

广东省人力资源和社会保障厅 广东省财政厅 广东省卫生和计划生育委员会

粤人社函〔2015〕674号

关于进一步做好我省医疗保险 省内异地就医直接结算服务工作的通知

各地级以上市人力资源和社会保障（社会保障）局、财政局、卫生计生局（委）、省社保局：

为贯彻落实《中共广东省委贯彻落实中共中央关于全面深化改革若干重大问题的决定的意见》（粤发〔2014〕1号）的精神和省政府2015年工作安排，根据人力资源和社会保障部、财政部、卫生计生委《关于进一步做好基本医疗保险异地就医医疗费用结算工作的指导意见》（人社部发〔2014〕93号）要求，为进一步做好我省医疗保险省内异地就医医疗费用直接结算工作，确保今年内全省全面实现省内异地就医医疗费用直接结算，现将有关问题通知如下。

一、规范异地就医直接结算服务

坚持“享受参保地政策、委托就医地管理”的原则，协同推进异地就医直接结算工作。参保人在参保地办理异地就医手续后，在参保地之外的省内定点医疗机构就诊的医疗费用实现直接结算。异地就医人员原则上享受参保地医保待遇，医疗保险基金以及补充等保险的起付标准、支付比例和最高支付限额执行参保地的政策。异地居住退休人员原则上执行参保地支付比例，不按转外就医的支付比例。

加快建立“广东省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施标准”三个目录标准代码库，异地就医原则上执行全省统一医疗保险支付范围。

二、完善医疗费用结算流程

异地就医人员医疗费用结算服务工作按照“统一结算、一站式服务”的原则开展。省社保局开设全省异地就医结算专户，负责及时统一结算全省异地就医医疗费用。异地就医参保人出院时，按规定应当由参保人个人负担的医疗费用由参保人与医疗机构结算，属于医疗保险基金以及补充等保险金支付的费用，由就医定点医疗机构先行记账，再由省社保局与其按月结算，按年清算。

三、加强异地就医服务管理

建立全省异地就医管理协作机制，就医地经办机构负责对本统筹区域内的异地就医定点医疗机构的医疗服务行为进行监管。各市要细化医疗服务协议，将异地就医定点医疗机构为异地就医

人员的服务质量及费用控制情况，作为当地定点医疗机构分级管理考核的重要依据。要确保异地就医人员在定点医疗机构享受与就医地参保人员同等医疗服务。

四、加强领导，通力合作，确保今年内全面实现省内异地就医直接结算

各级人力资源和社会保障部门要加强领导，落实责任，确定专门部门和配备人员负责此项工作。按要求做好与省异地就医结算系统的对接工作，确保异地就医结算网络定期维护，系统畅通，使用和执行统一标准，为全省异地就医直接结算工作提供保障。要做好相关培训，保证异地就医直接结算工作顺利实施。省社保局要做好全省异地就医医疗费用结算工作，确保基金安全，保证异地就医人员医疗待遇的落实。

各级财政部门要按《关于明确基本医疗保险基金预拨付问题的通知》（粤财社〔2014〕444号）规定，严格按照规定用途及时向社会保险经办机构拨付基本医疗保险待遇支付用款，并纳入本级医疗保险基金预算管理。

各级卫生计生部门要推进分级诊疗工作，建立健全转诊转院工作制度，推动建立规范合理的分级诊疗程序，要加大监管力度，规范医疗行为，促进合理规范诊疗。各级医疗机构要积极配合相关部门做好异地就医直接结算工作。

异地就医结算服务具体经办规程由省社保局另行制定。

附件：人力资源社会保障部、财政部、国家卫生和计划生育委员会等关于进一步做好基本医疗保险异地就医医疗费用结算工作的指导意见（人社部发〔2014〕93号）



公开方式：主动公开

附件

人 力 资 源 社 会 保 障 部
财 政 部 文 件
国 家 卫 生 和 计 划 生 育 委 员 会

人社部发〔2014〕93号

人 力 资 源 社 会 保 障 部
关 于 进 一 步 做 好 基 本 医 疗 保 险 异 地 就 医
医 疗 费 用 结 算 工 作 的 指 导 意 见

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团人力资源社会保障厅（局）、财政（财务）厅（局）、卫生计生委：

