

关于印发《芜湖市基本医疗保险异地就医直接结算实施细则》的通知

芜医保〔2022〕107号

各县市区财政局，各县市区医保分局、直属分局：

为加快完善异地就医直接结算服务，持续提升参保群众异地就医结算的获得感、幸福感和安全感，根据《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）《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）《安徽省医保局 安徽省财政厅关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（皖医保秘〔2022〕103号）要求，制定本实施细则。

一、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大精神，落实党中央、国务院，省委、省政府和市委、市政府决策部署，立足新发展阶段，完整、准确、全面贯彻新发展

理念，构建新发展格局，坚持政策优化集成、管理规范统一、业务协同联动、服务高效便捷，深化基本医疗保险异地就医结算制度改革，持续提升参保群众异地就医结算的获得感、幸福感和安全感。

（二）目标任务

2025 年底前，全市医保异地就医结算制度体系和经办管理服务体系更加健全，医保信息平台支撑作用持续强化，异地就医结算能力显著提升。医保异地就医住院费用直接结算率提高到 70% 以上；异地联网定点医疗机构应纳尽纳；根据省统一部署，持续扩大普通门诊、门诊慢特病跨省异地就医直接结算范围；异地就医备案管理、业务协同等经办服务更加规范、便捷、高效，基本实现医保异地就医结算服务线上线下、省内外跨区域通办。

二、明确异地就医人员分类

将异地就医人员分为异地长期居住人员和临时外出就医人员，两类人员办理异地就医备案后可以享受异地就医直接结算服务。

（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、常驻异地工作人员等在参保地以外的地区居住、生活、工作 6 个月以上的人员。其中，城乡居民医保参保人员仅限办理异地长期居住。



（二）临时外出就医人员。包括异地转诊就医人员、因工作或旅游等原因异地急诊抢救人员、其他临时外出就医人员。

三、完善异地就医待遇保障

（一）异地就医医保基金支付政策。异地就医基金支付仅限定点医药机构（急诊抢救除外）。异地就医直接结算的住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用，执行就医地规定的基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围及有关规定，执行我市基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额等有关政策。其中，省内异地住院执行我市规定的个人先行自付比例，跨省异地住院执行就医地规定的个人先行自付比例。

（二）异地长期居住人员医保待遇。异地长期居住人员在备案地就医结算时，基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额执行我市规定的本地就医时的标准。异地长期居住人员备案有效期内需回本市就医的，可以在本市享受医保结算服务，仍执行我市规定的待遇政策。异地长期居住人员符合转外就医规定的，执行我市转诊待遇政策。

异地长期居住人员以个人承诺方式办理异地就医备案的，当次可享受异地长期居住人员相关医保待遇。承诺人在承诺之日起1个月内补齐备案材料的，可在备案地和本市长期享受双向就医医保待遇。原则上，一年只能允许一次以个人承诺方式办理异地

就医备案。

（三）临时外出就医人员医保待遇。职工医保省内异地就医急诊抢救人员和已办理转诊手续的人员医保支付比例下降 8 个百分点，未办理转诊的临时外出就医人员医保支付比例下降 18 个百分点。职工医保跨省异地就医急诊抢救人员和已办理转诊手续的人员医保支付比例下降 10 个百分点，未办理转诊的临时外出就医人员医保支付比例下降 20 个百分点；居民医保省内异地就医急诊抢救人员和已办理转诊手续的，对其住院政策范围内报销比例下降 5 个百分点（享受保底待遇），未办理转诊手续的下降 15 个百分点（含保底比例）。居民医保跨省异地就医急诊抢救人员和办理转诊手续的，对其住院政策范围内报销比例按照 60%核报（享受保底待遇），未办理转诊手续的按照 50%核报（保底比例下降 15 个百分点）。

