

以此件为准

广东省医疗保障局 广东省财政厅文件

粤医保规〔2020〕7号

广东省医疗保障局 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

各地级以上市医疗保障局、财政局：

为深入贯彻落实党的十九届四中全会和《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）精神，加快完善异地就医医疗费用直接结算制度，优化门诊异地就医经办服务，减轻参保群众“跑腿垫资”负担，现就开展省内异地就医门诊（含普通门诊、门诊特定病种，下同）医疗费用直接结算工作通知如下：

一、总体要求

（一）指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，坚持以人民为中心，深入贯彻党的十九大关于全面建立中国特色医疗保障制度的决策部署，大力推进省内异地就医门诊医疗费用直接结算，为参保群众提供更加高效便捷的省内异地就医门诊医疗费用直接结算服务，减轻参保群众门诊医疗费用负担，进一步提升人民群众的幸福感和获得感。

（二）目标任务。2021年1月1日，韶关、汕尾、中山3市启动省内异地就医门诊医疗费用直接结算工作；其他地市在广东省医疗保障信息平台上线后1个月内实现省内异地就医门诊医疗费用直接结算；各市开展省内异地就医门诊医疗费用直接结算工作的同时，推进跨省异地就医门诊医疗费用直接结算。2021年7月1日前，全省实现省内和跨省异地就医门诊医疗费用直接结算。

二、基本原则

（一）规范便捷。坚持为参保人员提供方便快捷的结算服务，参保人员只需支付按规定由个人承担的门诊医疗费用，其他费用经就医地经办机构与定点医药机构按协议约定审核后，从参保地医保基金中按规定支付。

（二）全面推进。坚持信息系统先行，普通门诊和门诊特定病种同时启动的原则，结合各市上线广东省医疗保障信息平台的情况，全面推进普通门诊和门诊特定病种的医疗费用直接

结算工作。

（三）统一管理。坚持基本医疗保险异地就医政策、流程、结算方式基本稳定，统一将异地就医纳入就医地经办机构与定点医疗机构的谈判协商、智能监控、医保医师管理、医疗服务质量监督等各项管理服务范围。

三、规范门诊异地就医

（一）规范备案管理。已办理基本医疗保险省内异地就医住院医疗费用直接结算备案人员同步开通基本医保统筹基金和个人账户支付门诊医疗费用的直接结算服务，无需另外备案。急诊可先就诊，后补办备案手续。参保地应提供线上自助开通异地就医备案服务。参保人在备案的就医地选定开通异地就医门诊直接结算服务的定点医疗机构就诊。

（二）规范定点管理。异地就医备案人员省内异地门诊就医，定点医疗机构的选定按参保地规定执行。参保人员异地门诊就医时，因医保信息系统异常等客观原因未能直接结算的，定点医疗机构应其要求，及时办理补记账手续；参保人员未到定点医疗机构办理补记账手续的，定点医疗机构要按照就医地医保经办机构的要求及时上传参保人员医疗费用明细和病历等资料。已与统筹地区医保经办机构签订“互联网+”医疗服务协议的定点医疗机构，可自愿申请开通省内异地就医直接结算服务。异地就医人员按规定在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。鼓励有

条件的地区探索异地就医人员凭选定医疗机构外配处方、就医凭证，按规定在定点零售药店配药，实行直接结算。

（三）规范待遇政策。省内异地就医直接结算原则上执行就医地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）。基本医疗保险基金门诊医疗费用的起付标准、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。异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员办理异地就医备案手续后，原则上医疗保险报销比例不降低，异地就医人员省内异地就医门诊的待遇标准由各市结合本地实际自行确定。鼓励有条件的地区积极探索符合条件的就医地定点医疗机构，可认定异地就医人员门诊特定病种待遇，医疗机构将信息推送至医保经办机构，经办机构对医疗机构认定情况进行有效监督。

（四）规范结算流程。门诊异地就医直接结算时，定点医疗机构将明细清单等电子信息传送至就医地经办机构。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，经省异地就医结算系统传送至参保地经办机构，按照参保地政策规定计算出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疗机构进行结算。

（五）规范就医管理。就医地经办机构应将异地就医人员纳入本地统一管理，在定点医疗机构确定、医疗信息记录、医疗行为监控、医疗费用审核、个人账户支付管理和稽核等方面

提供与本地参保人相同标准的服务和管理，并在定点医疗机构协议管理中予以明确。就医地经办机构要加强业务协同管理，及时将异地就医人员的违法违规行为通报至参保地经办机构。

（六）规范基金管理。省内异地门诊直接结算医保基金支付部分实行先预付后清算。实行省内异地门诊就医费用预付制度，省级经办机构根据各市省内异地就医资金使用情况确定参保地预付金额，参保地每年按规定预付相应金额给省级经办机构，用于支付参保地省内异地就医人员门诊医疗费用。省内预付及清算资金由省级经办机构分账核算，用于划拨和存储。省内异地门诊直接结算预付金和清算资金管理参照省内异地住院就医医疗费用直接结算管理流程办理。

四、工作要求

（一）加强组织领导。各级医疗保障部门要高度重视、加强领导、精心组织、协调推进。各市财政部门要会同医保部门按规定及时划拨省内异地就医预付金和清算资金，合理安排经办机构经费，加强与经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符；遇有紧急调增情况要快速响应，按规定及时拨款。

（二）及时总结经验。各市医保局要及时掌握和跟踪省内异地就医门诊医疗费用直接结算工作开展情况，针对存在的问题及时完善相关政策措施，省内异地就医门诊医疗费用直接结算工作开展第一年按季度将开展情况报送省医疗保障局。

（三）做好宣传引导。加强门诊异地就医直接结算政策宣

传，保持宣传频次，定期开展集中宣传活动，制作形式多样、通俗易懂、群众喜闻乐见的宣传资料，通过电视、报纸、网络、手机等媒介宣传解读政策流程，提高政策流程的知晓度，引导参保群众有序就医。

本通知自 2021 年 1 月 1 日起实施，有效期 3 年。



公开方式：主动公开

广东省医疗保障局办公室

2020 年 12 月 30 日印发
