

揭阳市医疗保障局文件

揭医保〔2021〕82号

关于转发广东省基本医疗保险省内异地 就医门诊医疗费用直接结算经办 规程（试行）的通知

市社会保险基金管理局，各县（市、区）医疗保障局、空港區人力资源和社会保障局：

现将《广东省医疗保障局关于印发〈广东省基本医疗保险省内异地就医门诊医疗费用直接结算经办规程（试行）〉的通知》（粤医保规〔2021〕4号）转发给你们，并结合实际对异地转诊人员备案有效期确定为“不超3个月”，请认真贯彻执行。

特此通知。



广东省医疗保障局文件

粤医保规〔2021〕4号

广东省医疗保障局关于印发《广东省基本医疗保险 省内异地就医门诊医疗费用直接结算 经办规程(试行)》的通知

各地级以上市医疗保障局：

现将《广东省基本医疗保险省内异地就医门诊医疗费用直接结算经办规程（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。执行过程中遇到的问题，请径向省医保局反映。



广东省基本医疗保险省内异地就医 门诊医疗费用直接结算经办规程(试行)

第一章 总则

第一条 为规范我省省内异地就医经办管理服务，保障全省有序开展省内异地就医门诊医疗费用直接结算工作，根据《广东省医保局 广东省财政厅关于全面开展省内异地就医门诊医疗费用直接结算工作的通知》（粤医保规〔2020〕7号）精神，结合我省实际，制定本规程。

第二条 本规程所称省内异地就医是指我省参保人员按照规定在参保地以外的本省行政区域内定点医药机构的门诊就医、药店购药行为。

第三条 本规程适用于参保人员省内异地就医门诊医疗费用直接结算经办管理工作。

第四条 省内异地就医门诊医疗费用直接结算工作实行统一管理、分级负责。省医疗保障事业管理中心（以下简称省医保中心）负责统一组织、指导协调省内各统筹区间异地就医经办管理工作，并承担省内异地就医门诊医疗费用结算工作。各地级以上市医疗保障经办机构（以下简称经办机构）

按照有关要求，做好本地区的省内异地就医经办管理服务作。

第五条 省内异地就医门诊医疗费用直接结算医保基金支付部分实行先预付后清算。省内异地就医门诊医疗费用直接结算预付金来源于参保地医保基金，并入省内异地就医住院医疗费用直接结算预付金统一测算及管理。

第二章 备案管理

第六条 符合参保地规定的下列参保人员，可以申请办理省内异地就医门诊医疗费用直接结算。

（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：指近期拟在或已在异地同一地区连续居住生活半年以上的人员。

（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）异地转诊人员：指符合参保地转诊转院规定的人员。

（五）临时异地就医人员：指因紧急救治和抢救需要，在参保地以外医疗机构接受紧急诊疗的人员，以及其他符合参保

地规定的异地就医人员。

第七条 异地就医人员备案有效期应当符合下列规定：

（一）异地安置退休人员：长期有效。

（二）异地长期居住人员：根据居住证明有效期或个人承诺书确定备案有效期。

（三）常驻异地工作人员：根据参保地工作单位派出证明或异地工作单位证明或工作合同或个人承诺书确定备案有效期。

（四）异地转诊人员：包括异地门诊（含门诊特定病种）转诊人员和异地转院人员。备案有效期由各统筹区结合本地实际确定。

（五）临时异地就医人员：

1.门诊急诊人员。因紧急救治和抢救需要，在参保地以外医疗机构接受紧急门诊诊疗的人员，可以先就诊后补办备案手续，备案有效期为10天，起始时间为首次门诊日期。备案有效期内入院治疗的，当次住院有效。

