



湖南省医疗保障局

Hunan Health

请输入关键字

搜索

Administration

首页

信息公开

办事服务

互动交流

首页 > 信息公开 > 政策文件

关于印发《湖南省基本医疗保险异地就医直接结算管理办法（试行）》的通知

来源：湖南省医疗生育保险服务中心

发布日期：2023年01月05日

HNPR-2022-36014

关于印发《湖南省基本医疗保险异地就医直接结算管理办法（试行）》的通知

湘医保发〔2022〕61号

各市州医疗保障局、财政局：

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）要求，为进一步完善异地就医直接结算办法，规范经办管理服务，强化异地就医资金管理，结合我省实际，制定《湖南省基本医疗保险异地就医直接结算管理办法》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

湖南省医疗保障局

湖南省财政厅

2022年12月27日

（此件主动公开）

湖南省基本医疗保险异地就医直接结算管理办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为进一步完善异地就医直接结算办法，规范经办管理服务，强化异地就医资金管理，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，结合我省实际，制定本办法。

第二条 本办法所称异地就医是指基本医疗保险参保人员在参保关系所在统筹区以外（包括跨省或省内跨统筹区）的定点医药机构发生的就医购药行为。异地就医直接结算是指参保人员异地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异地就医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。

第三条 本办法适用于基本医疗保险参保人员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）。

第四条 异地就医直接结算工作实行统一管理、分级负责。全省统一业务经办流程、统一就医结算服务、统一信息平台标准、统一医保服务协议管理。湖南省医疗生育保险服务中心（以下简称省级经办机构）负责制定本省异地就医直接结算经办管理办法并组织实施，承担跨省和省内异地就医直接结算资金预付和结算管理、对账费用清分、智能监控、运行监测、业务协同、争议处理和指导全省异地就医直接结算业务的稽核工作等职能。各市州医保部门负责出台本统筹区配套政

策，做好异地就医备案管理、问题协同处理和资金结算清算，落实基金监督管理等工作。各级医疗保障部门应加强异地就医经办管理队伍建设，设立异地就医管理经办机构，安排专人专职负责异地就医直接结算工作。

各市州财政部门会同医疗保障部门按规定及时划拨异地就医预付金和清算资金，合理安排医疗保障经办机构的工作经费，加强与医疗保障经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符。

第五条 异地就医直接结算费用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。

第六条 优化经办流程，支持医保电子凭证、社会保障卡等作为有效凭证，按照“就医地目录、参保地政策、就医地管理”的要求，提供便捷高效的异地就医直接结算服务。

第二章 范围对象

第七条 参加基本医疗保险的下列人员，可以申请办理异地就医直接结算。

- （一）异地长期居住人员，包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保统筹区外工作、居住、生活的人员。
- （二）临时外出就医人员，包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他临时外出就医人员。

第三章 登记备案

第八条 参保人员跨省异地就医住院费用直接结算应办理异地就医备案登记手续；参保人员省内异地就医住院费用直接结算执行参保地异地就医备案登记相关规定。

参保人员跨省和省内异地就医门诊慢特病、普通门诊费用直接结算的，无需办理异地就医备案登记手续。

第九条 参保地经办机构按规定为参保人员办理登记备案手续，参保人员异地就医登记备案主要包括身份信息、备案期限、居住地和就医地等信息，分为跨省和省内异地就医登记备案。

（一）异地安置退休人员需提供以下材料：

- 1.医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；
- 2.《湖南省异地就医登记备案表》（以下简称备案表，见附件1）；
- 3.异地安置认定材料（“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”，或个人承诺书，见附件2）。

（二）异地长期居住人员需提供以下材料：

- 1.医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；
- 2.备案表；
- 3.长期居住认定材料（居住证明或个人承诺书）。

（三）常驻异地工作人员需提供以下材料：

- 1.医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；
- 2.备案表；
- 3.异地工作证明材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同任选其一或个人承诺书）。

