

辽宁省医疗保障局

文件

辽宁省财政厅

辽医保发〔2020〕10号

关于印发辽宁省医疗保险异地就医 结算经办规程的通知

各市医疗保障局、财政局：

为深入贯彻落实《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，加快完善异地就医结算服务，现印发《辽宁省医疗保险异地就医结算经办规程（2020年版）》，请于2020年9月1日起遵照执行。

附件：辽宁省医疗保险异地就医结算经办规程（2020 年版）

辽宁省医疗保障局

辽宁省财政厅

2020 年 8 月 26 日

（信息公开形式：主动公开）

附件

辽宁省基本医疗保险异地就医结算经办规程

(2020 年版)

第一章 总 则

第一条 为规范异地就医经办管理,提高服务水平,根据《辽宁省医疗保险异地就医结算管理办法》,结合实际,制定本规程。

第二条 本规程适用于基本医疗保险异地就医结算经办服务管理,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(以下简称城乡居民医保)。

第三条 异地就医结算工作实行统一管理、分级负责。省医疗保障事务服务中心作为省经办机构,在国家医疗保障事业管理中心(以下简称国家经办机构)及省医疗保障局的组织和指导下,依托国家跨省异地就医管理子系统(以下简称国家结算系统)及省、市异地就医结算信息系统(以下简称省、市结算系统),负责全省异地就医结算经办服务管理,管理省经办专户并完成异地就医资金省内归集和划拨。省财政部门负责管理辽宁省财政专户(以下简称省财政专户),完成跨省异地就医资金省际划拨。各市按职责要求做好异地就医结算经办服务管理工作,完成本地区

异地就医资金划拨。

第二章 备案登记

第四条 参加我省基本医疗保险的参保人员，符合异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员和异地转诊转院人员等情形中任意一种，在申请办理异地就医直接结算时，需提供如下材料：

（一）异地安置退休人员

需提供身份证（材料未特殊说明一律为本人证件，下同）、户口本首页、常住人口登记页。

（二）异地长期居住人员

1.职工医保退休人员或达到 60 周岁的城乡居民医保参保人员在异地定居的，需提供身份证、异地长期居住证明（房屋所有证明或居住证任选其一）。

2.未成年城乡居民医保参保人员申请异地就医备案时，需提供本人及监护人身份证、监护关系声明、监护人当地参保证明（或监护人已办理常驻异地工作人员异地就医备案）。

（三）常驻异地工作人员

1.确因工作需要由用人单位派驻异地工作半年以上的在职职工，由用人单位办理，需提供异地工作证明材料（异地工作单

位证明或异地工作合同任选其一）。

2.灵活就业职工医保在职人员或城乡居民医保参保人员，因外出务工或就业创业办理异地就医备案时，需提供身份证和居住证。

（四）异地转诊转院人员及其他符合参保地规定的人员，需按各市规定提供相关材料。

第五条 参保地经办机构按规定及时为参保人员办理登记备案手续，依托国家医保服务平台 APP 和国家异地就医备案小程序开展全国统一的异地就医备案服务，推广电话、传真、网络和 APP 等多种备案及查询方式，至少提供一种有效、便捷的线上备案服务渠道。

第六条 参保人异地就医前，应通过任意渠道申请备案。

（一）异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员

1.窗口办理

本人或委托人（具有民事行为能力的人员，下同）到参保地经办机构申请办理，提交相关备案材料，填写《辽宁省____市异地就医登记备案表》（附件 1）。参保地经办机构应即时办理并存档相关材料。

2.线上办理

本人或委托人线上提交备案申请，填写姓名、身份证号、险

种类型、参保地、就医地、备案类型等必要信息，提供身份证正反面照片（或通过实人认证），并按规定提供其他材料。参保地经办机构收到线上备案申请后，符合备案条件的，将备案信息线上反馈并存档相关材料；不符合备案条件的，将结果及不符合的原因及时通过线上渠道反馈，供参保人员查询。

3.电话（传真）办理

本人或委托人通过参保地经办机构电话申请，通过传真提供备案材料。参保地经办机构按规定受理并通知申请人备案结果，予以备案的存档相关材料。

（二）转诊转院人员

1.需由医疗机构提供转诊证明办理异地就医备案

参保人员因病情需要，由符合参保地规定的定点医疗机构依据病情填写《辽宁省____市转诊转院登记备案表》（附件2，以下简称《转诊备案表》），将备案信息通过本地网络上传至省、市结算系统，并将《转诊备案表》电子档上传参保地经办机构存档备查。

2.自助开通异地就医直接结算服务

（1）参保人员自行填写《辽宁省____市异地就医登记备案表》（附件1），到参保地经办机构或符合规定的定点医疗机构办理登记备案。参保地经办机构或定点医疗机构，将备案信息通过本地网络上传至省、市结算系统。参保地经办机构办理时，将

