河北省基本医疗保险异地就医住院直接结算

经办规程

（征求意见稿）

第一章 总 则

第一条 为做好我省参加基本医疗保险人员跨省和省内异地就医住院直接结算管理服务工作，规范异地就医住院直接结算业务内容、时限和程序，根据人力资源社会保障部、财政部《关于做好基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算工作的通知》（人社部发〔2016〕120号），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），国家医疗保障局、财政部《关于切实做好2020年跨省异地就医住院费用直接结算工作的通知》（医保发〔2020〕23号）等文件要求，结合我省实际，制定本规程。

第二条 本规程所称参保人员是指参加河北省基本医疗保险的城镇职工和城乡居民。异地就医住院直接结算是指参保人员在参保地外的已开通异地就医直接结算的医保定点医疗机构住院，通过异地就医结算系统实现住院直接结算的行为。

第三条 医保电子凭证或社会保障卡实体卡（以下简称社保卡）是参保人员异地就医身份识别和直接结算的凭证。

第四条 异地就医住院直接结算人员的医疗费用，执行就医地规定的支付范围及其标准（基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和标准）；医保基金起付标准、支付比例、最高支付限额及其他特殊政策规定等，执行参保地政策。

第五条 异地就医住院直接结算工作实行统一管理、分级负责。省级医保经办机构负责全省异地就医直接结算的组织指导和清算工作。各统筹区医保经办机构负责本统筹区内异地就医直接结算的经办管理服务和结算工作。

第六条 各统筹区医保经办机构依据方便就医、分步纳入的原则，负责做好本统筹区内异地就医定点医疗机构新增、变更、暂停、解除等事项的管理工作，基本实现符合条件的异地就医患者在所有定点医院住院能直接结算。

第二章 范围对象

第七条 异地就医住院直接结算人员可分为异地长期居住人员和临时外出就医人员两类。

（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、外出务工农民、外来就业创业人员等长期在参保地以外工作、居住、生活半年及以上的人员。

（二）临时外出就医人员主要是指异地转诊转院就医人员或因工作、旅游等需急诊就医人员。

第三章 登记备案

第八条 异地就医住院直接结算实行登记备案管理。异地就医人员可通过医疗保障部门微信公众号或门户网站自行办理异地就医备案，也可到参保地医保经办机构办理。

第九条 到参保地经办机构办理备案的，本人办理需持本人社保卡和身份证（已开通医保电子凭证的统筹区，仅需出示医保电子凭证)，委托他人代办的需持办理人身份证和就医人身份证、社保卡。转诊转院仅限当次异地就医使用，再次转诊转院须重新申请备案，如发生现金结算医疗费用，医保报销需按照参保地政策执行。

第十条 已办理长期异地就医登记备案手续的参保人员原则半年内不得再次变更就医地，确需到备案地以外就医的，按照异地转诊转院人员类型备案并执行相应待遇政策。

第十一条 因病情紧急等特殊情况未来得及备案的，可先行住院，10日内补办备案。对于未备案发生的异地就医住院现金结算的医疗费用，自费垫付回参保地报销的，医保报销需按参保地政策规定执行。

第十二条 已办理异地就医备案手续的参保人员，医保待遇享受状况变更，如暂停、恢复、终止等，参保地医保经办机构须按政策规定办理相关手续。

第四章 就医结算管理

第十三条 异地就医人员应持社保卡或医保电子凭证住院就医，就医时执行就医地医疗机构就医流程和服务规范。

第十四条 异地就医人员应到就医地医保定点医疗机构就医，住院发生的医疗费用使用社保卡或医保电子凭证在出院时直接结算；若选择非定点医疗机构，住院发生的医疗费用，由本人全额结算后，按参保地政策规定执行。

第十五条 在办理入院手续时，就医地定点医疗机构应对异地就医人员身份进行认真核对，按照就医地规定办理异地就医直接结算住院手续。对未按规定办理异地就医直接结算住院手续的异地就医人员要主动履行告知义务，并协助其补办相关手续。发现冒用等情况应立即停止办理入院登记，并及时告知就医地医保经办机构。

第十六条 异地就医住院直接结算人员在住院期间，定点医疗机构应实时传输费用明细。各统筹区作为就医地，异地就医人员出院结算时，就医地医保经办机构将住院医疗费明细信息自动转换为大类费用信息，通过异地就医结算系统传输至参保地；各统筹区作为参保地，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，并将结果回传至就医地定点医疗机构。