2.其他人员。其他符合参保地规定的省内异地就医人员，按照参保地规定执行。

第八条 参保地应当提供异地就医备案线上服务。参保人员可以通过参保地经办机构窗口或参保地公布的小程序、手机APP、网站、电话（传真）等渠道，办理异地就医备案。

原已办理省内异地就医备案的异地就医人员同步开通基本医疗保险统筹基金和个人账户支付省内异地就医门诊医疗费用的直接结算服务，无需再重新办理备案。各地级以上市要求异地就医普通门诊或门诊特定病种的直接结算须在就医地选择定点医疗机构的，按照参保地规定执行。

第九条 已办理异地就医备案的人员，符合以下情形的，应当及时办理备案变更手续。

（一）异地居住地、定点医药机构、联系电话等信息发生变更的。

（二）因治疗需要需转诊至其他统筹区定点医疗机构就医的。

第十条 异地就医人员可在就医地符合资质的定点医疗机构办理全省统一的门诊特定病种的待遇认定，认定信息由就医地定点医疗机构上传至参保地备案。异地就医人员在参保地办理门诊特定病种待遇认定的，按照参保地规定执行。

第三章 就医管理

第十一条 就医地定点医药机构应当执行实名就医和购药管理规定，核验异地就医参保人员有效身份凭证（医保电子凭证、居民身份证或社会保障卡）。为异地就医参保人员提供与本地参保人员一样的诊疗、购药、结算和门诊特定病

种待遇认定备案服务等，实时上传就诊、购药、结算和门诊特定病种待遇认定备案信息等。

第十二条 参保人员应当在就医地已开通省内异地就医直接结算服务的定点医药机构凭有效身份凭证就医、购药，遵守就医地定点医药机构就医、购药流程和服务规范。

第十三条 参保人员省内异地就医时，其普通门诊和门诊特定病种的定点医药机构选定和变更定点按照参保地规定执行。

第十四条 就医地定点医疗机构为参保人员提供门诊特定病种就医服务时，应当通过医疗机构信息系统读取医保信息系统中的参保人员门诊特定病种待遇认定信息，并由接诊医师选取相应门诊特定病种待遇标识后，结算相应医疗费用。

第十五条 定点医疗机构为参保人员提供门诊诊疗服务时，参保人员同时享受普通门诊和门诊特定病种待遇的，接诊医师应当分别开具单独的普通门诊和门诊特定病种处方，定点医疗机构应当分别予以结算。

参保人员同时享受多个门诊特定病种待遇的，接诊医师应当按照病种分别开具单独的门诊特定病种处方，定点医疗机构应当分别予以结算。

第十六条 异地就医定点医药机构应当建立补记账机制。参保人员省内异地就医时，因医保信息系统异常等客观原因未能直接结算的，定点医药机构应当指引参保人员办理补记账手续，

不得拒绝为参保人员提供补记账服务。

第十七条 参保人员未到定点医药机构办理补记账手续，其发生的门诊就医、购药费用符合参保地规定的，可向参保地经办机构申请零星报销。加快建立零星报销信息协办机制，参保地经办机构应当通过国家医疗保障信息平台向就医地经办机构发送门诊就医、购药费用零星报销协办业务信息（见附件1）。就医地经办机构应当在3个工作日内将协办业务信息派发给定点医药机构，就医地定点医药机构应当在5个工作日内按照协办业务信息的要求将参保人员门诊病历和医疗费用明细、药店购药费用明细等资料通过接口方式上传至国家医疗保障信息平台。各地市应当将定点医药机构按照规定上传资料情况纳入协议管理。

第十八条 就医地定点医药机构上传的参保人员门诊病历和医疗费用明细、药店购药费用明细等资料符合参保地报销规定的，直接通过国家医疗保障信息平台按照异地就医直接结算规则对相关费用进行计算，待遇计算以零星报销补结算时间为准。探索通过共享医疗电子票据费用明细，办理医疗费用零星报销。