《辽宁省____市异地就医登记备案表》存档备查；定点医疗机构办理时，将《辽宁省____市异地就医登记备案表》电子档上传参保地经办机构存档备查。

(2) 参保人员通过线上渠道填写《辽宁省____市异地就医登记备案表》，申请登记备案。参保地经办机构将备案信息通过本地网络上传至省、市结算系统，留存《辽宁省____市异地就医登记备案表》备查。

第七条 参保人员申请备案时，所需备案材料不全时，可填写个人承诺书在约定时限内替代。个人承诺书可替代的备案材料包括户口本首页、常住人口登记页、居住证和房屋所有证明。参保人员应承诺在约定时限内补充缺失的备案材料并保证真实性。参保地经办机构应结合地方实际，明确约定时限等事项，并充分告知参保人员。对未履行承诺或虚假承诺的参保人员，一经查实，即时取消备案资格。已发生直接结算医疗费用的，按参保地规定追回，并移交同级行政部门按规定处理。

第八条 参保地经办机构为参保人员办理备案时，备案到就医地所在市，不得选择备案到具体定点医疗机构，北京市、天津市、上海市、重庆市 4 市和海南省、西藏自治区、新疆生产建设兵团备案到就医省(市)，省内转诊转院到沈阳市备案到省本级。参保地经办机构应明确备案材料清单，履行一次性告知义务，并通过线上渠道予以公布，方便参保人员查询。

第九条 参保地经办机构在工作日收到备案申请后，原则上即时办结生效；通过线上备案申请的，要在2个工作日内将结果反馈参保人员；在非工作日收到备案申请后，原则上应于上班后第1个工作日办结生效。异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员异地就医登记备案生效后，如不取消则长期有效。异地转诊转院人员备案有效期为1年，原则上限当次治疗有效，恶性肿瘤放化疗等特殊疾病可不设就医次数限制，具体由各市确定。备案有效期内办理入院手续的，无论出院日期是否超出备案有效期，均属于有效备案。未在备案有效期内办理入院手续的，按参保地规定办理。

第十条 异地就医备案人员信息变更。

（一）基本信息变更。已完成异地就医备案的人员，若异地居住地址、联系电话等信息发生变更，或转诊转院人员在异地医疗期间如需再次转院或入院，应向参保地经办机构申请变更。

（二）备案统筹区变更。异地安置退休人员、异地长期居住人员和常驻异地工作人员的备案生效后，原则上至少6个月内不得变更备案统筹区。满足期限后需变更异地就医备案统筹区的，按参保地规定办理。

（三）参保身份变更。因参保险种或人员类别变化等原因变更备案类别的，按参保地规定办理。同一次住院期间出现参保身份变更的，原则上按入院时备案登记的参保身份结算医疗费用。

（四）备案终止。异地就医备案人员因退保或停保等原因终止基本医疗保险待遇的，参保地经办机构应办理备案终止。

（五）备案信息上传与接收。参保地经办机构将异地就医人员新增和变更等信息实时上传至省结算系统，并及时接收省外参保人员备案信息。

第三章 就医管理

第十一条 就医地经办机构和定点医药机构应将异地就医人员视同本地参保人员纳入本地统一管理，在定点医药机构确定、医疗信息记录、医疗行为监控、医疗费用结算以及审核稽核等方面提供与本地参保人员相同的服务和管理，并在与定点医药机构服务协议中予以明确。

第十二条 将不同投资主体、经营性质的医保定点医药机构按规定一视同仁纳入异地就医直接结算定点医药机构覆盖范围，享受同样的医保政策、管理和服务。将异地就医服务纳入定点医药机构服务协议，细化和完善协议条款，并作为定点医药机构年度考核、信用等级评定的重要依据。定点医药机构发生名称或等级变更、中止医保服务、取消或新增定点等情形的，各市经办机构应将有关信息实时上传省结算系统，及时接收其他地区异地就医定点医药机构信息，确保省结算系统中相关信息真实可靠。

第十三条 异地就医人员应持有效凭证在就医地定点医药机构就医结算，执行就医地病种标准及就医流程和服务规范。就医地定点医药机构应对异地就医患者进行身份识别，确认相关信息，为异地就医人员提供合理、必要的医疗服务，支持异地就医人员基本医疗保险统筹基金、个人账户基金、大额补充医疗保险、城乡居民大病保险、公务员医疗补助、城乡医疗救助和补充医疗保险等各类基（资）金款项“一站式”、“一单制”结算，不得拒绝为符合规定的异地就医人员提供医疗费用直接结算服务。

