

HNPR-2017-13020

# 湖南省人力资源和社会保障厅 湖南省财政厅文件

湘人社发〔2017〕59号

## 湖南省人力资源和社会保障厅 湖南省财政厅 关于印发《湖南省基本医疗保险异地就医住院 医疗费用直接结算管理办法（试行）》的通知

各市州人力资源和社会保障局、财政局：

为进一步规范基本医疗保险参保人员异地就医住院医疗费用直接结算管理，提高服务水平，依据《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）和《湖南省人民政府关于印发〈湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法〉的通知》（湘政

发〔2016〕29号), 结合我省实际, 省人力资源和社会保障厅、省财政厅制定了《湖南省基本医疗保险异地就医住院医疗费用直接结算管理办法(试行)》, 现印发给你们, 请认真贯彻执行。

湖南省人力资源和社会保障厅

湖南省财政厅

2017年8月25日

(此件主动公开)

(联系单位: 省医保局)

---

湖南省人力资源和社会保障厅办公室

2017年8月25日印发

---

# 湖南省基本医疗保险异地就医 住院医疗费用直接结算管理办法（试行）

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步规范基本医疗保险参保人员（以下简称参保人员）异地就医住院医疗费用直接结算管理，提高服务水平，依据《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）和《湖南省人民政府关于印发〈湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法〉的通知》（湘政发〔2016〕29号），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参保人员在统筹区外基本医疗保险协议医疗机构住院发生的诊疗行为。

**第三条** 本办法适用于参保人员跨统筹区异地就医直接结算经办管理服务 work。

**第四条** 异地就医直接结算工作实行统一管理、分级负责。省级人力资源和社会保障行政部门负责全省基本医疗保险异地就医直接结算政策制定、业务指导、监督管理；市（州）级人力资源和社会保障行政部门负责制定本辖区内基本医疗保险异地就医直接结算政策；县级人力资源和社会保障行政部门负责监督管理本辖区异地就医直接结算政策落实情况。省、市（州）两级医疗保险经办机构应设立异地就医结算工作机构，由专（兼）职人员负责管理。

省级医疗保险经办机构（以下简称省级经办机构）负责统一组织、协调指导全省参保人员异地就医管理服务工作，负责全省参保人员异地就医结算费用数据生成、数据储存和数据交换，负责省际间和省内市（州）间异地就医费用结算和清算工作；市（州）级医疗保险经办机构（以下简称市级经办机构）负责完成本辖区内跨省和跨市州以及市州内跨统筹区异地就医费用结算和清算工作；各级经办机构按有关规定要求做好异地就医人员备案、费用结算和清算以及费用审核、协议医疗机构监管等工作。

**第五条** 异地就医费用医保基金支付部分实行先预付后清算。预付金原则上来源于各统筹区基本医疗保险基金。

**第六条** 异地就医费用医保统筹基金支付部分实行直接结算。具备条件的，可将公务员补助、个人账户、职工医保大病互助、居民医保大病保险等纳入“一单制”结算。

## **第二章 范围对象**

**第七条** 下列参保人员可以申请办理异地就医住院医疗费用直接结算。

（一）异地安置人员：指在异地定居并且户籍迁入定居地的退休人员、在异地长期居住生活且符合参保地规定的人员和用人单位派驻异地工作且符合参保地规定的人员。

（二）异地转诊人员：指符合参保地异地转诊规定的人员。

（三）异地急诊人员：指在统筹区外务工、出差、探亲、旅游等因急诊抢救需住院治疗的人员。

### **第三章 登记备案**

**第八条** 异地就医直接结算实行登记备案管理。

（一）异地安置参保人员应凭安置地公安机关办理的有效居住证明（居住证、户口本或身份证）到参保地医保经办机构办理异地就医登记备案手续。登记备案有效期至参保人员主动变更为止。

（二）转诊转院的参保人员原则上凭参保地经办机构确定的协议医疗机构出具的转诊转院证明，即可办理异地就医直接结算备案手续。

（三）异地急诊参保人员应在三个工作日内向参保地医保经办机构提交收治医院出具的病情介绍资料，包括门（急）诊病历、入院证明等，经参保地经办机构确认后，方可办理异地就医登记备案手续。

