

# 江门市医疗保障局

---

## 转发关于加快推进门诊费用跨省 直接结算工作的通知

市社保局，各市（区）医保局（分局）：

现将《广东省医疗保障局关于转发〈国家医疗保障局 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》（粤医保函〔2021〕130号）转发给你们，请遵照执行。

附件：广东省医疗保障局关于转发《国家医疗保障局 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

江门市医疗保障局

2021年4月30日

公开方式：主动公开

---

# 广东省医疗保障局

粤医保函〔2021〕130号

## 广东省医疗保障局关于转发《国家医疗保障局 财政部关于加快推进门诊医疗费用跨省 直接结算工作的通知》的通知

各地级以上市医疗保障局：

现将《国家医疗保障局 财政部关于加快推进门诊医疗费用跨省直接结算工作的通知》（医保发〔2021〕27号）转发给你们，并提出如下意见，请一并贯彻落实。

### 一、高度重视，充分认识门诊医疗费用异地就医直接结算的重要意义

党中央国务院高度重视基本医疗保险异地就医医疗费用直接结算工作。今年李克强总理在全国两会上要求做好门诊医疗费用直接结算工作，《政府工作报告》也明确提出推动门诊费用跨省直接结算。社会各界高度关注，异地就医直接结算工作事关参保群众的切身利益和健康福祉，实现异地就医直接结算

可以减轻参保群众“跑腿”“垫资”负担，增强参保群众的获得感、幸福感、安全感。各地市医保部门要高度重视，进一步提高政治站位，加快完善异地就医直接结算服务，切实解决参保群众异地就医结算中遇到的“急难愁盼”问题，加快推进门诊费用异地就医直接结算工作。

## **二、明确目标，全力推进门诊医疗费用异地就医直接结算工作**

2021 年底前，原已开通跨省异地就医住院医疗费用直接结算服务的定点医疗机构，在上线国家医疗保障信息平台后，同步开通门诊医疗费用跨省直接结算服务；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特定病种，各地市至少有 1 家定点医疗机构能够实现上述 5 个主要门诊特定病种的相关治疗费用跨省直接结算；对于全省统一的 52 个门诊特定病种的相关治疗费用，实现省内异地就医直接结算。

## **三、稳扎稳打，推动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，各地市应按照《广东省异地就医管理子系统跨省接口规范 V2.0》（附件 2）要求，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，各地市应将全国统一的定点医药机构编码维护到广东省异地就医管理

子系统，由省级经办机构上传至国家跨省异地就医管理子系统，开通门诊特定病种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。

#### **四、狠抓落实，积极实现门诊医疗费用异地就医直接结算线上备案**

认真贯彻落实《广东省医疗保障局关于进一步做好异地就医备案事项的通知》（粤医保函〔2021〕89号）要求，全面推进异地就医备案“零跑腿”“不见面”等线上服务。在上线国家医疗保障信息平台后1个月内，以接口方式实现国家医保服务平台APP、国家异地就医备案小程序、粤省事和粤医保小程序的异地就医线上备案服务。

#### **五、建立机制，确保门诊医疗费用异地就医直接结算重点任务落地见效**

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，建立一把手负责工作机制，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，建立专项工作台账，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。我局将视情开展督导调研，适时对进展缓慢、工作落实不力的地市予以通报。各地在异地就医门诊医疗费用直接结算推进过程中遇到的重大问题、积累的典型经验等情况应及时上报。

请各地市于2021年5月6日下午17:00前将2021-2022年

门诊费用跨省直接结算工作计划报送省医保中心，电子版同步发送至政务邮箱：ybj\_sybzx@gd.gov.cn。

- 附件：1.国家医疗保障局 财政部关于加快推进门诊费用  
跨省直接结算工作的通知  
2.广东省异地就医管理子系统跨省接口规范 V2.0  
(详见电子版)



(联系人：省医保中心 詹宇旋，联系电话：020-83260276)

公开方式：主动公开

# 国家医保局 财政部 文件

医保发〔2021〕27号

---

## 关于加快推进门诊费用跨省直接结算 工作的通知

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。



(主动公开)

---

国家医疗保障局办公室

2021年4月12日印发

---

