

北京市医疗保障局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

京医保发〔2022〕41号

各区医疗保障局、北京经济技术开发区社会事业局，各定点医药机构：

为持续提升人民群众异地就医结算的获得感、幸福感和安全感，根据国家医保局、财政部《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）精神，本市进一步完善基本医疗保险跨省异地就医直接结算（以下简称直接结算）办法，规范直接结算服务管理。现就有关事项通知如下：

一、完善直接结算政策

（一）统一住院、普通门诊和门诊慢特病直接结算基金支付政策。参保人员直接结算的住院、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。

（二）明确跨省异地就医备案人员范围。本市参保人员有跨省异地就医需求时均可申请办理跨省异地就医备案，备案后参保人

员在备案就医地跨省联网定点医药机构可享受直接结算服务。

(三)规范跨省异地就医备案有效期限。本市参保人员办理跨省异地就医备案时,可根据实际需要自行选定备案有效期限,备案生效日期和备案截止日期以系统登记日期为准。参保人员备案就医地或单位、险种等参保关系发生变化时,需重新办理备案手续,重新备案后原备案有效期限自动失效。

(四)允许补办跨省异地就医备案和无第三方责任外伤参保人员享受直接结算服务。参保人员跨省异地就医出院结算前补办跨省异地就医备案的,跨省联网定点医疗机构应为参保人员提供直接结算服务。跨省异地就医参保人员出院自费结算后按规定补办备案手续的,可以按参保地规定申请医保手工报销。同时,符合就医地管理规定的无第三方责任外伤医疗费用可纳入直接结算范围。

二、规范直接结算管理服务

(一)简化跨省异地就医备案办法。本市参保人员跨省异地就医前,需办理跨省异地就医备案。备案手续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各区经办机构窗口等线上线下多种途径,以登记本人信息、签署个人承诺书的方式进行办理。

(二)明确直接结算定点范围。本市参保人员办理跨省异地就医备案时,原则上就医地只需备案到就医地所在的统筹地区即可,备案就医地统筹地区内的所有跨省联网定点医药机构均为参保人

员的异地就医定点医药机构,可享受住院、普通门诊或购药直接结算服务。本市参保人员特殊病跨省异地就医需备案到就医地定点医疗机构,原则上一种特殊病可选择两家定点医疗机构,在已开通相应门诊慢特病直接结算业务的跨省联网定点医疗机构就医,发生的特殊病相关治疗费用可享受直接结算服务。

(三)规范参保人员持医保电子凭证、社会保障卡就医。参保人员跨省异地就医时,应在就医地的跨省联网定点医药机构主动表明参保身份,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应做好异地参保人员的参保身份验证工作,指引未办理备案人员及时办理备案手续,为符合就医地规定的参保人员,提供合理规范的诊疗服务及方便快捷的结算服务。

(四)规范直接结算流程。跨省异地就医直接结算时,就医地应按国家统一要求将费用信息上传至国家医疗保障信息平台,用于跨省联网定点医药机构与参保人员直接结算。因故无法直接结算的,跨省联网定点医药机构也应上传医疗费用明细、诊断等就诊信息,支持开展手工报销线上办理试点。

(五)实行就医地统一管理。各级医保经办机构应将异地就医人员纳入本市统一管理,在医疗信息记录、绩效考核、医疗行为监控、费用审核、总额预算等方面提供与本市参保人员相同的服务和管理,并在定点医药机构医疗保障服务协议中予以明确;探索医保支付方式改革在异地就医结算中的应用,引导定点医疗机构合理诊疗。

(六)强化跨省异地就医业务协同管理。各级医保部门应逐步健全工作机制,形成分工明确、职责明晰、流程统一的跨省异地就医业务协同管理体系,在问题协同、线上报销、费用协查、信息共享等方面全面提升跨省异地就医业务协同管理能力。

三、强化跨省异地就医资金管理

跨省异地就医费用中医保基金支付部分实行先预付后清算。跨省异地就医费用清算按照国家统一清分的方式,按月全额清算。市医保经办机构和市财政部门应按照《北京市基本医疗保险跨省异地就医直接结算实施细则》(附件)要求,协同做好清算资金划拨和收款工作。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。