2009年《关于基本医疗保险异地就医结算服务工作的意见》（人社部发〔2009〕190号）印发以来，各地积极探索推进异地就医结算工作，为参保群众提供便捷服务。目前，在全国范围内，基本医疗保险市级统筹基本实现，大多数省份建立了省内异

地就医结算平台并开展了直接结算，一些地区还进行了“点对点”跨省结算的尝试。但此项工作与群众期盼还存在差距，异地就医结算手续依然比较复杂，异地医疗服务监管尚不到位。根据党的十八届三中全会决定精神，现就进一步做好基本医疗保险异地就医医疗费用结算（以下简称异地就医结算）工作，提升基本医疗保险管理服务水平，提出以下意见：

一、进一步明确推进异地就医结算工作的目标任务

（一）总体思路。完善市（地）级（以下简称市级）统筹，规范省（自治区、直辖市，以下简称省）内异地就医结算，推进跨省异地就医结算，着眼城乡统筹，以异地安置退休人员和异地住院费用为重点，依托社会保险信息系统，分层次推进异地就医结算服务。要根据分级诊疗的要求，做好异地转诊病人的医疗费用结算管理。要不断提高医疗保险管理服务水平，完善医疗服务监控机制，在方便参保人员异地就医结算的同时，严防欺诈骗保行为，维护广大参保人合法权益。

（二）近期目标。2014年，在现有工作基础上，完善基本医疗保险市级统筹，基本实现市级统筹区内就医直接结算，规范和建立省级异地就医结算平台；2015年，基本实现省内异地住院费用直接结算，建立国家级异地就医结算平台；2016年，全面实现跨省异地安置退休人员住院医疗费用直接结算。有条件的地区可以加快工作节奏，积极推进。

二、完善市级统筹，实现市域范围内就医直接结算

以全面实现市域范围内医疗费用直接结算为目标，推进和完

善基本医疗保险市级统筹。首先做到基本医疗保险基金预算和筹资待遇政策、就医管理的统一和信息系统的体化衔接，逐步提升基本医疗保险服务便利性。实现城乡基本医疗保险制度整合的地区，要同步推动城乡居民医保实现市级统筹。

已经实行市级统筹的地区要进一步提高市级统筹质量。采取统收统支模式的，要明确地市和区县级社会保险经办机构（以下简称经办机构）职责，落实分级管理责任；采取调剂金模式的，要规范调剂金的收取和调剂管理办法，以逐步实现制度政策、基金管理、就医结算、经办服务、信息系统方面的统一。有条件的地方要加快推进省级统筹。

三、规范省内异地就医直接结算

各省要按照国家统一规范，建立完善省级异地就医结算平台，支持省内统筹地区之间就医人员信息、医疗服务数据以及费用结算数据等信息的交换，并通过平台开展省内异地就医直接结算工作。

各省人力资源社会保障部门要加强对各统筹地区医疗保险政策的指导，按照国家要求建立统一的药品目录、诊疗项目和医疗服务设施信息标准库，完善与异地就医相关的结算办法和经办流程。要完善定点医疗机构管理，建立并维护支持异地就医直接结算的定点医疗机构数据库。定点医疗机构名单应向社会公布。

异地就医人员的医疗保险待遇执行参保地政策。各统筹地区要建立规范的异地就医报送办法。符合条件的参保人员经同意异地就医后，参保地经办机构应将人员信息通过省级平台传送给就

医地经办机构。就医地经办机构负责为异地就医人员提供经办服务，对相关医疗服务行为进行监管，并将相关信息及时如实传送给参保地经办机构。

四、完善跨省异地就医人员政策

加强跨省异地就医的顶层设计，统筹考虑各类跨省异地就医人员需求，逐步推进跨省异地就医直接结算。当前重点解决跨省异地安置退休人员的住院费用，有条件的地方可以在总结经验的基础上，结合本地户籍和居住证制度改革，探索将其他长期跨省异地居住人员纳入住院医疗费用直接结算范围。

