

广东省医疗保障局

粤医保函〔2021〕286号

广东省医疗保障局关于加强省内跨市 住院医疗费用结算工作的通知

各地级以上市医疗保障局：

为贯彻以人民为中心的发展思想，简化群众跨市就医结算流程，优化医保管理服务，提升医保基金使用效率，确保基金运行安全可持续，现就进一步做好医疗保险省内跨市住院医疗费用结算工作通知如下：

一、全面开展省内跨市住院医疗费用直接结算支付方式改革

医保经办机构与定点医药机构结算跨市就医参保人员住院医疗费用按照就医市支付方式执行，月度预结算按照就医市规定的比例预拨付。就医市市内住院医疗费用、省内跨市住院医疗费用分别单独清算。就医市实施按病种分值付费的，省内跨市住院医疗费用清算所涉及的病种分值、分值单价、医院系数

等按照就医市同一清算年度数据执行。就医市实施按疾病诊断相关分组付费、按床日付费、按项目付费等支付方式的，按照就医市的支付方式执行。结余留用、超支分担等其他清算规则同步按照就医市规则执行。各参保市对相应定点医药机构全年应支付金额，根据就医市该定点医药机构的清算费用结果以及各参保市在该定点医药机构发生的记账费用占比确定。

二、规范省内跨市住院医疗费用结算规则和流程

省内跨市住院医疗费用直接结算执行全省统一的基本医疗保险和生育保险药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录及支付标准等有关规定；医疗保险的起付标准、支付比例和最高支付限额以及生育保险待遇等执行参保市政策。

参保市经办机构通过国家医疗保障信息平台，按照政策规定计算出跨市就医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市定点医疗机构。参保人员结清个人负担的医疗费用时，可使用个人账户支付。

三、加强定点医疗机构管理

定点医疗机构应按规定对省内跨市就医人员进行身份识别，为省内跨市就医人员提供与本地参保人员同等的诊疗和结算服务。定点医疗机构收取省内跨市参保人员住院押金，不得超过本地参保人员标准，不得收取医疗救助对象住院押金。

参保人员省内跨市住院时，因医保信息系统异常等客观原因未能直接结算的，定点医疗机构应及时为其办理补记账手续。

定点医疗机构未正常记账结算的经由医保经办机构按规定予以零星报销的跨市住院医疗费用，计入该定点医疗机构当年度跨市住院医疗费用清算费用范围。

四、强化省内跨市住院就医监督管理

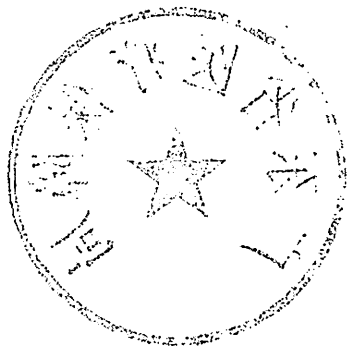
就医市经办机构应将省内跨市就医人员纳入本地统一管理，在医疗信息记录、医疗行为监控、医疗费用审核和稽核等方面提供与本地参保人员相同标准的服务和管理，并在与定点医疗机构协议管理中予以明确。就医市要加强业务协同管理，严厉打击医保欺诈行为，及时将省内跨市就医人员的违法违规行为通报至参保市。

五、工作要求

各级医疗保障部门要提高政治站位，加强组织领导，强化责任落实。将省内跨市住院医疗费用结算工作作为重点推进工作，建立健全工作机制，妥善做好政策衔接，合理配置专业工作人员，确保政策落实落细。

本通知自 2022 年 1 月 1 日起施行。





公开方式：主动公开