四、提升医保信息化标准化支撑力度

(一)持续深化全国统一的医保信息平台全业务全流程应用。各级医保部门要按照国家统一规范和要求扎实推进编码动态维护和深化应用,完善医保信息化运维管理体系,不断提升医保数据治理水平,为直接结算提供强有力的系统支撑。

(二)持续推进系统优化完善。各级医保部门要按照国家统一的接口标准规范,不断优化系统性能,减少响应时间,切实改善参保人员直接结算体验。医保系统停机切换时,应做好事前报备、事中验证、事后监测,确保数据迁移及时、完整、精准,解决个人编号等信息变更对在途业务的影响,确保业务平稳衔接和系统稳定运

行。

(三)加强系统运维管理和安全保障。各级医保部门要持续打造专业可靠的运维管理团队,构建基础设施、网络安全、云平台、业务子系统等领域的运维管理流程,形成科学有效的运维管理制度体系。落实安全管理责任,提升系统安全运维能力,强化信息系统边界防护,严禁跨省联网定点医药机构连接医保系统的信息系统接入互联网,规范跨省异地就医身份校验,保障数据安全。统一规范异常交易报错信息质控标准,做好问题分类,简明扼要、通俗易懂地描述错误原因,方便异常交易的问题定位,并及时响应处理。

五、加强直接结算基金监管

各级医保部门要切实落实就医地和参保地监管责任。作为就医地,要把直接结算作为日常监管、专项检查、飞行检查等重点内容,严厉打击各类欺诈骗保行为,同时要配合异地医保部门做好相关核查;作为参保地,要定期开展跨省异地就医医保基金使用情况分析,精准锁定可疑问题线索,积极开展问题核查,确保医保基金安全合理使用。

各级医保部门要按照本通知精神,将直接结算工作作为深化医疗保障制度改革的重要任务,加强组织领导、统筹协调推进、做好宣传培训,确保本市直接结算工作平稳衔接过渡。

本通知自 2023 年 1 月 1 日起执行。此前文件与本通知不一致的,以本通知为准。

附件：北京市基本医疗保险跨省异地就医直接结算实施细则

北京市医疗保障局

2022 年 12 月 30 日

附件

北京市基本医疗保险跨省异地就医 直接结算实施细则

为加强本市跨省异地就医直接结算经办业务管理,规范经办业务流程,推动业务协同联动,提高服务水平,根据国家医保局、财政部《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)等文件要求,制定本细则。

第一章 总则

第一条 本细则所称跨省异地就医是指基本医疗保险参保人员在参保关系所在省、自治区、直辖市(以下统称省)以外的定点医药机构发生的就医、购药行为。直接结算是指参保人员在跨省联网定点医药机构就医时,只需支付按规定由个人负担的医疗费用,其他费用由就医地经办机构与跨省联网定点医药机构按医疗保障服务协议(以下简称医保服务协议)约定审核后支付。跨省联网定点医药机构是指已开通跨省联网直接结算业务的医保定点医疗机构和定点零售药店。

第二条 本细则适用于基本医疗保险参保人员跨省异地就医直接结算经办管理服务。其中基本医疗保险包括职工基本医疗保险(以下简称职工医保)和城乡居民基本医疗保险(以下简称

居民医保)。

第三条 本市直接结算经办工作属于全国经办工作的有机组成部分,在国家统一组织架构下展开实施,由市医保经办机构、各区医保经办机构和定点医药机构三级主体分工经办,实行统一管理、分级负责。各级医保经办主体均应按照“就医地目录、参保地政策、就医地管理”的原则和要求,结合工作实际,优化经办流程,保障本市直接结算工作顺畅运转,为参保人员提供便捷高效的跨省异地就医结算服务。

第四条 直接结算医疗费用的医保基金支付部分实行先预付后清算,预付资金原则上来源于参保人员所属统筹地区的医疗保险基金。市医保经办机构会同市财政部门,按规定及时划拨本市直接结算预付金和清算资金,确保账账相符、账款相符。

第五条 本市不同投资主体、经营性质的医保定点医药机构均可申请纳入国家跨省联网定点医药机构范围,开通直接结算业务,享受同等医保政策、管理和服务。市医保经办机构负责指导各区医保经办机构将辖区符合条件的定点医药机构纳入跨省联网定点医药机构范围,并按要求在国家直接结算管理子系统中做好相关定点医药机构基础信息、医保服务协议状态等信息的动态维护工作。