职工医保无第三方责任的外伤医疗费用异地就医医保支付比例下降 20 个百分点。居民医保无第三方责任的外伤医疗费用异地就医参照急诊抢救执行。

四、优化异地就医备案管理

（一）拓展备案渠道。按照统一规范、精简便民的原则，为参保人员提供线上与线下一体化、多渠道的异地就医备案服务。线上备案渠道包括：国家医保服务平台 APP、国家异地就医备案

小程序、皖事通 APP、安徽省医保局微信公众号、安徽医保公共服务小程序、芜湖市医保局微信公众号等。线下备案渠道包括：参保地医保经办窗口、符合条件的定点医疗机构等。

（二）统一有效期限。异地长期居住人员，实行“一次备案、长期有效”；临时外出就医人员，实行“一次备案、12 个月有效”，有效期内根据病情需要可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。

（三）明确备案范围。参保人员申请异地就医备案时，可直接备案到就医地市或直辖市等，并在备案地开通的所有异地就医联网定点医疗机构享受住院费用直接结算服务。异地长期居住人员在备案地选择门诊慢特病定点按照我市现行政策执行，可在备案地和本市内选择门诊慢特病定点医疗机构。

五、扩大异地就医直接结算

（一）方便参保人员直接结算

参保人员异地就医时，应在就医地的异地联网定点医药机构主动表明参保身份，出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证。异地联网定点医药机构应做好参保人员身份核验工作，指引未办理备案人员及时办理备案手续。参保人员异地出院结算前补办异地就医备案的，视为有效备案，就医地联网定点医疗机构应为参保人员直接结算该次住院医疗费用。参保人员在异地因急诊抢救

就医的，异地联网定点医疗机构按技术规范上传急诊抢救相关标识，参保地应视同已备案，允许参保人员按参保地异地急诊抢救相关待遇标准直接结算医疗费用。对无第三方责任的外伤医疗费用，经参保人员本人或授权委托人签署个人承诺书后，可纳入异地就医直接结算范围，就医地医保部门将相关费用一并纳入核查范围。

参保人员在就医地定点医疗机构（急诊抢救除外）发生医药费用，未直接结算的，可持相关材料回参保地经办机构报销，按照我市目录范围及报销政策执行。

（二）及时上传相关费用信息

外地参保人员在我市异地就医住院直接结算时，我市医保信息平台将住院费用明细信息或大类费用信息进行实时上传，结算后3日内将全量明细数据经省异地就医管理子系统上传至国家异地就医管理子系统。异地就医门诊直接结算时，按照就医地支付范围及有关规定对每条费用明细进行费用分割后实时全量上传。因故无法直接结算的，异地联网定点医药机构应根据医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证采集参保人员有关信息，并将医疗费用明细、疾病诊断等就诊信息补传至医保信息平台，用于支持国家开展异地就医零星报销线上办理试点、医保基金监管等工作。



（三）持续扩大异地就医直接结算覆盖范围

各级医保部门应将所有符合条件的定点医药机构及时纳入异地就医直接结算范围，将社会办定点医药机构一视同仁接入异地就医管理子系统，与公立医药机构享受同等的医保政策、管理和服 务。在实现每个县开通 2 家异地联网定点医疗机构基础上，鼓励支持各地将社区卫生服务中心、乡镇卫生院、中心村卫生室、定点零售药店等纳入异地就医直接结算范围，推进异地联网定点医药机构城乡区域全覆盖，进一步满足参保群众的异地就医需求。

（四）规范异地联网定点医药机构信息发布

各级经办机构要严格按照《安徽省医疗保障局关于规范全省医保定点医药机构信息发布工作的通知》（皖医保秘〔2021〕119 号）要求，做好异地联网定点医药机构信息维护工作，定期核查国家医保服务平台 APP 等渠道发布的异地联网定点医药机构相关信息，发现信息不准确、不完整情况，应及时更新维护，确保各渠道发布的异地联网定点医药机构信息准确、完整，方便参保群众就医选择。

