

江西省医疗保障局 江西省财政厅

赣医保字〔2021〕18号

江西省医疗保障局 江西省财政厅 关于转发《国家医保局 财政部关于加快推进 门诊费用跨省直接结算工作的通知》的通知

各市、县（区）医疗保障局、财政局，赣江新区社会发展局、财政金融局：

为加快推进全省门诊费用跨省直接结算，确保国家异地就医重点工作部署落实见效，现将《国家医保局 财政部关于加快推进门诊费用跨省直接结算工作的通知》（医保发〔2021〕27号）转发给你们，请结合本地实际，认真贯彻落实。现就有关要求通知如下：

一、高度重视，强化组织

各地要切实提高政治站位，强化思想认识，充分认识做好门诊费用跨省直接结算的重大意义，将门诊费用跨省直接结算工作作为当前和今后一段时期的重点工作。各级医保部门要加强组织领导，强化督促调度，成立工作小组，主动担当，勇于作为，把加快推进门诊费用跨省直接结算作为党史学习教育“我为群众办实事”实践活动的工作举措和实际行动。各地医保部门主要领导要加强谋划部署、统筹协调，分管领导要亲力亲为、齐抓共管，业务负责人要守土担责、抓好落实，确保门诊费用跨省直接结算工作高质量开展。财政部门要做好门诊费用跨省直接结算工作。

二、明确任务，压实责任

前期各地医保部门已根据《江西省医疗保险基金管理中心关于开展门诊费用跨省直接结算等有关情况摸底调查的通知》（赣医保中心函〔2021〕41号）要求报送工作计划和进度安排。各地要在此基础上建立工作台账，明确任务书和时间表，倒排工期，销号管理，确保如期完成门诊费用跨省直接结算任务。有条件的地方可通过优化完善业务功能需求，减少业务系统开发量，加快门诊费用跨省直接结算实施进度。各地要按照市级统筹、分级管理和异地就医由就医地管理要求，加强调度部署，明确县（区、市）医保部门职责，发挥定点医药机构积极性，确保开通门诊费用跨省直接结算的县（区、市）和定点医疗机构数达到要求。各地医保、财政部门要加强沟通协调，确保门诊费用跨省直接结算

在内的异地就医基金清算无缝衔接、渠道顺畅。

三、协同高效，加强宣传

各地要在开展门诊费用跨省直接结算信息业务系统接口改造时，协同信息技术人员，完善功能需求，全面联调测试，确保数据传输畅通，结算金额准确。要进一步完善健全异地协同处理机制，按时限要求及时经办国家医保服务平台、“赣服通”等线上渠道的异地就医备案申请，及时响应异地就医直接结算各方诉求。要充分利用报纸、宣传栏等传统媒介和微信、APP等智能终端应用开展门诊费用直接结算宣传，提高门诊费用跨省直接结算知晓率，扩大异地就医直接结算率，提升参保人员异地就医直接结算获得感、幸福感和满意度。

为推进全省门诊费用跨省直接结算工作开展，省医疗保障局将根据各地计划安排，建立全省工作台账，定期通报调度，对进展缓慢、工作落实不力的地市采取约谈、实地调研等方式督导。

附件：《国家医保局 财政部关于加快推进门诊费用跨省直接结算工作的通知》（医保发〔2021〕27号）



（此件主动公开）

附 件

国家医保局 财政部 关于加快推进门诊费用跨省直接结算工作的通知

医保发〔2021〕27号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医保局、财政厅(局):

为贯彻落实2021年《政府工作报告》重点任务和《国务院办公厅关于加快推进政务服务“跨省通办”的指导意见》(国办发〔2020〕35号)要求,解决人民群众在跨省异地就医结算中的“急难愁盼”问题,加快推进门诊费用跨省直接结算,现就有关事项通知如下:

一、工作目标

2021年底前,各省份60%以上的县至少有1家普通门诊费用跨省联网医疗机构,各统筹地区基本实现普通门诊费用跨省直接结算;对于高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等5个群众需求大、各地普遍开展的门诊慢特病,每个省份至少有一个统筹地区实现相关治疗费用跨省直接结算。

2022年底前,每个县至少有1家定点医疗机构能够提供包括门诊费用在内的医疗费用跨省直接结算服务;基本实现上述5

个主要门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算统筹地区全覆盖，推进其他门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算或线上零星报销。

二、重点工作

（一）扩大普通门诊费用跨省直接结算覆盖范围。各省份要全力推动门诊费用跨省直接结算工作，确保 2021 年底前所有省份、所有统筹地区作为参保地和就医地双向开通，符合条件的职工医保和城乡居民医保参保人员能够在联网定点医疗机构实现普通门诊费用跨省直接结算。

（二）积极推进门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算。各省份要规范统一参保人员门诊慢特病申办途径、就医规定等政策措施。门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算时使用全国统一的病种编码，执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围），门诊慢特病病种范围和医保基金起付标准、支付比例、最高支付限额等执行参保地政策。国家医保局重点推进高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等 5 个门诊慢特病的相关治疗费用跨省直接结算。各省份可根据实际情况，加强区域协作，协商确定增补纳入联网结算的病种，探索将更多门诊慢特病的相关治疗费用纳入跨省直接结算或通过线上报销途径提供便捷高效的政务服务。