第二章 登记备案

第六条 参保人员有跨省异地就医需求时需办理跨省异地就

医备案(以下简称备案),备案手续由参保地负责办理,执行参保地有关规定。参保人员可在参保地经办机构窗口、指定的线上办理渠道或国家医保服务平台 APP、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序等多种线下线上渠道申请办理备案。本市参保人员备案后,可在本市和备案就医地定点医疗机构双向就医,原选定的本市定点医疗机构不变。

第七条 本市参保人员办理备案时,需提交《北京市跨省异地就医登记备案表》(附件 1),如实登记本人信息,并签署《基本医疗保险跨省异地就医备案个人承诺书》(附件 2),承诺保证本人符合办理条件,所述(填)信息真实、准确、完整、有效,愿意接受信息共享查询核验,由此产生的一切经济损失和法律责任均由本人承担即可备案。

第八条 本市参保人员患特殊病需要跨省异地就医治疗时,需到所属参保区医保经办机构窗口办理备案手续,提供定点医疗机构出具的特殊病种诊断证明和异地特殊病定点医疗机构签字盖章的《北京市医疗保险特殊病种备案申报表》,并如实登记本人信息。

第九条 本市参保人员办理备案时,原则上就医地只需备案到就医地所在的统筹地区即可。就医地为市级统筹地区的,即备案到就医市;就医地为海南、西藏等省级统筹地区 and 新疆生产建设兵团的,即备案到就医省和新疆生产建设兵团。备案有效期内,参保人员在备案就医地统筹地区内的所有跨省联网定点医药机构可

享受住院、普通门诊或购药直接结算服务。本市参保人员特殊病跨省异地就医需备案到就医地定点医疗机构,原则上一种特殊病可选择两家定点医疗机构,在已开通相应门诊慢特病直接结算业务的定点医疗机构就医,发生的特殊病相关治疗费用可享受直接结算服务。

第十条 本市参保人员办理跨省异地就医备案时,可根据实际需要自行选定备案有效期限,备案生效日期和备案截止日期以系统登记日期为准。参保人员备案就医地或单位、险种等参保关系发生变化时,需重新办理备案手续,重新备案后原备案有效期限自动失效。特殊病跨省异地就医备案自办理备案之日起生效,因病情需要终止特殊病治疗或变更特殊病定点医疗机构的,应先结清当前特殊病医疗费用,再办理终止或变更,原备案效力自动终止。

第十一条 各区经办机构应及时为本市参保人员办理备案信息登记、变更或取消业务,确保信息真实、准确、完整、有效,填写《北京市跨省异地就医登记备案表》(附件1),并将信息实时上传至国家跨省异地就医管理子系统,保障本市参保人员就医,方便就医地经办机构和跨省联网定点医药机构查询。

第三章 就医管理

第十二条 参保人员在就医地跨省联网定点医药机构就医购药时,应主动表明参保身份,出示医保电子凭证或社会保障卡等有

效凭证,遵守就医地就医、购药有关流程和规范。

第十三条 跨省联网定点医药机构应对异地就医患者进行身份识别,为符合就医地规定的参保人员提供合理规范的诊疗服务及方便快捷的跨省异地就医直接结算服务,实时上传就医和结算信息。提供门诊慢特病跨省直接结算服务时,应专病专治,合理用药,按病种分别结算。参保人员未办理异地就医备案的,可在定点医药机构指引下申请办理登记备案手续,出院结算前完成登记备案的,跨省联网定点医疗机构应提供直接结算服务。

第十四条 本市跨省联网定点医药机构应根据工作实际需要,在挂号、就诊、结算等环节合理配置身份识别功能,方便异地参保人员身份识别;制定符合直接结算要求的就医、购药管理服务工作流程,方便异地参保人员直接结算。

第十五条 各级医保部门和跨省联网定点医药机构应切实履行就医地职责,将异地参保人员纳入本市统一管理,加强医保服务协议管理,落实监管职责,创新监管手段,规范诊疗行为,严厉打击欺诈骗保行为,防范基金运行风险。

第四章 预付金管理

第十六条 预付金是参保地省级经办机构预付给就医地省级经办机构用于支付参保地异地就医人员医疗费用的资金,资金专款专用,任何组织和个人不得侵占或者挪用。原则上根据上年第四季度医保结算资金月平均值的两倍核定年度预付金额度,按年