（四）未办理登记备案手续、在异地住院的参保人员不得享受异地就医直接结算服务，其在异地住院的医疗费用回参保地报销，待遇政策按参保地相关规定执行。

### **第四章 就医管理**

**第九条** 参保人员异地就医纳入就医地统筹管理，就医地经办机构应与参保地经办机构加强沟通，协同监管。

**第十条** 参保人员在办理异地就医登记备案手续时，应在异地就医协议医疗机构范围内自行选定就医地协议医疗机构。

**第十一条** 参保人员跨省异地就医应持社会保障卡、省内异地就医人员应持社会保障卡或身份证（户口簿和监护人身份证）

等资料办理异地就医手续，执行就医地协议医疗机构就医流程和服务规范。

**第十二条** 就医地经办机构应要求协议医疗机构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便捷服务。建立异地就医参保人员身份核实制度。

## **第五章 结算支付政策**

**第十三条** 参保人员跨省异地就医住院医疗费用直接结算，由就医地经办机构与协议医疗机构按就医地目录、参保地政策结算。

**第十四条** 城镇职工医保参保人员省内异地就医直接结算按参保地政策结算。城乡居民医保参保人员在省级协议医疗机构就医费用结算执行省级城乡居民医保结算支付政策，在市级协议医疗机构住院的执行市级城乡居民医保结算支付政策。城乡居民参保人员在非省级协议医院和市州协议医院就诊时，执行参保地政策。

**第十五条** 已纳入单病种管理、大病保险、门诊特殊病、日间手术等待遇政策的医疗费用，按相关规定执行。

**第十六条** 参保人员出院时，应结清由个人承担的费用；医保基金支付的费用，由就医地经办机构与协议医疗机构按协议结算。参保人员未在协议医疗机构进行直接结算，回参保地办理报账时，参保地经办机构应通过医保信息管理系统获取协议医疗机构的医疗费用明细，按照医保支付待遇政策核算支付结算额度，不得采用手工录入方式进行医保支付结算。

**第十七条** 以下情形参保人员在协议医疗机构就诊发生的医疗费用不纳入异地就医直接结算范围。

- 1.普通门（急）诊医疗费用（因突发疾病进行门诊急救或抢救 72 小时内转住院的医疗费用除外）；
- 2.意外伤害的住院医疗费用。

不纳入直接结算的参保人员住院医疗费用先由参保人员全额垫付，带住院相关资料（包括住院收据原件、出院小结/记录和疾病诊断证明书、住院医疗费用总清单），回参保地经办机构按政策办理医保支付结算。

## **第六章 医疗费用结算**

**第十八条** 医疗费用结算是指就医地经办机构按协议或有关规定向协议医疗机构支付已经审核确认的医保基金的行为。

**第十九条** 就医地经办机构负责结算在本辖区协议医疗机构发生的异地就医住院医疗费。

**第二十条** 异地就医医疗费用实行按月结算。协议医疗机构在规定时间内向就医地医疗保险经办机构申报上月异地就医费用。医保经办机构应及时完成医疗费用审核并按照协议规定时间与医疗机构完成医疗费用结算。

参保人员住院医疗费用申报结算资料包括：

- 1.基本医疗保险支付汇总表；
- 2.基本医疗保险支付明细表；
- 3.基本医疗保险住院医疗费用结算单；
- 4.协议医疗机构结算票据；

5.其它资料。

**第二十一条** 异地就医直接结算实行履约保证金制度。医保经办机构每年根据协议医疗机构履行医疗服务协议情况，确定年度履约保证金返还额度。

## **第七章 医疗费用清算**

**第二十二条** 异地就医费用清算是省、市、县三级经办机构之间确认并划拨有关异地就医医保基金支付费用的过程。

**第二十三条** 跨省异地就医费用清算以省为单位，按月与其他省（市、区）进行统一清算。城镇职工基本医疗保险跨省异地就医住院费用采取按月逐级上解模式；城乡居民基本医疗保险跨省异地就医住院费用采取年初基金归集，年终清算模式，由省级经办机构统一清算。

**第二十四条** 城镇职工基本医疗保险异地就医费用实行按月清算。省级经办机构负责跨省和省内跨市州异地就医费用清算业务，各市州之间不进行费用清算。各市（州）经办机构应在收到省级经办机构下达的清算通知书 15 个工作日内，完成辖区内跨省和跨市州异地就医费用清算。

**第二十五条** 城乡居民医保异地就医医保支付费用由省、市级经办机构定期与各统筹区经办机构清算。清算内容包括异地就医基金财务收支和相关资料移交。财务收支清算包括各统筹区在清算期间实际发生的基金归集、支出和基金存款利息及协议医疗机构年度协议履约保证金拒付资金分割。