定点医药机构结算异地就医人员费用时，应向其出具结算收据，提供《辽宁省异地就医结算单》（附件3）和《辽宁省异地就医医疗费用汇总单》（附件4）。定点医药机构应按服务协议约定，做好医疗服务、就医管理、政策宣传和咨询解答等工作。对于未履行责任义务的定点医药机构，应依据服务协议暂停或终止异地就医直接结算服务资格。

第十四条 职工医保参保人员在开通门诊费用异地就医结算的定点医药机构就医购药时，无需办理备案，可使用个人账户基金直接结算医药费用。尚未完全实现前，参保地经办机构也可继续按规定定期为异地就医人员个人账户基金提取现金，用于日常就医购药。

异地就医人员发生住院前急诊救治门急诊医疗费用，符合参保地待遇政策规定的先由个人垫付，定点医疗机构应在本次住院

费用结算前，按照就医地诊疗规范审核费用，按“院前急救”类别上传数据，按照参保地待遇政策直接结算。对于符合参保地待遇政策未能实现直接结算的，由参保地按规定手工报销。

第十五条 异地就医人员在就医地定点医疗机构住院期间使用国家医保谈判药时，就医地定点医疗机构应按适用条件进行资格评估。省内参保的异地就医人员按照就医地规定在定点医疗机构门诊或定点零售药房购买我省按高值药品管理的药品应直接结算，就医地经办机构应提供资格评估、医师处方、购药结算、费用审核和医疗监管等经办服务，并将通过资格评估的异地就医人员高值药品备案信息返还参保地经办机构。参保地经办机构对高值药品备案信息进行确认，并将历史用药数据返还就医地经办机构备查。我省参保的异地就医人员在跨省就医地异地就医期间，符合我省高值药品管理的药品适用条件但未能实现相关医疗费用直接结算的，由参保地经办机构按规定进行资格审查和费用审核结算。

第十六条 省内转诊转院到沈阳市住院及院前急诊救治医疗费用直接结算经办管理由省经办机构负责。省本级定点医疗机构自愿申请省内转诊转院直接结算，省经办机构按照省内转诊转院定点医疗机构准入流程，开展定点评估、协商谈判及服务协议签订，并对新增省内转院定点医院向社会公示。具体流程另行制定。省经办机构对转诊转院定点医院实行协议管理，明确权力和义务，

并据此按月开展费用审核结算及扣款，定期开展履行协议情况监督检查。省经办机构与定点医院按月结算省内转诊转院医疗费用，与参保地经办机构次月清算。

第十七条 建立异地就医报错应急处置机制。各市经办机构要将异地就医直接结算报错协调处置纳入日常管理，建立定点医药机构管理机制，公开联系电话和报错处理程序，并纳入与定点医药机构服务协议。异地就医人员就医发生报错，定点医药机构应安排专人负责排查解决，无法自行解决的，报就医地经办机构协调处理，需联系参保地协同的，由就医地经办机构按照协同管理规定协调参保地经办机构解决。

第十八条 异地就医人员在就医地医疗期间确因当地没有诊治条件需转出就医地治疗的，按参保地有关规定办理，由参保地经办机构管理、审核及结算费用。

第四章 预付金管理

第十九条 预付金是参保地预付给就医地或省经办机构用于支付参保地异地就医人员异地医疗费用的资金，分为跨省预付金和省内预付金。各市按可支付上年平均 4 个月异地就医医疗费用的额度核定，按年调整。预付金原则上来源于各市医疗保险基金。

第二十条 省经办机构在每年 1 月初，根据各市上年度跨省

和省内异地就医直接结算资金支出情况，核定本年预付金额度。本年度预付金调整额度=本年度核定预付金额度-上年预付金额度。当本年预付金额度等于或小于上年额度时，当年不予调整。跨省与省内预付金分别核算，在省结算系统中分别生成《辽宁省____市跨省异地就医年度预付金额度调整付款通知书》（附件 5）和《辽宁省____市省内异地就医年度预付金额度调整付款通知书》（附件 6）。各市于 1 月 20 日前将本年跨省和省内预付金调整额度所需资金分别上解至省经办专户。各市经办机构通过省结算系统上报预付金上解信息，省经办机构通过省结算系统将到账信息反馈给各市经办机构。

预付金建立之初，由各市经办机构根据本市上年度跨省和省内异地就医结算资金支出以及异地就医直接结算开展情况确定本年度预付金额度，并于本市异地就医业务开通前 1 个月按照相关规定完成资金上解。

第二十一条 省经办机构于每年 2 月初确认各市本年度预付金调整额度全部上解至省经办机构专户，生成《辽宁省跨省异地就医预付金额度调整信息表》（附件 7）和《辽宁省省内异地就医预付金额度调整信息表》（附件 8）；接收国家经办机构下达的省际预付金额度调整通知，生成《辽宁省跨省异地就医预付金省外预付明细表》（附件 9）和《跨省异地就医外省预付金额度调整信息表》（附件 10）。省经办机构于每年 2 月 15 日前向省