清算。就医地可调剂使用各参保地的预付金。

第十七条 预付金初始额度由各省级经办机构上报,国家级经办机构核定生成《____省(区、市)跨省异地就医预付金付款通知书》(附件3)、《____省(区、市)跨省异地就医预付金收款通知书》(附件4),在国家跨省异地就医管理子系统进行发布。市医保经办机构应及时下载并通知市财政部门进行付款和收款。

第十八条 每年1月底前,国家级经办机构根据上一年度各省直接结算资金支出情况,核定各省级经办机构本年度应付、应收预付金,核定生成《全国跨省异地就医预付金额度调整明细表》(附件5),出具《____省(区、市)跨省异地就医预付金额度调整付款通知书》(附件6)、《____省(区、市)跨省异地就医预付金额度调整收款通知书》(附件7),在国家跨省异地就医管理子系统进行发布。其中,就医省返还参保省的资金列入当期就医省直接结算预付金额度调整付款通知书,并在对应参保省名称前加注“*” (部分省财会制度不允许资金数额为“负数”,故加注“*”以示区别,下同)。参保省应收就医省返还的资金列入当期参保省跨省异地就医预付金额度调整收款通知书,并在对应就医省名称前加注“*”。

市医保经办机构应于5个工作日内下载预付金额度调整付款通知书并提交市财政部门。市财政部门对提交的预付单和用款申请计划审核无误后,应在10个工作日内进行划款。划拨预付金时,需注明业务类型(预付金或清算资金),完成划拨后5个工作日内应将划拨信息反馈到市医保经办机构。

市医保经办机构完成付款确认时,应在国家跨省异地就医管理子系统内输入付款银行名称、交易流水号和交易日期等信息,确保信息真实、准确,原则上应于每年 2 月底前完成年度预付金调整额度的收付款工作。

第十九条 直接结算预付金管理设有预警和调增机制。预付金使用率为预警指标,是指异地就医月度清算资金占预付金的比例。预付金使用率达到 70%,为黄色预警。预付金使用率达到 90%及以上时,为红色预警,市医保经办机构可启动预付金紧急调增流程。

当参保省在本市的预付金使用率出现红色预警时,市医保经办机构可在当期清算签章之日起 3 个工作日内登录国家跨省异地就医管理子系统提交预付金额度调增申请。国家级经办机构对申请调增的额度进行审核确认后,将向该参保省和本市分别下发《____省(区、市)跨省异地就医预付金额度紧急调增付款通知书》(附件 8)、《____省(区、市)跨省异地就医预付金额度紧急调增收款通知书》(附件 9)。

市医保经办机构接到预付金额度紧急调增通知书后,应于 5 个工作日内提交市财政部门。市财政部门对提交的预付单和用款申请计划审核无误后,应在 10 个工作日内完成预付金紧急调增资金的拨付。原则上预付金紧急调增额度应于下期清算前完成拨付。

市财政部门在完成预付金额度及调增资金的付款和收款后,

应于5个工作日内将划拨及收款信息反馈到市医保经办机构,市医保经办机构同时向国家级经办机构反馈到账信息。

第二十条 在市财政收款专户信息发生变更时,市医保经办机构要及时在国家跨省异地就医管理子系统变更相关信息;在向市财政部门提交预付单和清算单时,需同步提交《跨省异地就医省级财政收款专户银行账号明细表》(附件10),并将专户信息变更情况告知市财政部门。

第二十一条 当参保省未按规定及时向本市拨付资金时,市医保经办机构应及时向国家级经办机构反映,请国家级经办机构协调和督促相关省及时拨付本市资金。

第五章 医疗费用结算

第二十二条 参保人员直接结算的住院、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。

参保人员因门诊慢特病异地就医时,就医地有相应门诊慢特病病种及限定支付范围的,执行就医地规定;没有相应门诊慢特病病种的,跨省联网定点医疗机构及接诊医师要遵循相关病种诊疗规范及用药规定合理诊疗。

第二十三条 参保人员住院医疗费用直接结算时,就医地应

将住院医疗费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息传输至参保地,参保地按照当地政策规定计算出应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,用于跨省联网定点医疗机构与参保人员结算。

第二十四条 参保人员普通门诊和门诊慢特病直接结算时,就医地应按照就医地支付范围和规定对每条明细进行费用分割后将信息传输至参保地,参保地按照当地政策规定计算出应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,用于跨省联网定点医疗机构与参保人员结算。