跨省异地安置退休人员是指离开参保统筹地区长期跨省异地居住，并根据户籍管理规定已取得居住地户籍的参保退休人员。这部分人员可自愿向参保地经办机构提出异地医疗费用直接结算申请，经审核同意并由居住地经办机构登记备案后，其住院医疗费用可以在居住地实行直接结算。

跨省异地安置退休人员在居住地发生的住院医疗费用，原则上执行居住地规定的支付范围（包括药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准）。医疗保险统筹基金的起付标准、支付比例和支付限额原则上执行参保地规定的本地就医时的标准，不按照转外就医支付比例执行。经本人申请，可以将个人账户资金划转给个人，供门诊就医、购药时使用。

五、做好异地就医人员管理服务

各统筹地区经办机构应当根据跨省异地安置退休人员、异地转诊人员、异地急诊人员等不同人群的特点，落实管理责任，加

强医疗服务监管，做好服务。

对经登记备案的跨省异地安置退休人员，居住地的经办机构应一视同仁地将其纳入管理，在定点医疗机构和零售药店确定、医疗信息记录、医疗行为监控等方面提供与本地参保人相同的服务和管理。跨省异地安置退休人员发生的应由统筹基金支付的住院医疗费用，通过各省级异地就医结算平台实行跨省直接结算。

对于异地转诊的参保人员，经办机构要适应分级诊疗模式和转诊转院制度，建立参保地与就医地之间的协作机制，引导形成合理的就医秩序。就医地经办机构应协助参保地经办机构进行医疗票据核查等工作，保证费用的真实性，防范和打击伪造医疗票据和文书等欺诈行为。

对于异地急诊的参保人员，原则上在参保地按规定进行报销；需要通过医疗机构对费用真实性进行核查的，就医地经办机构应予以协助。

参保人员异地就医费用按规定实行直接结算的，应由医疗保险基金支付的部分，原则上先由就医地医疗保险基金垫付，再由参保地经办机构与就医地经办机构按月结算。

对异地就医造成的就医地经办机构增加的必要工作经费，由就医地经办机构同级财政统筹安排。鼓励各地探索委托商业保险机构经办等购买服务的方式，提高异地就医结算管理和服务水平。

六、大力提升异地就医信息化管理水平

按照国家电子政务建设和信息惠民工程建设的要求，着力推

进社会保险业务信息管理系统省级集中，建立完善中央和省级异地就医费用结算平台，统一信息系统接口、操作流程、数据库标准和信息传输规则，推进《社会保险药品分类与代码》等技术标准的应用。通过省级异地就医结算平台或省级集中社会保险业务管理系统，支持省内统筹地区之间的异地就医结算数据传输和问题协调。国家级异地就医结算平台与各省级异地就医平台对接，逐步通过平台实现跨省异地就医数据交换等功能。

七、加强组织落实

各级人力资源社会保障部门负责异地就医结算的统筹协调工作。各省人力资源社会保障部门要按照国家统一要求，协调省内有关部门制定本省份推进异地就医结算的工作计划，要加强与其他省份的沟通，积极推进跨省异地就医结算工作。统筹地区人力资源社会保障部门要树立全局观念，积极为来本地就医的参保人员提供医疗保险管理服务。有条件的省要统筹考虑生育保险、工伤保险等其他涉及医疗服务的社会保险，制定统一的社会保险异地就医管理办法。

财政部门要结合异地就医结算工作的开展，完善有关会计核算办法，会同有关部门完善社会保险基金财务制度。根据经办机构用款计划，及时足额划拨异地就医结算资金。加大资金支持力度，确保异地就医工作经费的落实。

卫生计生部门要会同有关部门，研究制定分级诊疗办法，建立健全转诊转院制度，引导形成合理的就医流向。要加大监管力度，规范医疗行为，促进合理规范诊疗。

医疗保险异地就医费用结算工作是健全全民医保体系的重要任务之一，事关人民群众切身利益。各有关部门要高度重视，加强配合，密切协作，确保工作落到实处，同时注意全面准确地做好宣传工作，合理引导社会预期。各地在工作中遇有重要情况要及时报告，有关部门要加强专项督查，推动工作进展。

本意见适用于人力资源社会保障部门负责的基本医疗保险。



(此件主动公开)