六、规范异地就医资金管理

（一）预付金管理

异地就医费用中医保基金支付部分实行先预付后清算。每年省级经办机构依据上年第四季度医保结算资金月平均值的两倍

核定年度预付金额度，并确认当年预付金调整额度，市级经办机构向同级财政部门申请用款计划。

（二）费用清算

异地就医费用清算按照国家（省）统一清分，省、市两级清算的方式，按月全额清算。由省医保经办机构统一清算并安排划拨。各级经办机构和财政部门应按照《芜湖市基本医疗保险异地就医直接结算经办规程》（见附件）要求，协同做好资金划拨和收款工作。省级经办机构负责协调督促各统筹地区按规定及时拨付资金。

七、强化异地就医基金监管

（一）落实就医地监管职责。各级医保部门要把我市定点医药机构开展的异地就医业务作为日常监管、专项检查、飞行检查等重点内容，严厉打击异地就医领域各类欺诈骗保行为。要建立健全异地就医基金监管机制，完善区域协作、联合检查工作机制，加强对异地就医结算重点地区的监督检查，配合参保地做好异地就医相关核查工作。

（二）明确参保地管理责任。各级医保部门要定期开展本统筹区异地就医医保基金使用情况分析，精准锁定可疑问题线索，按规定提请就医地医保部门对疑似违规违约行为进行协查，或按程序向就医地医保部门移交问题线索，共同合作开展稽核检查，

确保医保基金合理使用。

（三）做好违规费用处理。对就医地医保部门监管追回的医保基金、扣款等，按原渠道返回参保地账户；行政处罚、协议违约金等，由就医地医保部门按规定处理。

八、有关工作要求

（一）完善异地就医协议管理

各级医保部门应将来我市异地就医的人员纳入本地统一管理，履行日常管理服务责任，将异地就医业务经办管理情况纳入经办机构规范化建设和行风建设考评。将定点医药机构的异地就医服务行为纳入本地医保服务协议管理范围，对直接结算率、医药服务行为、异地就医服务效能等进行考核评价。积极探索异地就医结算中运用 DIP 支付方式，引导定点医疗机构合理诊疗。

（二）强化异地就医业务协同

各级经办机构要建立健全异地就医结算业务协同管理机制，规范备案审核、费用协查、问题协同、信息共享等工作，逐步形成职责明晰、分工明确、流程统一的异地就医业务协同管理体系。按照统一管理、分级负责、共同协作的原则，参保地和就医地经办机构、定点医药机构按规定履行异地就医结算过程中需要双方或多方协同联动的职责，积极主动做好日常结算、疑似违规费用协查、系统故障排查等事项的协同处理工作，保障异地就医业务

平稳有序进行。

（三）提升信息系统支撑能力

强化医保信息平台全业务全流程应用，扎实推进医保业务编码动态维护和深化应用，推进更多的异地就医服务跨区域通办。按规定做好异地就医相关业务编码的动态更新维护工作。加强医保信息化标准化人才队伍建设，建立健全统一的系统运维和安全保障体系。压实异地联网定点医药机构的数据安全责任、接口规范改造责任等。

（四）确保部门配合紧密有序

各级医保部门要主动担当作为，加强组织领导、统筹谋划、高位推进，将异地就医直接结算工作纳入目标任务考核管理，确保工作成效。各级财政部门要按规定及时足额拨付医保异地就医结算资金，合理安排经办机构工作经费，加强异地就医资金账户收付、核算、对账管理。各级医保部门要会同有关部门加强医保异地就医政策宣传，创新宣传方式，拓展宣传渠道，全面精准做好政策宣传解读工作。要加强异地就医领域舆情监测分析，及时回应群众来电来访和日常关切，及时帮助群众协调解决异地就医结算过程中遇到的困难和问题，引导形成良好的工作氛围和社会预期。

