

为贯彻落实党中央、国务院决策部署，深化基本医疗保险跨省异地就医直接结算改革，着力破解异地就医备案不便捷等堵点难点问题，国家医保局会同财政部7月26日共同印发了《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》。

推进基本医保跨省异地就医费用直接结算，是完善医保制度、解决人民群众突出关切的重要改革举措。国家医保局成立以来，在全面实现住院费用跨省直接结算的基础上，全力推进所有统筹地区实现异地就医线上备案和普通门诊费用跨省直接结算，全国一半统筹地区启动了高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗等5种门诊慢特病费用跨省直接结算试点。

近些年，跨省异地就医直接结算政策从住院，到普通门诊，进而拓展到门诊慢特病，试点初期，多数政策是以“打补丁”的方式推进，本次《通知》对以往政策进行了系统性梳理和整合，并在此基础上，加强顶层设计，破解备案人员范围窄、时限短，跨省长期居住人员在备案地和参保地不能双向享受待遇，跨省临时外出就医人员备案后报销比例偏低等问题。针对部分地区不支持将急诊抢救费用、外伤费用、住院期间院外检查治疗购药以及补办备案后的医疗费用纳入直接结算的问题，制定全国统一的规范。

《通知》要求，各地医保部门要及时调整与本通知不相符的政策措施，确保2022年12月底前同国家政策相衔接；结合本地实际，进一步明确和细化政策管理规定，精简办理材料，简化办理流程，优化管理服务；同步按要求调整信息系统，保障跨省异地就医直接结算工作平稳过渡。《基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程》将于2023年1月1日起正式实施。

《通知》主要内容：

1、明确十四五末的目标任务

即2025年底前，跨省异地就医直接结算制度体系和经办管理体系更加健全，全国统一的医保信息平台支撑作用持续强化，国家异地就医结算能力显著提升；

住院费用跨省直接结算率提高到70%以上，普通门诊跨省联网定点医药机构数量实现翻一番，群众需求大、各地普遍开展的门诊慢特病相关治疗费用逐步纳入跨省直接结算范围，异地就医备案规范便捷，基本实现医保报销线上线下都能跨省通办。

2、统一住院、普通门诊和门诊慢特病费用跨省直接结算政策

明确了跨省直接结算时原则上均执行“就医地目录、参保地政策”基金支付政策；

明确了“先备案、选定点、持码卡就医”异地就医管理和服务流程；

明确了“先预付、后清算”的异地就医资金管理要求。

3、着力破解异地就医备案、结算和协同三个难题

进一步完善异地就医备案政策。异地就医备案人员范围拓展到跨省急诊抢救人员和非急诊且未转诊人员。统一备案有效期，有效期内可在就医地多次就诊并享受直接结算服务。支持参保人员在备案地和参保地双向享受待遇。指导地方合理确定跨省临时外出就医人员报销政策。

进一步明确定点医疗机构直接结算服务范围。将急诊抢救费用、住院期间院外检查治疗购药费用和符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用纳入跨省异地就医直接结算范围。允许参保人员在出院结算前补办异地就医备案并享受跨省直接结算服务。

进一步规范经办机构跨区域协同流程。建立就医地与参保地协同处理问题的机制，提高地区间问题协同处置效率。推进医保政策、停机公告等信息共享。压实大额医疗费用（3万元及以上）就医地协查责任。依托定点医药机构上传自费人员医疗费用信息，探索提供跨省手工报销线上办理服务。

4、强化跨省异地就医资金管理

强化了各级医保部门和财政部门的职责，规范了跨省异地就医资金年度预付额度调整和年度内紧急调整流程，明确了资金清算模式、实现路径和时限要求。

5、提升医保信息化标准化支撑力度

要求持续深化全国统一的医保信息平台 and 医保信息业务编码标准全业务全流程应用，推进国家跨省异地就医管理子系统优化完善，加强系统运维管理和安全保障。

6、加强跨省异地就医直接结算基金监管

要求健全跨省异地就医直接结算基金监管机制，完善区域协作、联合检查等工作制度；落实就医地和参保地监管责任，把跨省异地就医直接结算作为日常监管、专项检查、飞行检查等重点内容；同时明确了跨省异地就医监管追回的医保基金、扣款等处理方式。