（四）异地转诊人员需提供以下材料：

1.医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；

2.备案表；

3.参保地规定的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料。在定点医疗机构办理转诊和异地就医备案“一站式”服务的不需提供相关证明材料。

（五）异地急诊抢救人员视同已备案。

（六）其他临时外出就医人员备案，需提供医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡，以及备案表。

第十条 参保人员可通过参保地经办机构服务窗口、电话（传真）等渠道申请办理登记备案，原则上参保地经办机构应即时办结。参保人员跨省异地就医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、“湘医保”APP等多种线上渠道申请办理登记备案手续；省内异地就医可通过“湘医保”APP、湖南省政务服务网、统筹区本地政务服务APP等多种线上渠道申请办理登记备案手续。通过线上备案渠道申请办理登记备案的，原则上参保地经办机构应在两个工作日内办结。

第十一条 参保人员可以签署个人承诺书方式申请办理异地长期备案。参保地经办机构可将异地长期居住人员备案申请、变更等事项下沉至乡镇（街道）、村（社区）及参保单位，开展异地就医登记备案代办服务。

第十二条 参保人员应按分级诊疗的相关规定有序就医，确因病情需要异地就医的，可通过参保地规定的定点医疗机构办理转诊和异地就医备案“一站式”服务，参保地经办机构不再进行转诊备案审核。定点医疗机构不得将在本地住院作为开具转诊的先决条件。参保人员因同种疾病确需在就医地继续治疗或再次转外就医的，参保地经办机构应直接办理异地就医备案手续，方便参保人员享受异地就医直接结算服务。参保地经办机构应在官网等公布本地具有转诊资质定点医疗机构名单。

第十三条 异地长期居住人员登记备案后，未申请变更备案或参保状态未发生变更的，备案长期有效。临时外出就医人员备案有效期为6个月。

第十四条 参保人员办理异地就医备案后，备案有效期内可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。备案有效期内已办理入院手续的，不受备案有效期限限制，可正常直接结算相应医疗费用。

第十五条 参保地经办机构在为参保人员办理跨省异地就医备案时原则上直接备案到就医地市或直辖市等，参保人员到海南、西藏等省级统筹地区 and 新疆生产建设兵团就医的，可备案到就医省和新疆生产建设兵团。参保人员省内异地就医的直接备案到就医地市州。参保人员可在备案地开通的所有异地就医联网定点医药机构享受住院或门诊费用直接结算服务。

第十六条 参保地经办机构要及时为参保人员办理异地就医备案变更和取消业务。参保人员异地居住地、联系电话等信息发生变更，可向参保地经办机构申请变更；参保人员待遇享受状况暂停、恢复、终止等，参保地经办机构应及时办理变更。参保地经办机构应将异地就医备案、门诊慢特病认定资格等信息实时上传至医保异地就医管理子系统，方便就医地经办机构和定点医疗机构查询。

第十七条 参保地经办机构要切实做好异地就医结算政策宣传解读，简化办理流程，缩短办理时限，支持符合条件的参保人员补办异地就医备案手续。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。

第四章 异地就医直接结算支付政策

第十八条 参保人员跨省异地就医直接结算住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用时，原则上执行就医地规定的基本医疗保险药品、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跨省异地就医时，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，定点医药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。

参保人员省内异地就医直接结算住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用时，执行全省统一的基本医疗保险药品、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。

第十九条 强化异地就医结算政策与分级诊疗制度的协同，统筹区可合理确定异地就医人员在不同级别医疗机构的报销水平差异，引导参保人员有序就医。

第二十条 异地长期居住人员在备案地就医直接结算时，医保基金的起付标准、支付比例、最高支付限额执行参保地规定的本地就医时的政策标准。

异地转诊和异地急诊抢救的临时外出就医人员在备案地就医直接结算的，支付比例在参保地相同级别医疗机构报销水平的基础上降低5个百分点。

非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员在备案地就医直接结算的，或未按规定办理备案自行外出就医回参保地手工报销的，支付比例在参保地相同级别医疗机构报销水平的基础上降低10个百分点。