第二十五条 跨省联网定点医疗机构直接结算的住院费用明细信息,应于结算后3日内上传国家跨省异地就医管理子系统,以供参保地经办机构查询和下载。

第二十六条 门诊慢特病直接结算使用全国统一的门诊慢特病病种代码及病种名称,医疗费用应按病种分别单独直接结算;未纳入直接结算范围的门诊慢特病医疗费用应按全额结算流程进行结算;其他疾病医疗费用应按普通门诊费用进行直接结算或全额结算。

第二十七条 参保人员因急诊抢救就医的,跨省联网定点医疗机构在为参保人员办理“门诊结算”或“入院登记”时,应按接口标准规范要求如实上传“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”。对于“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”为“急诊”的,参保人员未办理异地就医备案的,参保地应视同已备案,允许参保人员按参保地异

地急诊抢救相关待遇标准直接结算相关门诊、住院医疗费用。

第二十八条 参保人员因外伤异地就医时,跨省联网定点医疗机构应加强外伤人员身份认证,对于符合基本医疗保险支付范围,参保人员主诉无第三方责任的医疗费用,可结合接诊及参保人员病情等实际情况,由参保人员填写《外伤无第三方责任承诺书》(附件 11),为参保人员办理直接结算。跨省联网定点医疗机构在办理入院登记时,应按接口标准规范要求,通过“外伤标志”和“涉及第三方标志”两个接口,如实上传参保人员外伤就医情况。

第二十九条 参保人员异地就医住院期间确因病情需要到其他定点医疗机构检查治疗或到定点药店购药的,跨省联网定点医疗机构需提供《住院期间外院检查治疗或定点药店购药单》(附件 12),加盖医疗保险办公室印章,将相关医药费用纳入本次住院医疗费用直接结算。

第三十条 本市参保人员住院医疗费用跨结算期或跨自然年度直接结算时,医疗保险基金支付的医疗费用按日平均累计待遇。

第三十一条 跨省联网定点医疗机构对于异地参保人员住院治疗过程跨自然年度的,应以出院结算日期为结算时点,整笔结算医疗费用。本市参保人员在异地跨自然年度整笔直接结算的住院医疗费用,根据跨年度前后的住院天数将住院医疗费用分割到两个年度,确定基金和个人费用分担额度。

第三十二条 直接结算时,跨省联网定点医药机构需凭参保人员医保电子凭证或社会保障卡进行身份识别,根据《_____省(区、

市)跨省异地就医住院结算单》(附件 13)、医疗收费票据等,与参保人员结清应由个人负担的费用,医疗保险等基金支付的费用由经办机构按医保服务协议审核后与跨省联网定点医药机构结算。

第三十三条 参保人员异地就医医疗费用可直接结算的,原则上应直接结算。因故无法直接结算的,参保人员与跨省联网定点医疗机构全额结算后,按参保地规定手工报销。跨省联网定点医疗机构应根据医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证采集参保人员有关信息,并将医疗费用明细、诊断等就诊信息及时上传至国家医疗保障信息平台,支持开展手工报销线上办理试点。

第三十四条 跨省联网定点医药机构应支持参保人员普通门诊费用直接结算后合理的退费需求,为参保人员提供逐笔退费、隔笔退费、跨年退费和清算后退费服务。

第三十五条 跨省联网定点医药机构应每日完成当日 HIS 与医保结算系统直接结算费用信息的对账。国家跨省异地就医管理子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跨省异地就医管理子系统的三方对账。原则上,应每日完成当日本市参保人员直接结算费用信息的对账,每月 3 日前完成上月所有直接结算费用信息的对账。如出现对账信息不符的情况,应及时查明原因,必要时提请国家级经办机构协调处理。

第三十六条 各级医保经办机构应及时完成本市定点医药机构的费用审核结算工作,在次月 20 日前将审核结算后的费用及时拨付给定点医药机构。

第三十七条 跨省联网定点医药机构直接结算的医疗费用，应按照基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围进行费用审核，不符合规定的医疗费用应予以扣除。

