

《关于进一步做好基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知（征求意见稿）》起草说明

一、起草背景

今年初，国务院《政府工作报告》提出“完善跨省异地就医直接结算办法”任务要求。7月份，国家医保局、财政部印发了《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），对跨省异地就医直接结算政策和经办管理进行了规范完善，并要求各省要结合本地实际，进一步明确和细化政策管理规定，及时调整不相符的政策措施，确保2022年12月底前同国家政策相衔接。

二、起草过程

一是吃透精神。组织全面学习领会国家文件精神，做到理解准确。二是全面调研。收集梳理了全省22个统筹区异地就医备案管理规定及报销政策，并进行了系统分析，确定需要调整规范之处。同时了解相邻省份异地就医政策和经办管理情况，搞好学习借鉴。三是起草初稿。结合全省实际，组织起草了《通知》初稿。

三、主要内容

《通知》对全省跨省及省内异地就医直接结算工作进行了全面的规范统一，主要包括九个部分。

第一部分，总体要求。提出了2025年前的目标任务，到2025年，异地就医住院费用直接结算率达到70%以上，异地联网定点医药机构稳步增加，普通门诊费用直接结算覆盖范围稳步扩大，

基本实现异地就医手工报销线上线下通办。

第二部分，统一异地就医备案人员范围。

第三部分，统一异地就医结算政策，包括“三个统一”：一是统一异地就医结算支付政策。明确了跨省和省内异地就医直接结算实行“就医地目录、参保地政策”，异地就医费用手工（零星）报销实行“参保地目录、参保地政策”。当就医地医疗服务项目实际收费高于参保地同级公立医疗机构收费标准的，超过部分个人自费；实际收费低于参保地同级公立医疗机构收费标准的，据实结算。二是统一了异地就医待遇享受机制。明确规定异地长期居住人员在备案地住院就医结算时，执行参保地规定的本地就医医保待遇支付政策；异地转诊和异地急诊抢救人员在备案地住院就医结算时，支付比例在参保地规定的本地住院就医支付比例基础上降幅不超过 10 个百分点，非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员支付比例降幅不超过 20 个百分点；异地长期居住人员符合转外就医规定的，执行参保地规定的转诊转院医保待遇支付政策。同时明确将无第三方责任外伤费用纳入异地就医直接结算范围。三是统一异地长期居住人员在备案地和参保地双向享受医保待遇机制。异地长期居住人员在备案有效期内确需回参保地就医的，原则上执行参保地规定的本地就医医保待遇支付政策。

第四部分，统一异地就医备案管理。包括“五个统一”：一是统一异地就医备案有效期限。异地长期居住人员，实行“一次备案、长期有效”；临时外出就医人员，实行“一次备案、半年有效”。二是统一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，可在定点医疗机构办理医疗费用直接结算。出院自费结算后按规定补办异地就医备案手续的，可以按照参保地规定申请医保手工报销。三是统一异地就医备案变更机制。明确了不同情况下申请变更的条件。四是统一异地就医备案地域。异地就医备案直接备案到就医地市或直辖市，实现省级统筹的直接备案到就医省份。五是统一异地就医转诊机构资格管理。

第五部分，优化异地就医经办管理服务。主要从拓宽异地就医登记备案渠道、方便符合条件的参保人员异地转诊就医，规范异地就医直接结算流程、规范参保人员持医保电子凭证、社会保障卡就医四个方面进行了统一和规范。

第六部分，规范异地就医业务监管和协同管理。一是健全就医地管理机制，明确异地就医实行就医地统一管理。二是健全就医地监管机制。明确异地就医监管追回的医保基金、扣款归参保地，行政处罚、协议违约金归就医地，进一步调动就医地监管积极性。

第七部分，加强异地就医结算基金管理。从健全异地就医费用“先预付、后清算”机制，明确异地就医费用“统一清分、按月清算”原则，规范异地就医资金管理事项三个方面进行了明确和规范。

第八部分，强化异地就医信息化标准化支撑。提出四个统一（统一信息平台、统一就医介质、统一编码应用、统一安全保障）要求。

第九部分，主要从强化组织领导、做好过渡衔接、加强队伍建设、强化宣传引导四个方面提出了具体的工作要求。明确规定各地医保部门要在 12 月底前调整本地政策，同步做好信息系统适应性改造和测试，加强异地就医经办队伍建设，全面精准做好政策宣传解读工作，确保异地就医改革部署及时落地落实。