参保人员异地就医备案后，因结算网络系统、就诊凭证等故障导致无法直接结算的，相关医疗费用可回参保地手工报销，参保地经办机构按参保地规定为参保人员报销相关医疗费用。

除危急重症患者抢救外，在非医保定点医药机构发生的医疗费用不予支付。

报省级医保部门备案后，有条件的统筹区可以适当提高异地就医报销比例。

第二十一条 异地长期居住人员在备案有效期内需回参保地就医的，执行参保地本地就医待遇标准。

异地长期居住人员符合转外就医规定的，执行参保地异地就医转诊待遇政策。

第二十二条 参保人员以个人承诺方式办理异地长期居住人员备案手续的，应履行承诺事项，在6个月内补齐相关备案材料。参保人未履约的，执行未备案异地就医待遇政策。

第五章 就医管理和服务

第二十三条 省级经办机构负责指导各统筹区将本地符合条件的定点医药机构纳入异地联网结算范围。原则上，符合条件的定点医药机构均应开通住院、门诊费用异地直接结算服务。就医地经办机构按要求在异地就医管理子系统中及时维护和动态更新联网定点医药机构基础信息、医保服务协议状态等信息，并及时向社会公布。不同投资主体、经营性质的医保定点医药机构均可申请开通联网结算服务，享受同样医保政策、管理和服务。

第二十四条 异地就医定点医药机构医保服务协议签订实行属地管理，各统筹区负责与本统筹区内的定点医药机构签订医保服务协议，不与本统筹区以外的定点医药机构签订医保服务协议。定点医药机构中止或终止异地就医直接结算服务资格的，统筹区经办机构应及时公布相关信息，并上报省级经办机构备案。

第二十五条 各统筹区经办机构负责本统筹区医药机构的异地就医定点准入，对本统筹区以外的定点医药机构不再重复进行定点准入。省级经办机构负责长沙城区在长部省属定点医疗机构异地就医定点准入和医保服务协议签订，在长其他定点医药机构的异地就医定点准入和医保服务协议签订由长沙市医保经办机构负责。

第二十六条 参保人员在就医地异地就医直接结算联网定点医药机构就医购药时，应主动表明参保身份和就医类型，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、购药结算流程和规范。参保人员个人负担的医疗费用可使用个人账户支付。

第二十七条 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住院、门（急）诊异地患者提供合理规范的诊疗服务及方便快捷的异地就医直接结算服务，实时上传就医和结算信息。定点医药机构提供门诊慢特病直接结算服务时，应专病专治，合理用药。定点医药机构应指引参保人办理异地就医登记备案手续，并为出院前完成异地就医登记备案的参保人提供异地就医直接结算服务。

第六章 跨省异地就医预付金管理

第二十八条 跨省异地就医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跨省异地就医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。

第二十九条 跨省异地就医预付金初始额度由省级经办机构上报国家级经办机构核定。省级经办机构在国家跨省异地就医管理子系统下载收付款通知书后，报省级财政部门完成付款和收款。

第三十条 每年1月底前，省级经办机构收到国家级经办机构下发的跨省异地就医预付金额度调整付款和收款通知书后，应于5个工作日内提交省级财政部门，参保地省级财政部门对预付单和用款申请计划审核无误后，在10个工作日内进行划款。省级财政部门划拨预付金时，注明业务类型（预付金或清算资金），完成划拨后5个工作日内将划拨信息反馈到省级经办机构。

第三十一条 省级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。

第三十二条 建立预付金预警和调增机制。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，省级经办机构可启动预付金紧急调增流程，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向国家级经办机构报送预付金额度调增申请。

第三十三条 省级经办机构收到国家级经办机构下发的跨省异地就医预付金额度紧急调增收付款通知书后，应于5个工作日内提交省级财政部门。省级财政部门对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。紧急调增预付金可从各统筹区上解年度预付金中拨付。