不符合本规程可直接结算范围的零星报销费用，按照参保地规定执行。

第十九条 参保人员按照规定在就医地开通省内异地就医

直接结算服务的“互联网+”定点医疗机构就医发生的医疗费用可直接结算。就医流程和服务规范按照就医地规定执行。

第二十条 各地级以上市经办机构应当加强协议管理，推进定点医疗机构（含“互联网+”定点医疗机构）开通异地就医直接结算服务。新增定点医疗机构应当同步开通异地就医直接结算服务。鼓励有条件的地区探索异地就医人员凭选定医疗机构的外配处方、就医凭证，按照规定在定点零售药店配药，实行直接结算。

第二十一条 省内异地就医定点医药机构发生协议中止、恢复、解除或新增医保服务等情形的，地级以上市经办机构应当在10个工作日内通过国家医疗保障信息平台将《广东省异地就医直接结算定点医药机构信息变更表》（见附件2）报送省医保中心，省医保中心统一备案、统一公布。

第四章 门诊医疗费用结算

第二十二条 参保人员省内异地就医直接结算的门诊医疗费用，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、门诊特定病种范围等报销政策执行参保地规定。

第二十三条 参保人员省内异地就医医疗费用直接结算

时，国家医疗保障信息平台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，再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后，将结果传至就医地定点医药机构。

第二十四条 参保人员省内异地就医医疗费用直接结算时，参保人员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，由经办机构与定点医药机构按照规定支付。

第二十五条 参保人员省内异地就医直接结算的门诊医疗费用，由经办机构按照服务项目与定点医药机构结算。

（一）定点医药机构申报。每月10日前，定点医药机构根据上月发生的异地就医门诊医疗费用，按照统筹区生成《广东省省内异地就医门诊医疗费用结算申报表》（相关表样详见附件3-8）并向所属的经办机构进行申报。

定点医药机构未按时进行费用申报的，则该定点医药机构当月费用的结算自动顺延至下一周期。

（二）就医地经办机构受理、审核和结算。每月11日至20日前，就医地经办机构登录国家医疗保障信息平台对申报数据进行审核，审核完成后分别生成《广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算审核说明》《广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算审核支付表》《广东省省内异地就医门诊医

疗费用月结算审核支付汇总表》《广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算拨付计划表》（相关表样详见附件 9-18）。

定点医疗机构应当通过国家医疗保障信息平台下载《广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算审核说明》《广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算审核支付表》用于院内账务核对。如定点医疗机构对审核结果有异议，可与就医地经办机构协商达成一致意见后，由就医地经办机构于下一结算周期中统一补拨或补扣。

（三）省平台拨付。每月底前，省医保中心根据各地级以上市级经办机构在国家医疗保障信息平台生成的《广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算拨付计划表》，按照与开户银行约定的支付表格将电子支付指令传送给开户银行，并委托开户银行将医疗费用资金统一拨付给异地定点医药机构，同时在国家医疗保障信息平台上将《广东省医疗保险异地就医结算专户划拨凭证》（见附件 19）、《广东省医疗保险省内异地就医门诊医疗费用险种分类表》（见附件 20）电子信息反馈给各地级以上市经办机构。

第二十六条 省内异地就医门诊医疗费用直接结算不单设立省级异地就医医疗费用结算专户，纳入省内异地就医住院医疗费用直接结算专户统一管理。

第五章 稽核监督

第二十七条 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。

第二十八条 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照协议及相关规定执行，并逐级上报。

第二十九条 就医地经办机构发现异地就医人员有严重违规行为的，应当暂停其直接结算，同时上报省医保中心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。

第三十条 就医地经办机构对定点医药机构违规行为涉及的门诊就医和购药费用不予支付，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照规定处理。

第三十一条 省医保中心适时组织省内异地就医联审互查，对就医地及参保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。