本细则自 2023 年 1 月 1 日开始执行。原文件规定与本文件

不一致的以本文件为准。执行期间，如遇国家、省政策调整，从其规定。

附件：芜湖市基本医疗保险异地就医直接结算经办规程

芜湖市医疗保障局
芜湖市财政局
2022 年 12 月 20 日

芜湖市基本医疗保险异地就医 直接结算经办规程

第一章 总 则

第一条 为完善我市基本医疗保险异地就医直接结算经办管理,统一和规范经办业务流程和服务标准,推进业务协同联动,为参保群众提供优质高效的异地就医直接结算服务。根据《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》(医保发〔2022〕22号)《安徽省医保局 安徽省财政厅关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》(皖医保秘〔2022〕103号)等文件规定,结合我市实际,制定本规程。

第二条 本规程所称异地就医是指基本医疗保险参保人员在市外的定点医药机构发生的就医、购药行为。异地就医直接结算是指参保人员异地就医时只需支付按规定由个人负担的医疗费用,其他费用由就医地经办机构与异地联网定点医药机构按医保服务协议约定审核后支付。

第三条 本规程适用于我市基本医疗保险参保人异地就医直接结算及相关业务经办管理服务工作中。其中基本医疗保险参保

人员，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）。

第四条 异地就医直接结算工作实行统一管理、分级负责。

省级经办机构承担全省异地就医结算业务流程、标准规范在本省的组织实施，建设和完善省异地就医管理子系统，异地就医直接结算业务协同、资金管理和争议处理等职能。

市级经办机构按照国家和省级异地就医管理规定，做好本市异地就医备案管理及指导各级经办机构做好辖区内异地就医备案管理、问题协同处理和资金结算清算等工作。

县（市）区经办机构按照国家、省级和市级异地就医管理规定，做好辖区内异地就医备案管理、问题协同处理和资金清算统计分析等工作。

各级财政部门会同医保部门按规定及时划拨异地就医预付金和清算资金，合理安排医保经办机构的工作经费，加强与医保经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符。

第五条 异地就医直接结算费用医保基金支付部分实行先预付后清算，预付资金原则上来源于参保人员所属统筹地区的医保基金。异地就医医疗费用结算和清算过程中形成的预付款项和划拨异地就医资金过程中发生的银行手续费、银行票据工本费不

得在基金中列支。预付金在就医地财政专户中产生的利息归就医地所有。

第六条 优化业务经办流程，支持医保电子凭证、社会保障卡等作为有效凭证，省内按照“参保地目录、参保地政策、就医地管理”和省外按照“就医地目录、参保地政策、就医地管理”的要求，提供便捷高效的异地就医直接结算服务。具备条件的，可按规定将符合补充医疗保险、医疗救助等支付政策的医疗费用纳入异地就医直接结算范围。

第二章 范围对象

第七条 参加基本医疗保险的下列人员，可以申请办理异地就医直接结算。

（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、常驻异地工作人员等在参保地以外的地区居住、生活、工作 6 个月以上的人员。

1.异地安置退休人员：指城镇职工医疗保险参保人退休后在异地定居且户籍迁入定居地的人员。

2.异地长期居住人员：指基本医疗保险参保人长期在异地居住生活的人员。

3.常驻异地工作人员：指城镇职工医疗保险单位派驻异地工作的人员，其中有参保单位的参保职工不能办理异地长期居住人员。

（二）临时外出就医人员。包括异地转诊就医人员、因工作或旅游等原因异地急诊抢救人员、其他临时外出就医人员。

1.转诊转院人员：指因本市医疗技术设备条件所限，须转往异地就医人员。

2.学生异地就医人员：指我市在校学生休假、因病休学期间，回到户籍所在地，或学校统一安排在异地学习、实习期间在异地定点医疗机构就医人员。

3.探亲及旅游人员：指外出探亲或旅游的人员。

4.急诊人员：指外出期间突发疾病就诊的人员。

第三章 登记备案

第八条 参保地经办机构按规定为参保人办理登记备案手续。

（一）异地安置退休人员需提供以下材料：

1.医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；

2.《安徽省异地就医登记备案表》（以下简称备案表，见附件1）；



3.异地安置认定材料（“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”，或《安徽省异地就医备案个人承诺书》（以下简称个人承诺书，见附件2）。