第三十四条 省级财政部门在完成预付金额度及调增资金的付款和收款后，5个工作日内将划拨及收款信息反馈到省级经办机构，省级经办机构同时向国家级经办机构反馈到账信息。

第三十五条 省级经办机构在省级财政收款专户信息发生变更时，要及时在国家跨省异地就医管理子系统变更相关信息，省级经办机构向省级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，并将专户信息变更情况告知财政部门。

第七章 省内预付金上解归集管理

第三十六条 省级经办机构负责协调和督促全省各统筹区及时上缴异地就医预付及清算资金工作。

第三十七条 每年1月底前，省级经办机构根据上年度各统筹区异地就医医保结算资金情况，核定本年度全省各统筹区上解归集预付金额度。职工医保预付金由统筹区经办机构从医保基金中足额上解到省级财政专户；居民医保预付金由省级财政部门从每年中央和省级财政补助资金中预算提取归集到省级财政专户。省级经办机构可调剂使用各统筹区上解归集的预付金。

第三十八条 职工医保跨省和省内异地就医预付金调整上解额度核定：以上年度各统筹区作为参保地第四季度跨省和第三季度省内异地就医医保结算资金月平均值的两倍核定本年度预付金额度，确定各统筹区本年度预付金应上解额度。各统筹区本年度预付应上解额度高于以往年度已上解额度的，超出部分应上解；预付金应上解额度低于或等于以往年度已上解额度的，原则上本年度预付金不作调整，统筹区无需上解。

居民医保预付金额度核定办法：某统筹区当年应归集结算基金=某统筹区上年度跨省和省内异地清算资金占上年度居民医保筹资总额比例（%）×本年度筹资总额-上年度结算资金结余额。居民医保预付金由省级财政单独预算归集到省级财政专户，各市州不再划拨上解。省级经办机构应于每年1月份前将各统筹区居民医保年度归集结算基金测算情况报省级财政部门。

第三十九条 各统筹区经办机构收到省级经办机构下发的预付金额度调整付款通知书后，应在规定期限内足额划拨至省级财政专户（湖南省医保局异地就医联网结算预付金账户）。

第四十条 预付金纳入社会保障基金财政专户，实行“封闭运行、收支两条线、分账核算”管理。各市州经办机构在收款账户信息发生变更时，要及时向省级经办机构报告；省级经办机构向省级财政部门提交预付单和清算单时，需同步提

交异地就医收款银行账号明细表，并将账户信息变更情况告知财政部门。

第四十一条 根据跨省预付金预警和调增办法，建立省内预付金预警和紧急调增机制，省级经办机构根据工作实际，适时启动省内预付金紧急调增程序，并下发省内异地就医预付金额度紧急调增收款通知书。

第四十二条 划拨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。跨省预付金在就医地财政专户中产生的利息归就医地所有。居民医保省级归集基金财政专户中产生的利息按年度分割清算到各统筹区。异地就医医疗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。

第八章 医疗费用结算

第四十三条 医疗费用结算是指就医地经办机构与本地定点医药机构对异地就医医疗费用对账确认后，按协议或有关规定向定点医药机构支付费用的行为。医疗费用对账是指就医地经办机构与定点医药机构就门诊就医、购药以及住院医疗费用确认医保基金支付金额的行为。

第四十四条 参保人员跨省异地就医出院结算时，就医地经办机构将其住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息，经国家、省级异地就医结算系统传输至参保地，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定点医疗机构，用于定点医疗机构与参保人员直接结算。

第四十五条 参保人员跨省异地就医门诊费用直接结算时，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，经国家、省级异地就医结算系统实时传输至参保地，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定点医药机构，用于定点医药机构与参保人员直接结算。

第四十六条 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，做到数据相符。参保地经办机构应每日完成当日结算信息对账，每月3日前完成上月所有结算费用的对账。如出现对账信息不符的情况，统筹区经办机构应及时查明原因，必要时提请省级经办机构协调处理。