第十七条 跨省异地就医住院直接结算人员出院时，按照定点医疗机构出具的《河北省跨省异地就医住院结算单》（附件1）结清应由个人负担的医疗费用；省内异地就医住院直接结算人员出院时，按照定点医疗机构出具的票据，结清应由个人负担的医疗费用。应由医保基金支付的医保费用，划卡记账，由就医地医保经办机构与定点医疗机构按有关规定结算。

第十八条 年终结算停机期间，对跨年度住院的参保人员，就医地定点医疗机构应通知参保人员，参保人员按照参保地有关规定办理相关手续，如发生现金结算医疗费用，医保报销按参保地政策执行。参保地经办机构应将相应医保政策及时公布并做好协调配合工作。

第十九条 参保人员在异地就医定点医疗机构办理住院手续时或住院期间，因所在单位或本人欠缴费、违规等原因导致待遇为冻结状态的，住院发生的医疗费用由本人全额现金结算，医保报销需按参保地规定处理。

第二十条 就医地经办机构负责与定点医疗机构结算在本辖区发生的异地就医直接结算费用。定点医疗机构为多统筹区定点的，由就医地高一级经办机构负责结算。

第五章 医疗费用对账

第二十一条 医疗费用对账是指就医地经办机构与定点医疗机构确认住院医疗费用医保基金支付金额。

第二十二条 异地就医直接结算系统每日自动生成日对账信息，各统筹区医保经办机构通过异地就医直接结算系统每日完成与上级经办机构前一日的日信息对账，做到数据相符。如出现对账信息不符的情况，各统筹区医保经办机构要及时查明原因并上报上级医保经办机构，必要时提请上级医保经办机构协调处理。

第二十三条 作为就医地，各统筹区医保经办机构应在参保人员出院结算后，2个工作日内将医疗费用明细（省内、省外）上传至省异地就医直接结算系统，其中，跨省异地就医医疗费用明细由省异地就医直接结算系统2个工作日内上传至国家异地就医结算系统。作为参保地，省级医保经办机构通过国家异地就医结算系统查询和下载跨省异地就医医疗费用及其明细项目后，2个工作日内经省异地就医结算系统生成各统筹区的医疗费用及其明细项目；省内异地就医医疗费用明细由省异地就医结算系统实时传输至参保地经办机构，供各统筹区医保经办机构查询使用。

第二十四条 各统筹区医保经办机构应在次月20日前完成与定点医疗机构医疗费用对账确认工作，并按有关规定按时将确认的医疗费用拨付给定点医疗机构。

第六章 预付金管理

第二十五条 预付金是参保地市级医保经办机构预付给省级经办机构，用于支付参保人员在外省异地就医住院直接结算医疗费用的预付资金。各级在上解下拨预付金流转过程中产生的利息，哪级产生归哪级所有。

第二十六条 每年1月底前，省级医保经办机构通过国家异地就医结算系统下载《河北省跨省异地就医预付金额度调整付款通知书》（附件2）、《河北省跨省异地就医预付金额度调整收款通知书》（附件3），根据上年度各市跨省异地就医直接结算资金支出情况，核定省内各统筹区本年度跨省应付预付金金额。

第二十七条 省内各统筹区跨省异地就医预付金原则上按可支付上年度6个月跨省异地就医医疗费用的额度核定，预付金每年清算一次，每年年末余额结转抵减下一年度预付金额度。

第二十八条 归集的外省预付金留存省财政专户，在每月跨省异地就医清算费用核对确认后，使用省财政专户留存的外省预付金先行清算各统筹区应收的清算费用。预付金在就医地财政专户中产生的利息归就医地所有。

第二十九条 省级财政部门对省级医保经办机构提交的预付单和用款计划进行审核。审核无误后，5个工作日内向外省省级财政部门划款。每年2月底前，完成预付金收付工作。

第三十条 建立预付金预警和调增机制。预付金使用率为预警指标，是指就医地月度清算资金占预付金的比例，预付金使用率达到90%及以上时，为红色预警，就医省份可以申请跨省异地就医预付金紧急调增。

我省作为就医地，当预付金使用率出现红色预警时，省级医保经办机构向国家医疗保障局报送预付金额度调增申请；我省作为参保地，省级医保经办机构收到国家医疗保障局下达的《河北省跨省异地就医预付金额度紧急调增通知书》（附件4），5个工作日内将其提交省级财政部门，财政部门收到预付金紧急调增通知书后5个工作日内将预付金紧急调增资金拨付外省省级跨省异地就医预付金账户。

第三十一条 财政部门完成预付金及调增资金付款和收款后，2个工作日内将收、付款情况反馈到同级医保经办机构。有条件的地区，财政专户开户银行2个工作日内将跨省异地就医收、付款凭证，同时提交财政部门和医保经办机构。