（二）异地长期居住人员需提供以下材料：

- 1.医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；
- 2.备案表；
- 3.长期居住认定材料(居住证明或个人承诺书)。

（三）常驻异地工作人员需提供以下材料：

- 1.医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；
- 2.备案表；

3.异地工作证明材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同任选其一，或个人承诺书）。

（四）异地转诊就医人员需提供以下材料：

- 1.医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；
- 2.备案表；

3.本市规定的具备开具转诊证明的定点医疗机构开具的转诊转院材料。

（五）异地急诊抢救人员视同已备案。

（六）其他临时外出就医人员备案，需提供医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡，以及备案表。

第九条 我市参保人员可在各级经办机构医保经办窗口、政务服务窗口、具有转诊资质的医疗机构，或指定的国家医保服务平台 APP、国家异地就医备案小程序、皖事通 APP、芜湖市医保局微信公众号、安徽医保公共服务小程序等多种渠道办理登记备案手续。其中：

（一）线下办理

1.市本级城镇职工医保参保人员：市医保中心服务大厅、市内具有转诊资质的定点医疗机构医保窗口。

2.县（市）区基本医疗保险参保人员：各级经办机构服务大厅、市内具有转诊资质的定点医疗机构、医共体牵头医院、“15分钟医保服务圈”政务服务窗口。

（二）线上办理

1.国家医保服务平台 APP 和国家异地就医备案小程序办理跨省异地备案手续；

2.皖事通 APP、芜湖市医保局微信公众号、安徽医保公共服务小程序办理省内和跨省异地备案手续。

通过全国统一的线上备案渠道申请办理登记备案的，原则上参保地经办机构应在两个工作日内办结。鼓励有条件的经办机构，探索电话、微信（QQ）群等多种备案方式为参保人员提供即时办理、即时生效的自助备案服务。

第十条 异地长期居住人员登记备案后，未申请变更备案信息或参保状态未发生变更的，备案长期有效，原则上生效后6个月后方可变更或取消备案的时限；临时外出就医人员备案后，12个月有效，有效期内根据病情需要可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。

第十一条 办理异地就医备案时原则上直接备案到就医地或直辖市等，参保人员到海南省、西藏自治区等省级统筹地区和新疆生产建设兵团就医，可备案到就医省和新疆生产建设兵团。参保人员可在备案地开通的所有联网定点医疗机构享受住院费用异地就医直接结算服务。

第十二条 参保人员办理异地就医备案后，备案有效期内可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。备案有效期内已办理入院手续的，不受备案有效期限限制，可正常直接结算相应医疗费用。

第十三条 各级经办机构要及时为参保人员办理异地就医备案登记、变更和取消业务，并将异地就医备案、门诊慢特病认定资格等信息实时上传至国家及省异地就医管理子系统，方便就医地经办机构和定点医疗机构查询。

第十四条 参保人员未按规定申请办理登记备案手续或在就医地非联网定点医药机构发生的医疗费用，按我市基本医疗保险相

关规定执行。

第四章 就医管理

第十五条 省级经办机构负责指导各统筹地区将本地符合条件的定点医药机构纳入异地联网直接结算范围。各级经办机构按要求做好异地联网定点医药机构基础信息、医保服务协议状态等信息的动态维护工作。不同投资主体、经营性质的医保定点医药机构均可申请开通异地联网直接结算服务，享受同等的医保政策、管理和服务。

第十六条 异地联网定点医药机构应对异地就医患者进行身份识别，为符合就医地规定的门（急）诊、住院患者提供规范合理的诊疗服务和便捷高效的异地就医直接结算服务，实时上传就医和结算信息；提供门诊慢特病异地直接结算服务时，应专病专治，合理用药。参保人员未办理异地就医备案的，可在定点医疗机构指引下申请办理登记备案手续，出院结算前完成登记备案的，异地联网定点医疗机构应提供异地联网直接结算服务。