财政部门提交上述收付款信息，并将跨省异地就医预付金调整资金上解至省财政专户。

第二十二条 省经办机构会同省财政部门，于每年 2 月底前按国家有关要求完成省际预付金收付工作。各级经办机构在拨付和收到预付金、异地就医清算资金后，应在省结算系统中进行付款和收款确认。

第二十三条 省经办机构分别建立外省和省内各市异地就医预付金预警和调增机制。预付金使用率为预警指标，指异地就医月清算资金占预付金的比例， $\text{预付金使用率} = (\text{未清算的医保基金应支付金额} + \text{已清算但未拨付的医保基金应支付金额}) \div (\text{本年度核定预付金金额} + \text{本年度调增追加预付金金额}) \times 100\%$ 。预付金使用率达到 70%，为黄色预警；预付金使用率达到 90%，为红色预警，需启动预付金紧急调增机制，省经办机构向需调增预付金的市经办机构下达《辽宁省____市跨省异地就医预付金额度紧急调增通知书》（附件 11）或《辽宁省____市省内异地就医预付金额度紧急调增通知书》（附件 12）。

第二十四条 各市经办机构应通过省结算系统查询异地就医预付金预警情况，预付金使用率出现黄色预警时，应主动追加资金上解至省经办机构专户。 $\text{本次追加金额} = \text{本年度核定预付金金额} + \text{本年已追加预付金金额} - \text{未清算的医保基金应支付金额} - \text{已清算但未拨付的医保基金应支付金额}$ ，追加金额为负数时按绝对值上解。

省经办机构于各市跨省预付金追加资金到账 10 个工作日内，向省财政部门提交《辽宁省跨省异地就医预付金额度调整信息表》（附件 7），并将各市追加预付金归集后划拨至省财政专户。

第二十五条 外省启动我省预付金紧急调增流程时，省经办机构在接到国家经办机构下达的《辽宁省跨省异地就医预付金额度紧急调增通知书》5 个工作日内，将紧急调增额度分解至各市，生成《辽宁省跨省异地就医预付金省外预付明细表》（附件 9），提交省财政部门。

第二十六条 每期国家统一清算签章时，当期清算资金占预付金比例超过 90% 的，省经办机构应在当期清算签章之日起 3 个工作日内向国家经办机构报送预付金额度紧急调增申请， $\text{调增金额} = \text{本年度核定预付金金额} + \text{本年已追加预付金金额} - \text{未清算的医保基金应支付金额} - \text{已清算但未拨付的医保基金应支付金额}$ ，调增金额为负数时按绝对值申请，调增金额上限为当期月度清算资金两倍与年度预付金的差额，并向省财政部门提交《外省预付金紧急调增收款通知书》（附件 13）和《跨省异地就医外省预付金额度调整信息表》（附件 10）。

第二十七条 省财政部门接到省经办机构提交的预付金调整及紧急调增用款材料，审核无误后，10 个工作日内向就医地省级财政部门划拨资金。省财政部门完成预付金额度及调增资金的付款和收款后，省经办机构依据银行出具的原始凭证向国家经办机构

反馈到账信息，并进行相应账务处理。

第二十八条 在规定期限内仍未收到外省相应资金的，省经办机构应向国家经办机构提出暂停该省在我省跨省异地就医直接结算服务的申请，由国家经办机构负责协调和督促各省（区、市）按规定及时拨付资金，或暂停该省在我省跨省异地就医直接结算服务。各市应按时足额上解预付金、预付金紧急调增资金以及清算资金。预付金使用率出现红色预警，预付金额度紧急调增付款通知书签发之日起 10 个工作日内未上解的，省经办机构暂停该市异地就医新增备案人员信息上传业务；清算资金付款通知书、年度预付金额度调整付款通知书签发之日起 20 个工作日内未上解到省经办专户且未报备延迟原因的，省经办机构可暂停该市参保人员异地就医入院登记。

第二十九条 异地就医预付金利息分配。

（一）各市异地就医预付金在省外就医地财政专户中产生的利息归就医地所有；

（二）各市异地就医预付金、外省异地就医预付金在省财政专户、省经办机构专户中产生的利息由省经办机构按积数法分配并记录辅助台账。

（三）省财政部门根据省经办机构的预付金分配明细表做各市预付金本年度追加处理。省经办机构 5 个工作日内通过省结算系统发布各市异地就医预付金利息分配所得，供各市查询，各市