第六章 费用清算

第三十八条 跨省异地就医费用清算是指省级经办机构之间、省级经办机构与辖区内经办机构之间确认有关跨省异地就医医疗费用的应收或应付金额，据实划拨的过程。

第三十九条 国家级经办机构于每月 21 日生成《全国跨省异地就医费用清算表》(附件 14)、《____省(区、市)跨省异地就医应付医疗费用清算表》(附件 14—1)、《____省(区、市)跨省异地就医职工医保基金应付明细表》(附件 14—2)、《____省(区、市)跨省异地就医居民医保基金应付明细表》(附件 14—3)、《____省(区、市)跨省异地就医医保基金审核扣款明细表》(附件 14—4)、《____省(区、市)跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表》(附件 14—5)、《____省(区、市)跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表》(附件 14—6)、《____省(区、市)跨省异地就医应收医疗费用清算表》(附件 14—7)，市医保经办机构可通过国家跨省异地就医管理子系统精确查询本市的上述清算信息，并于每月 25 日前确认上述内容。

第四十条 国家级经办机构于每月底前根据确认后的《全国跨省异地就医费用清算表》，生成《____省(区、市)跨省异地就医费

用付款通知书》(附件 15)、《_____省(区、市)跨省异地就医费用收款通知书》(附件 16),在国家跨省异地就医管理子系统发布。

市医保经办机构通过国家跨省异地就医管理子系统下载上述通知书后,应于 5 个工作日内提交市财政部门。市财政部门对市医保经办机构提交的清算单和用款申请计划审核无误后,应于 10 个工作日内向就医地省级财政部门划拨资金。

市财政部门在完成清算资金拨付、收款后,在 5 个工作日内应将划拨及收款信息反馈到市医保经办机构,市医保经办机构应及时向国家级经办机构反馈到账信息。原则上,当期清算资金应于下期清算前完成拨付。

第四十一条 原则上,当月直接结算费用应于次月 20 日前完成申报并纳入清算,清算延期最长不超过 2 个月。当年直接结算费用,最晚应于次年第一季度清算完毕。

第四十二条 就医省返还参保省的资金列入当期就医省跨省异地就医费用付款通知书中,对应参保省名称旁加注“*”号标识以示区别;参保省应收就医省返还资金列入当期参保省跨省异地就医费用收款通知书中,对应就医省名称旁加注“*”号标识以示区别。

第七章 审核检查

第四十三条 参保人员跨省异地就医医疗服务实行就医地管理。本市直接结算工作纳入医保服务协议管理,不断细化和完善

协议条款,保障参保人员权益。各级医保经办机构和跨省联网定点医药机构应按照医保服务协议约定开展监督管理,维护医保基金安全。

第四十四条 各区医保经办机构负责本辖区跨省联网定点医药机构直接结算医疗费用的审核结算工作,应按全市要求统一流程和标准,合理配置人员岗位,健全内部控制机制,严控审核质量和工作时限,保证工作高质高效。

第四十五条 各级医保经办机构应加强直接结算医疗费用稽核力度,充分利用计算机智能审核系统,加强大数据分析和费用监控,控制不合理费用支出;对查实的违法违规行为按医保服务协议相关约定执行,涉及欺诈骗保等重大违法违规行为应按程序报请医保行政部门处理,并逐级上报国家级经办机构。

第四十六条 各级医保经办机构应对定点医药机构违规行为涉及的医药费用不予支付,已支付的违规费用应予以扣除,用于冲减参保地直接结算费用。跨省异地就医监管追回的医保基金、扣款等按原渠道返回参保地账户。参保地与就医地因费用审核、资金拨付发生的争议及纠纷时,应逐级上报国家级经办机构负责协调处理。

第八章 业务协同

第四十七条 各级医保经办机构可依托国家跨省异地就医管理子系统业务协同管理模块等多种渠道发起问题协同,并按要求

做好问题响应和处理。

第四十八条 各级医保经办机构对于本市参保人员跨省异地就医一次性住院医疗总费用超过3万元(含3万元)的疑似违规费用,可通过国家跨省异地就医管理子系统向就医地经办机构提出费用协查申请。申请费用协查时,需提交待协查参保人员身份证号码、姓名、性别、医疗服务机构名称、住院号、发票号码、入院日期、出院日期、费用总额等必要信息,以确保待协查信息准确。