第十七条 参保人员在就医地异地联网定点医药机构就医购药时，应主动表明参保身份，主动出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证，遵守就医地就医、购药有关流程和规范。

第五章 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与本地定点

医药机构对异地就医医疗费用对账确认后，按协议或有关规定向定点医药机构支付费用的行为。医疗费用对账是指就医地经办机构与定点医药机构就门诊就医、购药以及住院医疗费用确认医保基金支付金额的行为。

第十九条 参保人省内就医直接结算住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用时，原则上执行参保地规定的基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围、基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额等有关政策；参保人员跨省异地就医直接结算住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用时，原则上执行就医地规定的基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围及有关规定，执行参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额等有关政策。

参保人员因门诊慢特病异地就医时，就医地有相应门诊慢特病病种及限定支付范围的，执行就医地规定；就医地没有相应门诊慢特病病种的，定点医药机构及接诊医师要遵循相关疾病诊疗规范及用药规定合理诊疗。门诊慢特病相关治疗费用异地就医直接结算时，使用全国统一的门诊慢特病病种代码及病种名称。参保人员同时享受多个门诊慢特病待遇的，由参保地确定报销规则。

第二十条 参保人员住院费用省内就医出院结算时，就医地医保信息平台将其住院费用明细信息经省异地就医管理子系统

实时传输至参保地，参保地按照当地政策规定计算出应由参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果传回至就医地定点医疗机构，用于定点医疗机构与参保人员直接结算。

参保人员住院费用跨省异地就医出院结算时，就医地医保信息平台将其住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息，经国家及省异地就医管理子系统实时传输至参保地，参保地按照当地政策规定计算出应由参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果传回至就医地定点医疗机构，用于定点医疗机构与参保人员直接结算。

第二十一条 参保人员门诊费用异地就医直接结算时，就医地经办机构按照就医地支付范围及规定对每条费用明细进行费用分割，经国家及省异地就医管理子系统实时传输至参保地，参保地按照当地政策规定计算出应由参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传至就医地定点医药机构，用于定点医药机构与参保人员直接结算。

第二十二条 参保人员因急诊抢救就医的，定点医疗机构在为参保人员办理“门诊结算”或“入院登记”时，应按接口标准规范要求如实上传“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”。对于“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”为“急诊”的，参保人员未办理异地就医备案的，参保地视同已备案，允许参保人员按参保地异地急诊

抢救相关待遇标准直接结算相关门诊、住院医疗费用。

第二十三条 定点医疗机构应加强外伤人员身份认证和伤情认定，首诊医生应如实记录参保患者外伤伤情，对于符合就医地基本医疗保险支付范围且参保人员主诉无第三方责任的医疗费用，定点医疗机构可结合接诊及参保人员病情等实际情况，由参保人员本人或授权委托人填写《安徽省异地就医外伤无第三方责任承诺书》（见附件3），为参保人员办理异地就医直接结算。定点医疗机构在为参保人员办理入院登记时，应按接口标准规范要求，通过“外伤标志”和“涉及第三方标志”两个字段，如实上传参保人员外伤就医情况。

第二十四条 异地联网定点医疗机构对于异地就医患者住院期间确因病情需要到其他定点医疗机构检查治疗或到定点零售药店购药的，需提供《住院期间外院检查治疗或定点零售药店购药单》（见附件4），加盖定点医疗机构医疗保险办公室印章，相关费用纳入本次住院费用异地直接结算。

第二十五条 参保人员在就医地异地联网定点医疗机构凭医保电子凭证或者社会保障卡等有效凭证就医，根据《安徽省异地就医住院结算单》（见附件5）、医疗收费票据等，结清应由个人负担的费用，就医地经办机构与定点医疗机构按医保服务协议结算医保基金支付的费用。

第二十六条 就医地经办机构在参保人员发生住院费用省内异地直接结算后实时将医疗费用明细上传省异地就医管理系统；在参保人发生住院费用跨省直接结算后3日内将医疗费用明细上传至国家跨省异地就医管理系统，参保地经办机构可查询和下载医药费用及其明细项目。