按基本医疗保险基金利息收入记账，并按预付金本年度追加处理。各市经办机构通过省结算系统上报预付金利息处理信息。

第五章 医疗费用结算

第三十条 医疗费用结算是指就医地经办机构按协议或有关规定向定点医药机构支付费用的行为。省经办机构负责结算省内转诊转院到沈阳市住院及院前急诊救治医疗费用；沈阳市负责结算除省内转诊转院以外其他类型在沈阳市异地就医医疗费用；其余各市经办机构负责结算在本辖区发生的异地就医医疗费用。

第三十一条 定点医药机构应将异地就医人员就诊登记、费用明细、处方日期等信息实时上传至国家结算系统，确保定点医药机构与就医地经办机构的交易信息准确一致。

就医地经办机构将定点医药机构上传的费用明细转换为全国统一的费用大类信息，经省和国家结算系统传输至参保地。参保地经办机构按照当地政策规定计算参保人员个人以及各项医保基金应支付的金额，并将结果即时回传至就医地经办机构和定点医药机构。

第三十二条 定点医药机构应按《辽宁省异地就医结算单》（附件3）结清应由个人承担的费用；属于医保基金等支付的费用，由就医地经办机构与定点医药机构按月结算。异地就医定点

医药机构结算申报要件、时间节点、表格样式、内容设计（费用发生、核拨、服务质量保证金、违规扣款等）由就医地经办机构确定。

第三十三条 异地就医人员因故全额垫付医疗费用的，由参保地经办机构按规定手工报销。手工报销执行参保地支付范围和待遇政策，从收齐材料（包括按规定需由就医地经办机构回复的核查函证等）之日起，完成报销时间原则上不超过 20 个工作日，如有特殊情况，经办机构需提前告知报销单位或个人。

建立健全手工报销材料清单制度，参保地经办机构应提前公示材料清单，并一次性告知。住院费用手工报销清单包括：医院收费票据、住院费用清单、诊断证明（异地意外伤害就医的应提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件一份，无法提供的应填写承诺书）。门急诊手工报销清单包括：医院收费票据、门急诊费用清单、处方底方（急诊转住院应提供急诊诊断证明）。

第三十四条 省内异地就医时，经办机构间已完成费用清算的，不予召回重结。跨省异地就医时，作为就医地，对异地就医人员已出院结算需召回重结的，应在定点医药机构月结算之前完成，但不得隔次召回，已完成经办机构间费用清算的，不予召回重结。作为参保地，如遇外省就医地发起的负清算，经省经办机构确认，可配合清算重结。

第三十五条 定点医疗机构不进行跨年度住院费用年终结转操作。对于异地就医人员住院治疗过程跨自然年度的，各市经办机构作为就医地，要根据定点医疗机构提供的处方发生日期按年度累计上传，以出院结算日期为结算时点，按 1 笔费用整体结算；作为参保地，要保证本地参保人次年结算顺利进行。

第三十六条 就医地经办机构与定点医药机构完成月结算数据平账 5 个工作日内，将异地就医人员医疗费用明细上传至国家结算系统。参保地经办机构可通过国家结算系统查询和下载医疗费用及明细项目。

第三十七条 医疗费用对账是指经办机构之间、就医地经办机构与定点医药机构之间就医药费用确认医保基金支付金额的行为。国家、省、市经办机构之间医疗费用对账，原则上以就医地经办机构与医药机构确认的金额为准。

第三十八条 作为就医地，各市经办机构与定点医药机构应按日对账，对账成功后，与省经办机构对账。省结算系统提供下载省级信息功能，供各市对账确认。各市经办机构与定点医药机构、省经办机构对账，出现对账信息不符的情况，各市经办机构应查明原因，及时处理。按日对账有困难的，应在每月 20 日前完成与定点医药机构月结算对账并确认省结算系统相应信息。

作为参保地，各市经办机构应响应就医地、省及国家经办机构发起的对账请求，接受补正或冲减本市经办机构与就医地、省

及国家经办机构不一致的结算信息。

第三十九条 作为就医地，省经办机构按日汇总各市经办机构确认的省结算系统平账信息，与国家经办机构对账。省经办机构补正或冲减国家结算系统中与省经办机构不一致的结算信息。

作为参保地，省经办机构根据省结算系统的结算信息按日与国家经办机构对账。响应就医地、就医省及国家经办机构发起的对账请求，补正或冲减省结算系统中与国家经办机构不一致的结算信息。省经办机构根据我省、国家、就医省三方对账成功信息，向各市经办机构发起医疗费用对账，补正或冲减各市结算系统中与省结算系统不一致的信息。