第四十七条 就医地经办机构在参保人员发生住院费用跨省直接结算后3日内将医疗费用明细上传国家跨省异地就医管理子系统，参保地经办机构可查询和下载医药费用及其明细项目。

第四十八条 每月前5个工作日，就医地定点医药机构通过两定机构医疗保障信息平台申报已对账的上月全部异地就医住院结算费用、门诊结算费用和门诊慢特病异地就医结算费用。定点医药机构应做好对账工作，未完成对账的结算信息不得申报。

第四十九条 就医地经办机构通过智能审核或人工审核的方式，在5个工作日内完成定点医药机构上月跨省异地就医申报结算数据审核，生成初审结果。定点医药机构收到初审结果后在5个工作日内对有异议的数据向就医地经办机构进行申诉，未在规定时间内完成申诉的，视为无异议，就医地经办机构不再受理过期申诉；就医地经办机构按规定对定点医药机构提请的申诉进行复审核实，生成复审结果，并反馈给定点医药机构，对发生的不符合规定的医疗费用按就医地医保服务协议约定不予支付。

第五十条 就医地经办机构每月20日前，完成医药机构上月申报费用的审核及制单工作，按医保服务协议约定，及时将确认的费用拨付给定点医药机构。

第五十一条 就医地对于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，按一笔费用整体结算，并将医疗费用信息传回参保地。参保地根据本地跨年度费用结算办法，按一笔费用整体结算。

第五十二条 各统筹区要支持参保人员普通门诊费用跨省直接结算后合理的退费需求，提供隔笔退费、跨年退费和清算后退费服务。

第五十三条 参保人员跨省异地就医备案后，因结算网络系统、就诊凭证等故障导致无法直接结算的，相关医疗费用可回参保地手工报销，参保地经办机构按照参保地规定的基本医疗保险药品、诊疗项目目录和医疗服务设施目录等支付范围和报销政策为参保人员报销相关医疗费用。

第五十四条 省内异地就医医疗费用审核结算按照省级医保部门制定的省内异地就医直接结算医疗费用审核结算管理办法执行。

第五十五条 参保人员因急诊抢救就医的，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。

第五十六条 定点医疗机构应加强外伤人员身份认证，对于符合就医地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，定点医疗机构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》（见附件3），为参保人员办理异地就医直接结算。定点医疗机构在为参保人员办理入院登记时，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。

第五十七条 异地就医定点医疗机构对于异地就医患者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，需提供《住院期间外院检查治疗或定点药店购药单》（见附件4），加盖定点医疗机构医疗保险办公室章，相关费用可纳入本次住院费用直接结算。

第五十八条 参保人员在就医地异地就医定点医药机构凭医保电子凭证或者社会保障卡等有效凭证就医购药，根据异地就医结算单、医疗收费票据等，结清应由个人负担的费用，就医地经办机构与异地就医定点医药机构按医保服务协议结算医保基金支付的费用。

第五十九条 参保人员省内异地就医由于系统故障、数据传输和个人信息报错等特殊原因，医疗费用未能在联网定点医疗机构直接结算回参保地手工报销的，应实行手工报销线上办理的办法，即参保地医保经办机构依托医保信息平台，直接下载定点医疗机构上传的医疗费用明细、诊断等信息完成审核报销工作，原则上不得采取手工录入审核结算方式。定点医疗机构应通过系统接口将参保人员全自费数据信息自动、实时、完整上传至医保信息平台。

第六十条 各统筹区经办机构应积极探索将异地就医住院医疗费用纳入本地DRG/DIP付费方式管理。

第九章 费用清算

第六十一条 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异地就医医疗费用的应收或应付金额，据实划拨的过程。

第六十二条 每月20日前，省级经办机构向国家跨省异地就医管理子系统上传各统筹区完成审核制单的跨省异地就医费用。每月21日，国家级经办机构根据就医地经办机构与定点医药机构对账确认后的医疗费用，下发各省跨省异地就医费用清算数据信息。省级经办机构通过国家跨省异地就医管理子系统精确查询本省内各统筹地区的上述清算信息，于每月25日前确认上述内容。

