HNPR-2021-36006

湖南省医疗保障局

湖南省财政厅

文件

湘医保发〔2021〕19号

湖南省医疗保障局　湖南省财政厅

关于印发《湖南省门诊费用跨省直接结算管理办法（试行）》的通知

各市州医疗保障局、财政局：

为进一步规范基本医疗保险参保人员跨省异地就医门诊医疗费用直接结算管理，提高服务水平，《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），结合我省实际，省医疗保障局、省财政厅制定了《湖南省门诊费用跨省直接结算管理办法（试行）》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

湖南省医疗保障局 湖南省财政厅

2021年4月19日

湖南省门诊费用跨省直接结算管理办法

（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，提高服务水平，规范门诊费用跨省直接结算流程，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），结合我省实际，制定本办法。

**第二条** 本办法所称跨省异地就医是指参保人员在省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** 本办法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。省级医疗保险经办机构（以下简称省级经办机构）负责统一组织、协调、指导全省参保人员跨省异地就医门诊管理服务工作，负责全省参保人员跨省门诊异地就医结算费用数据生成、数据储存和数据交换，负责省际间跨省门诊异地就医费用结算和清算工作；市（州）级医疗保险经办机构（以下简称市级经办机构）负责完成本辖区内跨省门诊异地就医费用结算和清算工作；各级经办机构按有关规定要求做好跨省门诊异地就医人员备案、费用结算和清算以及费用审核、协议医疗机构监管等工作。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，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，跨省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** 各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，经省级经办机构审核，上报国家医疗保障经办机构。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，各级医疗保障经办机构应及时上报，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。建立异地就医参保人身份核实制度，并纳入对协议医疗机构年度考核内容。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** 跨省异地就医门诊费用实行按月结算。协议医疗机构在规定时间内向就医地医疗保险经办机构申报上月跨省异地就医门诊费用。医保经办机构应及时完成门诊医疗费用审核并按照协议规定时间与医疗机构完成门诊医疗费用结算。参保人员门诊医疗费用申报结算资料包括：

1.基本医疗保险支付汇总表；

2.基本医疗保险支付明细表；

3.基本医疗保险门诊医疗费用结算单；

4.协议医疗机构结算票据；

5.其它资料。

**第二十条** 跨省异地就医门诊费用直接结算实行履约保证金制度。医保经办机构每年根据协议医疗机构履行医疗服务协议情况，确定年度履约保证金返还额度。

第六章 门诊费用跨省清算

**第二十—条** 门诊费用跨省清算是指各级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。

**第二十二条** 跨省异地就医费用清算以省为单位，按月与其他省（市、区）进行统一清算。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。我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。因费用审核发生的争议及纠纷，按经办规程规定妥善处理。

**第二十三条** 基本医疗保险跨省异地就医门诊费用实行按月清算。省级经办机构负责省际间跨省异地就医门诊费用清算业务。基本医疗保险跨省异地就医门诊费用采取按月逐级上解模式，各市（州）经办机构应在收到省级经办机构下达的清算通知书 15 个工作日内，完成辖区内跨省异地就医门诊费用上解和清算。

第七章 预付金管理

**第二十四条** 预付金额度按年核定，每年清算一次。跨省异地就医门诊费用直接结算预付金额度测算办法：以上年度平均两个月本市州跨省异地就医实际发生费用为标准，结合国家医疗保障局相关规定核定额度。

第八章 稽核监督

**第二十五条** 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。

**第二十六条** 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，并逐级上报省医疗保障局。

**第二十七条** 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，同时上报省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。

**第二十八条** 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。

**第二十九条** 省医疗保障经办机构适时对各市州作为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。

第九章 信息管理

**第三十一条** 省医疗保障局负责全省医保异地就医信息系统规划建设和运行维护，督促、指导各级医疗保障部门协议医疗机构做好相关信息化工作。

**第三十二条** 各级医疗保障部门负责落实全省医保信息化建设规划，做好本级异地就医信息系统建设和运行维护工作。

**第三十三条** 各级经办机构负责协议医疗机构信息管理系统（HIS）与异地就医信息系统的对接和运行维护，实现数据实时交互，确保异地就医业务的顺畅高效运行。

第十章　附　则

**第三十四条** 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。

**第三十五条** 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。

**第三十六条** 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。

**第三十七条** 各市级医疗保障部门可根据本办法，制定本地区跨省异地就医门诊直接结算实施细则。

**第三十八条** 本办法2021年5月14日试行，有效期二年。

（此件依申请公开）

湖南省医疗保障局办公室 　　　 2021年5月14日印发