第四十条 国家结算系统每日自动生成日对账信息，提供参保省、就医省和国家经办机构三方对账信息下载功能供各省下载平账。省结算系统自动下载我省作为参保省和就医省与国家结算系统的对账信息，生成每日对账信息。如出现对账信息不符的情况，省经办机构及时查明原因，必要时提请国家经办机构协调处理。

第四十一条 各级经办机构与异地就医定点医药机构应当在每月 20 日前完成上月个人结算医疗费用对账，并对定点医药机构申报费用进行审核确认。对定点医药机构违规行为涉及的医疗费用不予支付，已支付的违规费用予以扣除，错误的违规扣除费用予以追加，用于冲减参保地异地就医结算费用。异地就医费用

审核扣款可以追溯已结算费用，可以不与处方明细扣款对应。

第四十二条 定点医药机构要按照国家要求与各市经办机构完成日对账，每日收退异地就医人员费用计入自然月。以此作为各市经办机构统计本地异地就医定点医药机构上月费用的时间标准，确认月结算应结费用。

第四十三条 各市异地就医定点医药机构医保基金年度超支（结余）的补偿（平衡）办法，由各市按照本地支付政策具体制定。

第六章 资金清算

第四十四条 异地就医资金清算是指省经办机构之间、省经办机构与市经办机构之间确认异地就医医疗费用应收或应付金额、据实划拨的过程。

作为就医地，各市经办机构通过省结算系统随时上传不同月份、不同定点医药机构、不同参保地异地就医结算应付、医保基金审核扣款明细和汇总信息，发起本市应收参保地医疗费用清算申请。省经办机构于每月 1 日前固化各市上月跨省及省内清算应收申请信息，清算应收明细为省市经办机构平账数据，清算应收明细信息不全或上传明细与汇总信息不符的地区，省经办机构将不予清算。

省经办机构每月 15 日至 20 日汇总各市经办机构确认跨省及省内的月清算应收明细，跨省的月清算应收明细通过国家结算系统向国家经办机构申请跨省清算应收金额。跨省月清算应收明细为国家、参保省、就医省平账数据；省内月清算应收明细为省、参保地、就医地平账数据。

第四十五条 国家经办机构于每月 21 日前，根据各省月清算应收明细及就医地经办机构与医药机构对账确认后的医疗费用，生成全国跨省异地就医费用清算信息，通过国家结算系统发布，并要求省经办机构于每月 25 日前确认上述内容。过期未确认的，国家经办机构默认省经办机构完成确认。省经办机构于每月 21 日前，根据省内月清算应收明细及就医地经办机构与医疗机构对帐确认后的医疗费用，生成省内异地就医费用清算信息，通过省结算系统发布，并要求各市经办机构于每月 25 日前确认上述内容。过期未确认的，省经办机构默认市经办机构完成确认。

第四十六条 省经办机构于每月 21 日前，下载国家经办机构发布的我省清算应收应付待确认信息。作为就医省，省经办机构于当月 25 日前结合省结算系统信息确认我省清算应收信息。如有确认不通过的，省经办机构立即沟通国家经办机构协调解决。作为参保省，省经办机构将我省清算应付待确认信息即时分解至各市，通过省结算系统发布各市职工医保、城乡居民医保异地就医医疗费用清算应支付明细、医保基金审核扣款明细等信息，各

市经办机构应及时下载，并于当月 24 日前确认。如有确认不通过的，市经办机构应立即沟通省经办机构协调国家经办机构解决。过期未确认的，省经办机构默认该市完成清算应付信息确认。省经办机构于当月 25 日汇总各市清算应付确认信息，向国家经办机构确认我省跨省清算应付信息。各市经办机构于每月 21 日前下载省经办机构发布的各市清算应收应付待确认信息，于当月 25 日前对照各市结算系统信息完成本市清算应收应付信息确认。如有确认不通过的，各市经办机构应立即沟通省经办机构协调解决。

第四十七条 国家经办机构于每月底前根据省经办机构确认后的全国跨省异地就医费用清算结果，生成各省跨省异地就医费用清算收付款通知，通过国家结算系统下达给省经办机构。

省经办机构于每月底前根据各市经办机构确认后的跨省及省内异地就医费用清算结果，生成各市省内异地就医费用清算收付款通知，通过省结算系统下达给各市经办机构。

省经办机构于每月初收到国家经办机构下达的我省跨省异地就医费用清算收付款通知 5 个工作日内，分别生成《外省异地就医预付金清算支出信息表》（附件 14）、《跨省异地就医预付金预留资金清算支出信息表》（附件 15），一并提交给省财政部门。