第六十三条 每月底前，国家级经办机构根据确认后的全国跨省异地就医费用清算数据，在国家跨省异地就医管理子系统发布全国跨省异地就医费用收付款通知书。省级经办机构下载湖南省跨省异地就医费用收付款通知书后，于5个工作日内提交同级财政部门，财政部门对经办机构提交的清算单和用款申请计划审核无误后，于10个工作日内向就医地省级财政部门划拨资金。省级财政部门在完成清算资金拨付、收款后，通知财政专户经办银行在5个工作日内将划拨及收款信息反馈到省级经办机构。省级经办机构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。

第六十四条 原则上，当月跨省异地就医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。当年跨省异地就医直接结算费用，最晚应于次年第一季度清算完毕。

第六十五条 省级经办机构负责全省各统筹区异地就医直接结算费用清算业务。省级经办机构对各统筹区发生的异地就医直接结算费用进行轧差清算，各统筹区之间不进行费用清算划拨，只需按照转入、转出基金收支相抵后的差额上解清算款项。统筹区异地就医费用清算分跨省异地就医费用清算和省内异地就医费用清算。

第六十六条 省级经办机构通过医保信息平台下载跨省异地就医本期清算数据，对各市州跨省异地就医转入转出数据进行轧差清算，生成《湖南省基本医疗保险跨省异地就医联网结算省级清算业务总表》（见附件5），并下发各统筹区经办机构。各统筹区经办机构在异地就医子系统中查询本统筹区跨省清算数据，下载本统筹区清算数据，于15个工作日内完成清算资金的上解。原则上本期跨省清算资金上解时间不超过次月25日。

第六十七条 省级经办机构根据各市州核实确认的职工医保省内异地就医转入转出数据轧差清算，生成《湖南省职工医保省内异地就医联网结算省级清算业务总表》（见附件6），通过医保信息系统下发给各统筹区。统筹区经办机构在异

地就医子系统中下载本统筹区清算数据，于15个工作日内完成辖区内职工医保省内异地就医费用的清算及清算资金的上解工作。

第六十八条 省级经办机构根据各统筹区核实确认的城乡居民医保省内异地就医转入转出数据清算，生成《湖南省城乡居民医保省内跨市州异地就医情况汇总表》（见附件7），通过医保信息系统下发给各统筹区，各统筹区经办机构在异地就医子系统中查询本统筹区居民清算数据。居民医保清算资金直接由省级财政单独预算归集到省级财政专户，各统筹区不再划拨上解。

第六十九条 各统筹区经办机构作为参保地应组织完成本统筹区所辖县市区跨省和省内异地就医费用清算工作，按照市级统筹医保基金管理要求，通过财政专户将就医地发生的清算资金划拨到县市区医保基金专户。

第十章 审核检查

第七十条 异地就医医疗服务实行就医地管理。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地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。

第七十一条 就医地经办机构应当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，并逐级上报省级经办机构。

第七十二条 就医地经办机构对定点医药机构违规行为涉及的医药费用不予支付，已支付的违规费用予以扣除，用于冲减参保地异地就医直接结算费用。对定点医药机构违反医保服务协议约定并处以违约金的，由就医地经办机构按规定处理。

第七十三条 省级经办机构适时组织各统筹区经办机构通过巡查抽查、交叉互查、第三方评审等方式，开展异地就医联审互查工作，将就医地落实异地就医费用审核管理责任情况纳入经办机构规范建设考评指标，结合国家和省医保部门飞行检查、第三方行风评价等工作进行考核评价。省级经办机构负责协调处理因费用审核、资金拨付发生的争议及纠纷。

第七十四条 各级经办机构应加强异地就医费用审核，建立异地就医直接结算运行监控制度，健全医保基金运行风险评估预警机制，对异地就医次均费用水平、医疗费用涨幅、报销比例等重点指标进行跟踪监测，定期编报异地就医直接结算运行分析报告。