第三十二条 各统筹区医保经办机构未在规定时限内拨付异地就医资金造成预付金余额不足的，省级异地就医结算系统将自动暂停该统筹区异地就医直接结算业务。

第七章 医疗费用清算

第三十三条 异地就医医疗费用清算是指省级经办机构与省内各统筹区医保经办机构、外省（市）医保经办机构之间，确认省内、跨省异地就医医疗费用，划拨应付或接收应收清算资金。各级在上解下拨清算资金流转过程中产生的利息，哪级产生归哪级所有。

第三十四条 跨省异地就医直接结算费用清算，由省级医保经办机构与外省（市）据实划拨；省级医保经办机构将省内各统筹区在外省（市）发生的跨省异地就医直接结算清算费用与外省（市）参保人在省内各统筹区发生的异地就医直接结算清算费用进行轧差清算。省内异地就医直接结算费用清算，由省级医保经办机构统一组织省内各统筹区之间进行轧差清算。

第三十五条 异地就医医疗费用按月清算。每月22日前，省级经办机构通过国家异地就医结算系统查询下载相关跨省清算数据；每月21日前，省级异地就医清算平台自动生成省内异地就医费用清算数据。

第三十六条 每月26日，省级医保经办机构通过异地就医结算系统生成省内各统筹区《河北省跨省异地就医基金清算通知单》（附件5）和《河北省省内异地就医基金清算通知单》（附件6）。每月月底前，各统筹区医保经办机构通过异地就医结算系统确认清算表。

第三十七条 次月1日前，省级医保经办机构经异地就医结算系统下载生成《河北省跨省异地就医费用付款通知书》（附件7）和《河北省跨省异地就医费用收款通知书》（附件8），并提交省级财政部门，申请跨省异地就医用款计划；各统筹区医保经办机构根据省异地就医结算系统清算数据向同级财政部门申请异地就医清算资金。

第三十八条 各统筹区医保经办机构要在异地就医清算收、付款通知单下发5个工作日内，将《河北省职工医疗保险跨省异地就医费用付款通知单》（附件9-1）、《河北省城乡居民医疗保险跨省异地就医费用付款通知书》（附件9-2）、《河北省职工医疗保险跨省异地就医费用收款通知书》（附件9-3）、《河北省城乡居民医疗保险跨省异地就医费用收款通知书》（附件9-4）；以及《河北省职工医疗保险省内异地就医基金付款通知书》（附件10-1）、《河北省城乡居民医疗保险省内异地就医基金付款通知书》（附件10-2）、《河北省职工医疗保险省内异地就医基金收款通知书》（附件10-3）、《河北省城乡居民医疗保险省内异地就医基金收款通知书》（附件10-4）和用款计划提交提交财政部门。同级财政部门对医保经办机构提交的付款通知单和用款计划审核确认无误后，5个工作日内完成划款，并于划款后2个工作日内向同级医保经办机构反馈清算资金收、付款情况。

第三十九条 省级医保经办机构负责协调和督促各统筹区经办机构及时向财政部门提交预付单、清算单和用款计划。对各统筹区经办机构未按规定及时向本统筹区财政部门提交预付单、清算单和用款计划的予以通报，视情况予以问责。各统筹区财政部门未按规定及时上缴异地就医预付及清算资金的，省级财政部门予以通报，视情况予以问责。

因参保地上缴预付金及清算资金不及时，导致参保人员异地就医直接结算业务暂停的，参保地要及时整改，整改报告经当地政府同意后，报送省级财政部门和省级医保经办机构。

第八章 基金财务管理

第四十条 省级财政部门设立异地就医结算专户（跨省），省级经办机构设立“省级异地就医结算专户”，市级医保经办机构设立“市级异地就医结算专户”。

第四十一条 会计核算账务处理

（一）预付金和清算资金上解账务处理

各统筹区应根据《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），并结合各统筹区实际情况做会计科目核算处理。

1.未实现市级统筹的市级异地就医结算专户收到下级异地就医结算专户归集的跨省异地就医预付金和清算资金，借记“财政专户存款”等科目，贷记“暂收款”。市级异地就医结算专户向上级异地就医结算专户上解收到的下级异地就医结算专户归集的预付金和清算资金，借记“暂收款”，贷记“财政专户存款”等科目；

实现市级统筹的市级异地就医结算专户向上级异地就医结算专户上解本级跨省异地就医预付金，借记“暂付款”，贷记“财政专户存款”等科目。

2.省级异地就医结算专户收到市级异地就医结算专户归集的跨省异地就医预付金和清算资金，借记“财政专户存款”等科目，贷记“暂收款”。

3.省级异地就医结算专户收到各省划拨的跨省异地就医预付金和清算资金，借记“财政专户存款”科目，贷记“暂收款”科目。退回各省的跨省异地就医预付金和清算资金，借记“暂收款”科目，贷记“财政专户存款”科目。