第四十八条 省财政部门对省经办机构提交的清算用款材料

审核无误后 10 个工作日内，将外省预付金省内清算支出资金从省财政专户全额划拨至省经办机构专户；10 个工作日内向就医地省级财政部门划拨清算资金。

第四十九条 省经办机构依据银行出具的原始凭证等相关材料进行相应账务处理，经财务业务核对后及时向国家经办机构反馈付款及收款到账信息。

作为就医地，省经办机构收到省财政部门划拨的各市跨省清算应收资金 5 个工作日内，通过省结算系统发布各市清算应收信息，将各市跨省异地清算应收资金从省经办机构专户下拨。各市收到省经办机构下拨的清算应收资金后，冲减本地医疗保险基金代付资金，并及时向省经办机构反馈收款到账信息。

作为参保地，各市应在本市经办机构确认本市跨省异地就医清算应付信息后 10 个工作日内将清算资金上解至省经办机构专户，记实各类账目。省经办机构完成各市清算资金归集 5 个工作日内将跨省异地资金划拨至省财政专户，并按照《跨省异地就医清算资金省经办专户划拨省财政专户信息表》（附件 16）做跨省预付金额度调整处理。

第五十条 省经办机构进行账务处理，经财务业务核对后及时向各市经办机构反馈付款及收款到账信息。作为就医地，省经办机构通过省结算系统发布各市省内清算应收信息，将各市省内异地清算应收资金从省经办机构专户下拨。各市收到省经办机构

下拨的清算应收资金后，冲减本地医疗保险基金代付资金，并及时向省经办机构反馈收款到账信息。作为参保地，各市经办机构确认本市省内异地就医清算应付信息后 10 个工作日内将清算资金上解至省经办机构专户，记实各类账目。省经办机构做省内预付金额度调整处理。

第五十一条 在参保省向就医省拨付跨省异地就医年度预付金、紧急调增资金和清算资金的基础上，增加就医省返还参保省年度预付金和清算资金的流程（以下简称反向清算流程）。反向清算流程与原清算流程和时限要求一致，就医省需返还参保省资金列入当期就医省跨省异地就医费用付款通知书中，并在对应的参保省份名称旁加注“*”，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，并在对应的就医省名称旁加注“*”。省经办机构要会同省财政部门自 2020 年第 1 期清算之日起，按照清算表金额在规定时间内据实拨付直接结算资金。

第七章 资金管理

第五十二条 省财政部门设立省财政专户，省经办机构设立省经办专户，各市按规定设立市异地就医资金账户。

第五十三条 省财政部门在划拨预付金（含紧急调增资金）

和清算资金后，省经办机构要依据银行提供的原始凭证进行会计核算，并在国家异地就医结算平台中输入付款银行名称、交易流水号和交易日期等信息，完成付款确认。省财政专户发生变更时，省经办机构要及时在国家异地就医结算平台变更相关信息。省经办机构向省财政部门提交预付及清算单时，需同步提交跨省异地就医费用清算银行账号明细表，对发生变更的省份及时备注并告知省财政部门。因费用审核发生的争议及纠纷，按经办规程规定妥善处理。

第五十四条 跨省异地就医会计核算财务处理。

（一）暂付款。跨省异地就医的预付金，应当在“暂付款”科目下设置“异地就医预付金”明细科目，在该明细科目下按照预付对方地区进行明细核算。

1.各市向省经办机构上解跨省异地就医预付金，借记“暂付款”异地就医预付金，贷记“财政专户存款”等科目。

2.省财政部门向就医省财政部门拨付的异地就医预付金，借记“暂付款”异地就医预付金，贷记“财政专户存款”等科目。

（二）暂收款。异地就医预付金和清算资金，应当在“暂收款”科目下设置“异地就医预付金”、“异地就医清算资金”、“异地就医资金”明细科目，其中“异地就医预付金”用于核算省经办机构收到各市异地就医预付金，“异地就医清算资金”明细科目用于核算省经办机构收到各市异地就医清算资金，“异地就医资金”

明细科目用于核算省经办机构收到外省拨付的异地就医预付金、清算资金。

1.省经办机构收到各市预付金，借记“财政专户存款”等科目，贷记“暂收款”异地就医预付金。省财政部门向就医省财政部门拨付跨省预付金，借记“暂收款”异地就医预付金，贷记“财政专户存款”等科目。

2.各市向省经办专户上解的清算资金，借记“支出类”科目，贷记“财政专户存款”等科目。

省经办机构收到各市清算资金，借记“财政专户存款”，贷记“暂收款”异地就医清算资金。省财政部门向就医省财政部门拨付跨省清算资金，借记“暂收款”异地就医清算资金，贷记“财政专户存款”等科目。