第十一章 业务协同

第七十五条 异地就医业务协同管理工作实行统一管理，分级负责。国家级经办机构负责统一组织、协调省际业务协同管理工作，省级医保部门负责统一组织、协调并实施异地就医结算业务协同管理工作，各统筹区医保部门按国家和省级要求做好业务协同工作。各级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。

第七十六条 参保地医保部门对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，可以通过国家跨省异地就医管理子系统提出费用协查申请。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，就医省组织各统筹地区医保部门通过国家跨省异地就医管理子系统下载当期汇总表，并通过本地医保信息系统进行核查，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。

就医地医保部门接到本期汇总表后，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。

参保地医保部门收到就医地医保部门返回的协查结果后，5个工作日内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，应及时与就医地医保部门进行沟通处理。

第七十七条 各级医保部门可根据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

中备案类问题需在2个工作日内回复，系统故障类问题需在1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，各级医保部门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。

各级医保部门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，申请上一级医保部门进行协调处理。

第七十八条 各级医保部门可通过国家跨省异地就医管理子系统发布停机公告、医保政策等信息，实现医保经办信息共享。

第十二章 信息化管理

第七十九条 省医疗保障部门按照全国统一的医疗保障信息系统要求，负责建立和完善异地就医信息管理平台标准规范，落实全国统一的医保信息业务编码管理及异地就医数据备份实施方案，确保网络稳定运行和数据安全。协调做好与相关部门数据共享。督促指导各级医保经办机构、定点医疗机构及相关单位做好信息化管理工作。

第八十条 省级经办机构负责规范异地就医业务管理和服务流程，做好全省异地就医信息化技术指导和业务培训，协助做好全省异地就医平台、网络的管理和日常维护工作。支持更多医保业务线上办理，推进医保电子凭证、医保移动支付、医保电子处方流转、医保服务平台网厅、APP和小程序等推广应用，实现更多异地就医政务服务事项“跨省通办、省内通办”。

第八十一条 各统筹区医保部门应按全省异地就医信息化建设规划要求和统一的接口标准规范，及时完成相关基础信息、系统参数的录入、标化。组织所辖各级定点医药机构做好接口对接、联调测试及国家标准贯标落地，确保业务交互畅通，数据传输全面、及时、准确。协助做好本地信息系统的运维工作，确保本地信息系统运行安全平稳。

第八十二条 各级定点医药机构要完善医院信息管理系统（HIS），做好国家标准贯标落地，按标准实现与医保异地就医信息系统业务数据实时交互，确保数据传输安全。

第八十三条 医保系统承建单位进行停机切换时，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。按照国家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。

第十三章 附 则

第八十四条 异地就医医疗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。

第八十五条 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其办理的业务分别保管。

第八十六条 各市州医保部门可根据本办法，制定本统筹区异地就医直接结算实施细则。

第八十七条 本办法自2023年1月1日起实施。以往文件规定与本办法不一致的，以本办法为准。

附件：

- 1.湖南省异地就医登记备案表
- 2.基本医疗保险异地就医备案个人承诺书
- 3.外伤无第三方责任承诺书
- 4.住院期间外院检查治疗或定点药店购药单
- 5.湖南省医疗保险跨省异地就医联网结算省级清算业务总表

6.湖南省职工医保省内异地就医联网结算省级清算业务总表

7.湖南省城乡居民医保省内跨市州异地就医情况汇总表

(2022年12月27日印发)

信息来源：湖南省医疗生育保险服务中心 责任编辑：彭小玲

相关阅读

图解《湖南省基本医疗保险异地就医直接结算管理办法（试行）》

主办单位：湖南省医疗保障局 公安备案号：43010302000979 备案号：湘ICP备19019234号-3 政府网站标识码：43000001

技术支持：创智和宇信息技术股份有限公司 邮编：410004 联系地址：长沙市天心区银杏路6号（芙蓉南路与友谊路交叉口西）



湘医保微信公众号



湘医保客户