第二十七条 就医地经办机构在次月20日前完成与定点医药机构对账确认工作，并按医保服务协议约定，按时将确认的费用拨付给定点医药机构。

第二十八条 就医地对于参保人员住院治疗过程跨自然年度的，以出院结算日期为结算时点，按一笔费用整体结算，并将医疗费用信息传回参保地。对于我市参保人员异地就医的跨自然年度费用，我市按照一笔费用整体结算。

第二十九条 支持参保人员普通门诊费用异地就医直接结算后合理的退费需求，提供隔笔退费、跨年退费和清算后退费服务。

第三十条 省内异地就医发生的医疗费用由参保地经办机构按照参保地的基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围进行费用审核，对发生的不符合规定的医疗费用按参保地医保服务协议约定予以扣除。

跨省异地就医发生的医疗费用由就医地经办机构按照就医

地的基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围进行费用审核,对发生的不符合规定的医疗费用按就医地医保服务协议约定予以扣除。

第三十一条 参保人员异地就医备案后,因结算网络系统、就诊凭证等故障导致无法直接结算的,相关医疗费用可回参保地零星报销,参保地经办机构按规定为参保人员报销医疗费用。原则上,不允许按照联网结算补偿待遇差。

第六章 费用清算

第三十二条 异地就医医疗费用按月清算。每月 5 日前,定点医疗机构完成上月结算费用申报工作。每月 20 日前,就医地经办机构完成结算费用审核。每月 25 日前,市级经办机构在省异地就医管理子系统进行清算数据确认。省异地就医管理子系统根据清算确认后的数据,生成当期清算报表。清算报表生成后的 5 个工作日内,就医地经办机构将清算资金拨付至定点医疗机构。次月 20 日前市级经办机构与省级经办机构完成差额清算资金的收付工作。

第三十三条 各级经办机构要按月核对本区域异地就医费用明细,编制生成《安徽省基本医疗保险异地就医统筹地区医疗费用汇总表》(附件 6)

第七章 审核检查

第三十四条 异地就医医疗服务实行就医地管理。就医地经办机构要将医保异地就医结算工作纳入本地定点医药机构服务协议管理范围，细化和完善协议条款，将急诊抢救、无第三方责任外伤、住院期间外院检查治疗或定点零售药店购药纳入就医地管理，维护医保基金安全，保障参保人员权益。

第三十五条 就医地经办机构应当对查实的违规行为按医保服务协议约定执行，涉及欺诈骗保等重大违法违规行为应按程序报请医保行政部门处理，并逐级上报至省级医保部门。

第三十六条 就医地经办机构对定点医药机构违规行为涉及的医药费用不予支付，已支付的违规费用予以扣除，用于冲减参保地异地就医直接结算费用。对定点医药机构违反医保服务协议约定并处以违约金的，由就医地经办机构按规定处理。

第三十七条 各级经办机构应加强异地就医费用审核，建立异地就医直接结算运行监控制度，健全医保基金运行风险评估预警机制，对异地就医次均费用水平、医疗费用涨幅、报销比例等重点指标进行跟踪监测，定期编报异地就医直接结算运行分析报告。

第八章 附 则

第三十八条 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。

第三十九条 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。

第四十条 本规程未涉及的，按国家和省有关规定执行。本规定若与国家、省有关规定不一致时，按国家、省有关规定执行。

第四十一条 本规程由芜湖市医疗保障局负责解释。

第四十二条 本规程自 2023 年 1 月 1 日起施行。

附件：1. 安徽省异地就医登记备案表
2. 安徽省异地就医备案个人承诺书
3. 安徽省异地就医外伤无第三方责任承诺书
4. 住院期间外院检查治疗或定点零售药店购药单
5. 安徽省异地就医住院结算单
6. 安徽省基本医疗保险异地就医统筹地区医疗费用汇总表