（二）预付金和清算资金的拨付账务处理

1.省级异地就医结算户向各省财政专户划拨跨省预付金和清算资金，借记“暂收款”科目，贷记“财政专户存款”科目。收到各省退回的跨省异地就医预付金和清算资金，借记“财政专户存款”科目，贷记“暂收款”科目。

2.省级异地就医结算专户向市级异地就医结算专户划拨预付金和清算资金，借记“暂收款”科目，贷记“财政专户存款”科目。

3.未实现市级统筹的市级异地就医结算专户收到省级异地就医结算专户划拨的预付金和清算资金，借记“财政专户存款”科目，贷记“暂收款”科目；

实现市级统筹的市级异地就医结算专户收到省级异地就医结算专户划拨的预付金和清算资金，借记“财政专户存款”，贷记“暂付款”。

第九章 业务协同管理

第四十二条 各统筹区医保经办机构依托国家异地就医结算系统业务协同模块和国家医保异地备案小程序，建立异地就医结算业务协同管理工作机制。

第四十三条 省级医疗保障部门负责在国家平台权限管理模块中完善本省辖区内机构设置和人员权限管理。各统筹区医保部门要明确各项行政、业务、财务、信息经办人、在线备案等业务流程，及时响应其他省份和地区的业务协同任务。

第四十四条 建立异地就医结算费用协查机制。省级医保经办机构负责组织各统筹区开展异地就医费用协查工作，作为就医地，各统筹区医保经办机构原则上每月26日前完成上期费用协查工作，并通过本地医保信息系统进行核查，并及时上传费用协查结果至国家平台。

作为参保地，各统筹区经办机构5个工作日内将就医地返回的协查结果在国家平台上进行确认。对协查结果存在异议的，应及时与就医地经办机构进行沟通，根据沟通结果进行相应处理。

第四十五条 建立问题协同处理机制。各统筹区医保经办机构可根据跨省异地就医结算业务协同问题的紧急程度选择国家平台或备案小程序提出问题协同申请，并明确待协同机构、主要协同事项、问题类型及协同时限。

第四十六条 建立信息共享机制。各统筹区医保经办机构可通过国家平台发布停机公告、一般公告、医保政策等信息。各统筹区医保经办机构于当年12月底前，在国家平台中完成次年基本医保报销政策参数更新，政策执行期间如需调整，至少提前10个工作日发布公告，并上传最新政策参数及文件，以保证各地区业务持续稳定运行。

第四十七条 各统筹区医保经办机构如遇其他政策、信息系统调整等情况，需至少提前1个工作日发布公告，标明涉及地区、险种及起止时间，以便各地区及时响应处理。

第十章 稽核与监管

第四十八条 异地就医医疗服务实行就医地管理，各统筹区医保经办机构将异地就医直接结算纳入定点医疗机构协议管理，细化和完善协议条款，保障参保人权益。

第四十九条 就医地医保经办机构发现异地就医人员存在医保严重违规行为的，应暂停其医保结算并及时报上级医保经办机构协调处理。

第五十条 就医地医保经办机构应加强异地定点医疗机构的监督，通过重点抽查、专项检查、智能监控等手段，加强日常稽核。对发生的医保违规行为，按照就医地医保相关政策和协议规定作出处理。

第五十一条 省级医保经办机构适时组织异地就医直接结算联审互查工作。对各统筹区医保经办机构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。

第五十二条 就医地医保经办机构对定点医疗机构违规行为涉及的费用不予支付，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。对定点医疗机构违反服务协议规定并处以违约金的，由就医地医保经办机构按规定处理。

第五十三条 各统筹区医保经办机构应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相关规定处理，并逐级上报。

第十一章 附 则

第五十四条 异地就医住院直接结算的相关业务档案、财务会计档案和其他档案应纳入参保地医保经办机构档案管理。

第五十五条 各统筹区医保经办机构要建立健全内部管理制度，明确职责，实行不相容岗位相互分离，相互制约，加强异地就医结算服务工作管理。

第五十六条 各统筹区医保经办机构异地就医住院直接结算服务工作,要接受同级医疗保障行政部门的管理和监督。

第五十七条 异地就医门诊费用直接结算经办规程另行制定。

第五十八条 本规程自发布之日起实施，《河北省基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算经办规程（试行）》（冀人社规〔2017〕24号）、《河北省医疗保险异地就医直接结算经办规程（试行）》（冀人社发〔2015〕35号）同时废止。