保经办机构

江苏省医疗保障局办公室

2021年5月31日印发