第三十二条 各级经办机构应当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。

第六章 系统建设和医疗保障信息业务编码

第三十三条 各地级以上市经办机构按照省医疗保障局下发的系统接口规范负责指导本市定点医药机构做好接口改造、调试、系统优化升级以及联网测试等相关工作。

第三十四条 各地级以上市经办机构负责对本市定点医药机构进行联网结算的相关业务培训，包括政策宣传、就医登记管理、费用结算管理、系统操作等。

第三十五条 省医疗保障局负责做好国家医疗保障信息平台系统及网络日常检查，各地级以上市经办机构按照要求做好协助工作，确保国家医疗保障信息平台安全稳定运行。

第三十六条 定点医药机构要按照国家、省和统筹区有关要求，配合做好省内异地就医有关信息系统建设工作。定点医疗机构应当按照要求对本单位信息系统进行改造，实现医疗机构信息系统自动识别省内异地就医参保人员门诊特定病种待遇、普通门诊与门诊特定病种分类结算、多个门诊特定病种分类结算等功能。

第三十七条 省医疗保障局做好全省统一的门诊特定病种的医疗保障信息业务编码维护工作，地级以上市经办机构按照国家、省有关规定，做好各市已开展但不在省规定范围内

的门诊特定病种的医疗保障信息业务编码维护工作。

第三十八条 在国家医疗保障信息平台内预设省内异地就医重大疫情特殊医疗保障门诊待遇结算功能，按照国家、省有关政策规定适时启用，为符合规定的参保人员提供省内异地就医医疗费用直接结算。

第七章 附 则

第三十九条 异地就医备案后，个人账户可以通过医保电子凭证实现在省内异地就医的直接结算。参保人员需先激活医保电子凭证。

第四十条 各市组织定点医药机构接入国家医疗保障信息平台。开通异地就医直接结算服务的，基本流程分为筹备上线和上线试运行两个阶段，包含指导定点医药机构进行接口改造、联调测试、申请上线、上线运行等环节，具体流程及测试要求另行制定。

第四十一条 各地级以上市经办机构对省内异地就医医疗费用直接结算和清算过程中形成的预付款项和暂收款项按照相关会计制度规定进行核算。

第四十二条 各市要做好省内异地就医医疗费用直接结算相关的各环节医保信息系统改造工作。

第四十三条 异地就医业务档案由参保地经办机构和就

医地经办机构按照其办理的业务分别保管。

第四十四条 各地级以上市经办机构可根据本规程，制定本地区省内异地就医直接结算实施细则。

第四十五条 本规程由省医疗保障局负责解释。

第四十六条 本规程自 2021 年 7 月 1 日起试行，暂行期三年。

附件：1.广东省省内异地就医门诊医疗费用零星报销协
办业务信息表

2.广东省异地就医直接结算定点医药机构信息变更
表

3.广东省省内异地就医门诊医疗费用结算申报表
(职工医保一级表)

4.广东省省内异地就医门诊医疗费用结算申报表
(职工医保二级表)

5.广东省省内异地就医门诊医疗费用结算申报表
(职工医保三级表)

6.广东省省内异地就医门诊医疗费用结算申报表
(居民医保一级表)

7.广东省省内异地就医门诊医疗费用结算申报表
(居民医保二级表)

- 8.广东省省内异地就医门诊医疗费用结算申报表
(居民医保三级表)
- 9.广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算审核说明(职工医保)
- 10.广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算审核支付表(职工医保-经办机构用表)
- 11.广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算审核支付表(职工医保-医药机构下载用表)
- 12.广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算审核说明(居民医保)
- 13.广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算审核支付表(居民医保-经办机构用表)
- 14.广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算审核支付表(居民医保-医药机构下载用表)
- 15.广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算审核支付汇总表(职工医保)
- 16.广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算审核支付汇总表(居民医保)
- 17.广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算拨付计划表(职工医保)
- 18.广东省省内异地就医门诊医疗费用月结算拨

付计划表（居民医保）

19. 广东省医疗保险异地就医结算专户划拨凭证（收/付款）

20. 广东省医疗保险省内异地就医门诊医疗费用险种分类表

公开方式：主动公开

揭阳市医疗保障局办公室

2021年7月1日印发