国家跨省异地就医管理子系统每月26日零时生成上月26日至当月25日全国跨省异地就医结算费用协查申请汇总表,各级医保经办机构可通过国家跨省异地就医管理子系统下载当期汇总表,并通过本市医保信息系统对外省向我市提出的费用协查申请进行核查,已生成申请汇总表的费用协查申请原则上不予修改或删除。

各级医保经办机构接到本期汇总表后,原则上需于次月26日前完成本期费用协查工作,并及时上传费用协查结果至国家跨省异地就医管理子系统。遇有特殊情况确需延期办理的,自动记录至下一期,并记入本期完成情况统计监测。协查结果分为“核查无误”和“核查有误”两类,如协查信息与实际信息不符,需填写“核查有误”的具体原因方能上传结果。

各级医保经办机构收到就医地经办机构返回的协查结果后,5个工作日内应在国家跨省异地就医管理子系统上进行确认。对协查结果存在异议的,应及时与就医地经办机构进行沟通处理。

第四十九条 各级医保经办机构可根据跨省异地就医结算业务协同问题的紧急程度,通过国家跨省异地就医管理子系统提出问题协同申请,明确待协同机构、主要协同事项、问题类型等,针对特定参保人员的问题协同需标明参保人员身份信息,其中系统故障类问题需在1个工作日内回复,备案类问题需在2个工作日内回复,其他类问题回复时间最长不超过10个工作日。

问题协同遵循第一响应人责任制,各级医保经办机构应指定专人负责此项工作,专职负责人在接收协同申请后即作为第一响应人,需在规定时限内完成问题处理,根据实际情况标注问题类型,并在国家跨省异地就医管理子系统上进行问题处理登记,确需其他机构协助的,可在问题处理登记时详细列出其他协同机构。如不能按期完成需及时与申请地沟通延长处理时限。

各级医保经办机构专职负责人需在收到协同地区处理结果后进行“处理结果确认”,明确问题处理结果。超过10个工作日未确认的,国家跨省异地就医管理子系统将默认结果确认。对问题处理结果有异议的或尚未解决的,可重新发起问题协同,申请上一级经办机构进行协调处理。

第五十条 市医保部门可通过国家跨省异地就医管理子系统发布本市停机公告、医保政策等信息,实现医保信息共享。

第九章 附则

第五十一条 跨省异地就医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。

第五十二条 各级医保经办机构异地就医业务档案参照本市社会保险档案管理规定执行。

第五十三条 本细则由北京市医疗保障局负责解释。

第五十四条 本细则自 2023 年 1 月 1 日起施行。此前文件与本细则不一致的,以本细则为准。

附件:1. 北京市跨省异地就医登记备案表(略)

2. 基本医疗保险跨省异地就医备案个人承诺书(略)

3. ____省(区、市)跨省异地就医预付金付款通知书(略)

4. ____省(区、市)跨省异地就医预付金收款通知书(略)

5. 全国跨省异地就医预付金额度调整明细表(略)

6. ____省(区、市)跨省异地就医预付金额度调整付款通知书(略)

7. ____省(区、市)跨省异地就医预付金额度调整收款通知书(略)

8. ____省(区、市)跨省异地就医预付金额度紧急调增付款通知书(略)

9. ____省(区、市)跨省异地就医预付金额度紧急调增收款通知书(略)

10. 跨省异地就医省级财政收款专户银行账号明细表(略)

11. 外伤无第三方责任承诺书(略)
12. 住院期间外院检查治疗或定点药店购药单(略)
13. ____省(区、市)跨省异地就医住院结算单(略)
14. 全国跨省异地就医费用清算表(略)
- 14—1. ____省(区、市)跨省异地就医应付医疗费用清算表(略)
- 14—2. ____省(区、市)跨省异地就医职工医保基金应付明细表(略)
- 14—3. ____省(区、市)跨省异地就医居民医保基金应付明细表(略)
- 14—4. ____省(区、市)跨省异地就医医保基金审核扣款明细表(略)
- 14—5. ____省(区、市)跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表(略)
- 14—6. ____省(区、市)跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表(略)
- 14—7. ____省(区、市)跨省异地就医应收医疗费用清算表(略)
15. ____省(区、市)跨省异地就医费用付款通知书(略)
16. ____省(区、市)跨省异地就医费用收款通知书(略)
17. 跨省异地就医备案、预付金、结算、清算流程图(略)

(注:附件请登录北京市医疗保障局网站查询)