(三)全力推进定点医药机构联网工作。省级医保部门要指导所辖统筹地区加强协议管理,新增定点医疗机构应同步提供门诊费用跨省直接结算服务。按照合理布局、分步纳入的原则,重点加大异地就医需求量大,流动人口相对集中地区联网定点医疗机构扩围力度。鼓励各地结合本地实际,推进定点零售药店提供门诊费用跨省直接结算服务。

(四)持续优化异地就医备案线上服务。推行“承诺制”“容缺后补制”,推进异地就医备案“零跑腿”“不见面”等线上服务。已上线国家异地就医快速备案和已自助开通异地就医直接结算服务的省份,力争在2021年6月底前实现统筹地区全覆盖。未上线省份统筹推进系统改造和联调测试,尽快开通相关服务。2021年9月底前,全国所有统筹地区依托国家医保服务平台提供统一的线上备案服务。

自助开通异地就医直接结算服务试点省份要及时掌握和跟踪试点实施和运行情况,2021年6月底前将自评报告报送国家医保局。国家医保局将总结试点经验,适时扩大试点范围。

(五)确保跨省直接结算信息系统升级改造到位并平稳运行。2021年6月底前,按照《跨省异地就医管理子系统接口规范(V2.0)》要求,各省(自治区、直辖市)医保部门应安全、平稳、有序地完成系统接口升级,新接口支持医保电子凭证、身份证、社会保障卡等多种就医介质直接结算。2021年6月底前,

各地应将全国统一的定点医药机构编码上传至国家跨省异地就医管理子系统，开通门诊慢特病跨省联网定点医疗机构应将开通的病种编码经医保经办机构确认后同步上传。

（六）强化跨省异地就医结算业务协同高效。门诊结算时效强，各地应充分利用跨省异地就医业务协同管理机制，加强就医地与参保地间信息沟通。就医地应按照《医疗保障基金使用监督管理条例》要求加强监管，切实打击欺诈骗保行为。国家医保局将探索零星报销线上办理的实现路径，参保地可将零星报销疑点通过国家跨省异地就医管理子系统业务协同管理模块发起费用协查，就医地应积极配合，协助完成。

（七）加强异地就医费用跨省直接结算预付金和清算资金管理。省级医保部门和财政部门应按照《国家医保局办公室 财政部办公厅关于完善跨省异地就医直接结算资金收付工作的通知》（医保办发〔2020〕2号）等文件提出的时限要求，按期完成年度预付金额度调整、预付金紧急调增和月度清算资金拨付，以及在国家跨省异地就医管理子系统内的确认工作。原则上，当月跨省异地就医结算费用应于次月20日前完成申报并纳入清算，清算时间延期最长不超过2个月；当年度跨省异地就医结算费用，最晚应于次年第一季度清算完毕；如确有特殊情况，需提前报备说明。

三、工作要求

（一）加强组织领导。推动门诊费用跨省直接结算是 2021 年《政府工作报告》明确提出的重点工作，各级医保部门和财政部门要紧紧围绕党中央、国务院决策部署，进一步提高政治站位，始终将医保事业高质量发展同人民美好生活需要紧密结合起来，切实解决参保群众异地就医结算中遇到的“急难愁盼”问题。各级医保部门要将跨省异地就医直接结算工作作为本单位年度重点工作任务，主要领导负总责亲自抓，分管领导具体抓好落实。要按照工作目标和时限要求，制定工作计划，把握工作节奏和力度，将工作落实到具体责任人，层层压实责任，确保按时保质完成任务。省级财政部门要会同医保部门按要求做好预付资金和清算资金的收付款工作，做好经费保障工作，支持跨省异地就医直接结算重点任务落地。

（二）加强统筹协调。省级医保部门统筹“十四五”时期医疗保障制度改革和制度运行，坚持门诊费用跨省直接结算政策和管理的统一性和规范性，兼顾全国统一医疗保障信息平台建设、15 项业务编码的贯标落地应用进度，加强系统集成，注重各项改革协调推进。尚未开展门诊费用省内异地就医直接结算的省份，要按照跨省联网工作安排，同步实现省内联网结算。

（三）加强调度督导。2021 年 4 月 30 日前，省级医保部门将 2021-2022 年门诊费用跨省直接结算工作计划报送至国家医保局。各省份要建立省内专项工作督导台账，定期调度统筹地区

接入、定点医疗机构扩面和系统运行情况。国家医保局将按月通报跨省异地就医直接结算扩面情况和系统运行报错情况，会同财政部按季度通报跨省异地就医直接结算资金收付款情况，适时组织省际间门诊费用跨省直接结算业务实测，对进展缓慢、工作落实不力的省份进行约谈督导。

国家医保局

财政部

2021年4月12日