3.省财政部门收到参保省财政部门划拨的跨省预付金和清算资金，借记“财政专户存款”，贷记“暂收款”异地就医资金等科目。

各级经办机构向定点医药机构结算异地就医医疗费用，借记“暂收款”异地就医资金，贷记“财政专户存款”等科目。

第五十五条 省内异地就医会计核算财务处理。

（一）预付金和清算资金的上解

1.各市将预付金拨入省经办专户时，借记“暂付款—省内异地预付金”科目，贷记“财政专户存款”等科目；将清算资金拨入

省经办专户时，借记“支出类”科目，贷记“财政专户存款”等科目。

2.各市经办机构收到同级财政拨款时，借记“支出户存款”科目，贷记“财政专户存款”科目。

3.省经办机构收到各市上解的预付金或清算资金，借记“支出户存款”科目，贷记“暂收款—省内异地—**市”科目。

（二）清算资金的拨付

1.省经办机构向各市划拨清算资金，借记“暂收款—省内异地—**市”科目，贷记“支出户存款”科目。

2.各市收到省经办机构划拨的清算资金，借记“财政专户存款”科目，贷记“暂收款—省内异地就医”科目。

3.各市经办机构向同级财政部门请款后，款项到账后，借记“支出户存款”科目，贷记“财政专户存款”科目。

4.各市经办机构向定点医药机构支付医疗费，借记“暂收款—省内异地结算款—**市”科目，贷记“支出户存款”科目。

5.年末清零处理。

（1）跨省异地年末清零处理。

对“暂收款—跨省异地—xx省”科目资金有结余的，作“基金其他收入处理”。借记“暂收款—跨省异地—xx省”科目，贷记“收入类—其他收入”科目。

对“暂收款—跨省异地—xx省”科目资金赤字的，作“基金其他支出处理”。借记“支出类—其他支出”科目，贷记“暂收款—跨

省异地—xx 省”科目。

（2）省内异地年末清零处理。

对“暂收款—省内异地—xx 市”科目资金有结余的，作“基金其他收入处理”。借记“暂收款—省内异地—xx 市”科目，贷记“收入类—其他收入”科目。

对“暂收款—省内异地—xx 市”科目资金赤字的，作“基金其他支出处理”。借记“支出类—其他支出”科目，贷记“暂收款—省内异地—xx 市”科目。

各市可根据《财政部关于印发〈社会保险基金会计制度〉的通知》（财会〔2017〕28 号），结合具体情况做会计科目核算处理。各级经办机构和财政部门，对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 监管与协同管理

第五十六条 各级经办机构应加强异地就医费用审核管理，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。

第五十七条 就医地经办机构应建立医疗机构实地核查与结算数据审核相结合的监管体系。就医地经办机构应积极推进异地

就医医疗费用智能监控系统应用，充分发挥监控系统对就医结算数据的分析研判作用，及时筛查不良数据为现场核查工作提供数据支撑。

第五十八条 各市经办机构应确立协同管理专管人员，依托国家结算系统协同管理模块，协调解决经办机构、定点医药机构和异地就医人员之间的各类问题，要按规定时限及时响应协同请求，切实提高响应效率。

第五十九条 国家结算系统每月 26 日零时生成全国跨省异地就医结算费用协查申请汇总表，各市经办机构要及时登录国家结算系统下载费用协查信息，原则上需于次月 26 日前完成本期费用协查工作。

省经办机构适时组织各市进行异地就医联审互查，强化线上线下监测监管，对就医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。

第六十条 就医地经办机构发现异地就医人员有严重违规行为的，应暂停其直接结算，并报送省经办机构通知参保地经办机构，由参保地经办机构按规定处理。

第六十一条 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。对疑似的重大违法违规行为，收集相关证据并上报行政管理部门。

第六十二条 对定点医药机构违反服务协议规定并处以违约

金处理的，由就医地经办机构按规定处理。

第九章 附 则

第六十三条 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其办理的业务分别保管。各市应根据本规程，制定本地区实施细则。本规程由省医疗保障局负责解释。

- 附件：1.辽宁省____市异地就医登记备案表
2.辽宁省____市转诊转院登记备案表
3.辽宁省异地就医结算单
4.辽宁省异地就医医疗费用汇总单
5.辽宁省____市跨省异地就医年度预付金额度调整付款通知书
6.辽宁省____市省内异地就医年度预付金额度调整付款通知书
7.辽宁省跨省异地就医预付金额度调整信息表
8.辽宁省省内异地就医预付金额度调整信息表
9.辽宁省跨省异地就医预付金省外预付明细表
10.跨省异地就医外省预付金额度调整信息表
11.辽宁省____市跨省异地就医预付金额度紧急调增通知书

- 12.辽宁省____市省内异地就医预付金额度紧急调增通知书
- 13.外省预付金紧急调增收款通知书
- 14.外省异地就医预付金清算支出信息表
- 15.跨省异地就医预付金预留资金清算支出信息表
- 16.跨省异地就医清算资金省经办专户划拨省财政专户信息表