

# 异地就医结算有了“新指南”

7月26日,国家医保局、财政部发布《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》(简称《通知》),自此跨省异地就医直接结算有了“新指南”。

《通知》要求,各地医保部门要及时调整与本通知不相符的政策措施,确保2022年12月底前同国家政策相衔接;同步按要求调整信息系统,保障跨省异地就医直接结算工作平稳过渡。《基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程》同步印发,于2023年1月1日起正式实施。

## 已有成绩

去年以来,在全面实现住院费用跨省直接结算的基础上,所有统筹地区实现了普通门诊费用跨省直接结算和异地就医备案跨省通办,全国一半统筹地区启动了高血压、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种门诊慢特病相

关治疗费用跨省直接结算试点。截至2022年6月底,全国跨省联网定点医药机构24.67万家,基本实现每个县至少有一家定点医疗机构能够直接报销包括门诊费在内的医疗费用的目标,全国累计直接结算3772.21万人次,基金支付2019.76亿元。



## 发展目标

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将更加健全,全国统一的医保信息平台支撑作用将持续强化,国家异地就医结算能力将显著提升。具体来说有以下内容:

一是住院费用跨省直接结算率提高到70%以上;  
二是普通门诊跨省联网定点医药机构数量实现翻一番,达到50万家左右;

三是高血压、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种门诊慢特病跨省直接结算统筹地区全覆盖的基础上,逐步将其他群众需求大、各地普遍开展的门诊慢特病相关治疗费用纳入跨省直接结算范围;

四是异地就医备案规范便捷;  
五是基本实现医保报销线上线下都能跨省通办。



## 他们说

中国社科院公共经济学研究室主任王震:

新规从参保人在外就医的实际需求出发,统一异地就医备案政策、精简办理流程等,这对破解群众异地就医堵点、难点具有重要意义。

中国医学科学院阜外医院医保物价办主任鲁蓓:

《通知》里的举措都是为老百姓着想,尽可能方便群众在外就医。出台统一的跨省异地就医政策,搭建国家信息平台,也将精简医疗机构结算工作,提高异地患者医保费用结算效率。

中国政法大学政治与公共管理学院副教授廖藏宜:

《通知》的出台表明我国跨省异地就医结算实现了制度建设和经办规程层面上的体系化和标准化。过去几年的实践过程中存在的梗阻主要是各地政策待遇不统一,《通知》明确提出要规范统一各地的政策,这是一大亮点。此外,目前全国统一的医保信息平台已经建立,这个平台将推动异地就医的便利性。随通知下发的《基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程》,将打造全国统一的经办服务规范。



## 参保人员如何跨省异地就医直接结算?

**先备案。**参保人员跨省异地就医前,可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或参保地经办机构窗口等线上线下途径办理异地就医备案手续。

**选定点。**参保人员完成异地就医备案后,在备案地开通的所有跨省联网定点医疗机构均可享受住院费用跨省直接结算服务;门诊就医时,需先了解参保地异地就医管理规定,如果参保地要求参保人员选择一定数量或在指定级别的跨省联网定点医药机构就医购药的,按照参保地规定执行。

**持码卡就医。**参保人员在入院登记、出院结算和门诊结算时均需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对符合就医地规定门(急)诊、住院患者,提供合理、规范的诊治及医疗费用的直接结算服务。



## 哪些人可以申请异地就医备案?

此次《通知》根据基本医保参保人员异地就医行为发生的原因将异地就医备案人员分为跨省异地长期居住人员和跨省临时外出就医人员两类,并进一步细分为6种人员。

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参保省外工作、居住、生活的人员。

跨省临时外出就医人员包括异地转诊就医人员,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。

## 备案有效期限?

跨省异地长期居住人员办理登记备案后,备案长期有效;参保地可设置变更或取消备案的时限,原则上不超过6个月。

跨省临时外出就医人员备案有效期原则上不少于6个月,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。



## 跨省长期居住人员备案后,回到原参保地医保还能再使用吗?

《通知》明确规定:允许跨省长期居住人员在备案地和参保地双向享受待遇。

跨省异地长期居住人员在备案地就医结算时,基本医疗保险基金的起付标准、支付比例、最高支付限额原则上执行参保地规定的本地就医时的标准;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,原则上不低于参保地跨省转诊转院待遇水平。

## 如果外出突然需要看急诊,来不及“备案”怎么办?

《通知》规定,将急诊抢救费用纳入跨省异地就医直接结算范围,并且异地急诊人员视同已备案,无需额外提交备案材料。



## 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。简单地讲就是就医地目录、参保地政策。

例:河北省廊坊市某退休职工,2022年7月1日在北京跨省异地就医

直接结算门诊慢特病费用。费用总额64.29元,基金支付48.89元。此笔费用共两个药,按照就医地目录支付范围具体为:甲类药品阿卡波糖片32.52元,全部符合基金支付范围;乙类药品瑞格列奈片31.77元,其中28.59元符合基金支付范围,3.18元为乙类先行自付。按照就医地支付范围,符合基本医保基金支付范围内费用共计61.11(32.52+28.59)元,乙类先行自付金额3.18元,按照参保地的支付比例80%,基金支付48.89(61.11X80%)元。



## 支持措施

### 强化跨省异地就医资金管理

跨省异地就医医疗费用医保基金支付部分在地区间实行先预付后清算。

跨省异地就医医疗费用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。

划拨跨省异地就医资金过程中发生的银行手续费、银行票据工本费不得在基金中列支。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。



### 提升医保信息化标准化支撑力度

持续深化全国统一的医保信息平台建设和医保信息业务编码标准全业务全流程应用,推进国家跨

省异地就医管理子系统优化完善,加强系统运维管理和安全保障。

### 加强跨省异地就医直接结算基金监管

健全跨省异地就医直接结算基金监管机制,完善区域协作、联合检查等工作制度;落实就医地和参保地监管责任,把跨省异地

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;同时明确了跨省异地就医监管追回的医保基金、扣款等处理方式。