**第二十六条** 预付金账户存款利息、年度协议履约保证金拒

付资金按年度清算。

## **第八章 预付金管理**

**第二十七条** 建立基本医疗保险异地就医直接结算预付金制度。城镇职工医保预付金由省级、市（州）级、县（市、区）级经办机构从统筹基金中足额上解。城乡居民医保省级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提取归集到省级财政专户；市级预付金可由各统筹县（市、区）财政部门按照年度归集额度上解至市级财政专户。

**第二十八条** 预付金额度按年核定，每年清算一次。城镇职工基本医疗保险预付金额度测算办法：预付金省内跨统筹区部分（以下简称省内预付金）以上年度本市州第三季度省内异地就医清算资金为标准核定额度；预付金跨省部分（以下简称跨省预付金）以上年度平均两个月本市州跨省异地就医实际发生费用为标准核定额度。城乡居民基本医疗保险预付金额度测算办法：某县当年应归集结算基金 = 某县（上年度跨省异地就医直接结算支付资金 + 上年度省（或市）级协议医疗机构医保支付资金）占上年度城乡居民医保筹资总额比例（%）×本年度筹资总额 ± 上年度结算基金结余额。

**第二十九条** 异地就医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。省、市财政部门设立财政专户，省、市经办机构设立收入户、支出户。

**第三十条** 异地就医预付金执行省人力资源和社会保障厅和省财政厅联合制定的《湖南省城镇职工基本医疗保险异地就医住

院医疗费用联网结算预付金管理办法》(湘人社发〔2017〕14号)和湖南省城乡居民基本医疗保险异地就医财务管理相关规定。

## **第九章 协议医疗机构管理**

**第三十一条** 各级经办机构确定的协议医疗机构原则上都应承担异地就医直接结算业务。异地就医协议医疗机构发生中止医保服务、取消或新增等情形的,各级经办机构应及时上报。全省异地就医协议医疗机构须报省级经办机构备案,由省人力资源和社会保障厅统一公布。跨省异地就医协议医疗机构由省级经办机构报部级经办机构备案。

**第三十二条** 就医地经办机构要将异地就医管理纳入当地医疗保险协议管理,细化和完善协议条款,保障参保人员权益。双方签订的医疗服务协议应报同级人力资源和社会保障行政部门备案。

**第三十三条** 各级经办机构要建立与协议医疗机构的谈判机制,严格协议医疗机构准入和退出机制。

## **第十章 监督管理**

**第三十四条** 社会保险行政部门根据社会保险法等相关法律法规的规定,可以通过调查、抽查等多种方式对经办机构和协议医疗机构执行异地就医直接结算政策、履行服务协议的情况以及各项监管制度落实情况进行监督检查。发现违法违规行为的,应提出整改意见,并依法作出行政处罚决定。涉及其他行政部门职责的,移交相关部门;涉嫌犯罪的,移送公安机关。

**第三十五条** 各级经办机构充分利用医保智能监管系统,实现异地就医医疗费用的实时审核和监控,遏制违规行为。建立省、

市、县三级联动异地就医监管机制，形成监管合力，防止骗保事件发生。各级经办机构定期组织异地就医联审互查，对就医地协议医疗机构责任落实情况进行评估。

**第三十六条** 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，配合参保地经办机构，根据相关规定进行处理，同时上报上级经办机构。

**第三十七条** 各级经办机构要定期开展异地就医专项稽查工作，并将稽查结果与履约保证金返还挂钩。对违反医保政策和医疗服务协议的异地就医协议医疗机构将予以通报，并督促其整改。对情形或后果特别严重的，提交同级人力资源和社会保障行政部门依法依规作出处理，并向社会公示。

**第三十八条** 各级经办机构要建立健全社会参与医保管理的监督机制，完善监督举报、信访制度，及时处理异地就医直接结算工作中的举报、投诉事项，充分发挥社会和舆论的监督作用。

## **第十一章 信息管理**

**第三十九条** 省人力资源和社会保障厅负责全省医保异地就医信息系统规划建设和运行维护，督促、指导经办机构和协议医疗机构做好相关信息化工作。

**第四十条** 各市州人力资源和社会保障局负责落实全省医保信息化建设规划，做好本级异地就医信息系统建设和运行维护工作。

**第四十一条** 各级经办机构负责协议医疗机构信息管理系统（HIS）与异地就医信息系统的对接和运行维护，实现数据实时

交互，确保异地就医业务的顺畅高效运行。

## **第十二章 附 则**

**第四十二条** 各级经办机构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。

**第四十三条** 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。

**第四十四条** 各市州医疗保险经办机构可根据本办法，制定本地区异地就医直接结算实施细则。

**第四十五条** 本办法由省人力资源和社会保障厅负责解释。

**第四十六条** 本办法自 2017 年 9 月 1 日起施行。