

辽宁省医疗保障局 辽宁省财政厅文件

辽医保发〔2022〕19号

关于印发辽宁省医疗保险异地就医结算 管理办法（2022年版）的通知

各市医疗保障局、财政局：

为深入贯彻落实《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）精神，加快完善异地就医结算服务，现印发《辽宁省医疗保险异地就医结算管理办法（2022年版）》，并提出以下工作要求，请一并遵照执行。

各级医保部门要将异地就医结算工作作为深化医疗保障制度改革的重要任务，加强领导、统筹谋划、协调推进，纳入目标任务考核管理。财政部门要按规定及时划拨异地就医资金，合理

安排经办机构工作经费，加强与经办机构对账管理。各市要根据管理服务的需要，积极协调相关部门加强机构、人员和办公条件保障，合理配置专业工作人员，保证服务质量，提高工作效率。

各市要按照本通知规定，进一步明确和细化政策管理规定，调整与本通知不符的政策措施，优化经办服务流程，同步调整信息系统相适应，保障异地就医结算工作平稳过渡，确保 2023 年 1 月 1 日起正式实施。



(信息公开形式：主动公开)

辽宁省医疗保险异地就医结算管理办法

(2022年版)

第一章 总 则

第一条 为完善辽宁省医疗保险异地就医结算体系，规范政策制度，优化经办管理，提高服务水平，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)精神，结合实际，制定本办法。

第二条 本办法所称异地就医是指符合条件的医疗保险参保人员在我国(不含香港、澳门、台湾地区)参保地以外的地区(就医地)定点医药机构发生的符合规定的就医购药行为。异地就医的医疗费用，在就医地异地联网定点医疗机构完成医保结算的为直接结算，参保人员垫付资金通过线上或线下途径由参保地完成医保结算的为手工报销。

第三条 本办法适用于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)、城乡居民基本医疗保险(以下简称居民医保)和生育保险。

第四条 异地就医结算工作应遵循以下原则：

(一) **坚持新发展理念。**以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，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，深化基本医疗保险异地就医直接结算改革，推进实现政策优化集成、管理规范统一、业务协同联动、服务高效便捷，持续提升人民群众异地就医结算的获得感、幸福感和安全感。

（二）坚持以人民为中心。坚持“零跑腿”、“不见面”，为参保人员提供更为方便快捷的备案和结算等服务，参保人员只需支付按规定由个人承担的医疗费用，其他费用由就医地经办机构与定点医药机构按协议约定审核结算。

（三）坚持统一规范管理。逐步推进异地就医结算政策制度和经办规程全省统一，实现异地就医结算服务标准化、规范化。统一将异地就医纳入就医地经办机构与定点医药机构的谈判协商、医保医师、智能监控、医疗服务监督等各项管理服务范围。

（四）坚持提升服务能力。健全异地就医结算制度体系和经办管理服务体系，强化医保信息平台支撑作用。持续提升异地就医直接结算率，鼓励引导参保人员直接结算，减少手工报销。推进基本医疗保险、生育保险、医疗救助和补充医疗保险等各类医疗保障“一站式”、“一单制”直接结算，逐步将更多门诊慢特病种纳入异地就医直接结算范围。

第五条 异地就医直接结算工作实行统一管理、分级负责。省医疗保障局会同省财政厅负责政策制定和组织实施，按照国家要求推进全省医保信息系统建设。省医疗保障事务服务中心（以

下称省经办机构)依托国家及省异地就医管理子系统,负责全省异地就医结算的业务经办、资金清算、协同管理和争议处理,管理省经办专户并完成所需资金省内归集和划拨,负责转诊至沈阳市的住院异地就医直接结算经办服务。各市医保行政部门及经办机构按照国家和省级政策规定,做好异地就医人员备案、审核结算、资金清算、问题协同处理、监督管理等工作,组织开展市级信息系统对接、应用和数据安全保障。

省财政厅负责管理省财政专户,各级财政部门会同医疗保障部门按规定及时划拨跨省异地就医预付金和清算资金,合理安排医疗保障经办机构的工作经费,加强与医疗保障经办机构对账管理,确保账账相符、账款相符。

第二章 备案管理

第六条 参加我省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)长期居住人员:指长期在参保地以外工作、居住、生活的参保人员,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。

1.异地安置退休人员:指退休后在异地定居且户籍迁入当地的职工医保参保人员。

2.异地长期居住人员：指在异地居住生活且符合下列条件之一的参保人员。

(1)职工医保退休人员或达到60周岁的居民医保参保人员在异地定居，有当地个人名下产权住房或取得当地居住证。

(2)未成年居民医保参保人员因监护人外出务工，随监护人长期异地居住且无法在当地参保，监护人在当地参加职工医保或已办理常驻异地工作人员异地就医备案。

3.常驻异地工作人员：因工作需要长期在异地居住生活的人员。

(1)因工作需要由用人单位派驻异地工作半年以上的在职职工，需提供异地工作证明材料。

(2)灵活就业职工医保在职人员或居民医保参保人员，外出务工或就业创业时，未能在当地参加基本医疗保险的，且已取得当地居住证。

4.自主择业军转参保人员在异地工作或居住，符合下述条件之一：(1)户籍迁入当地；(2)有当地个人名下产权住房；(3)取得当地居住证。

5.其他符合参保地规定的人员。

(二)临时就医人员：因病情需要转诊就医或因工作、旅游等原因临时在异地停留的参保人员，包括异地转诊就医人员、异地急诊抢救人员和临时外出就医人员。

1.异地转诊就医人员：符合参保地规定的转诊病种目录或病情标准的参保人员。

2.异地急诊抢救人员：在异地发生急危重病需急诊抢救的参保人员。

3.临时外出就医人员：非急诊且未转诊的临时外出就医参保人员。

4.参加居民医保的大学生异地就医人员。

第七条 参保人员应凭医保电子凭证、身份证或社保卡申请办理长期居住人员异地就医备案。鼓励参保地经办机构提供即申即享的长期居住人员异地就医备案服务，参保人员办理长期居住人员备案，即时办理、即时生效，参保地经办机构事前不审核材料，事后进行复核。严格备案管理，如发现伪造材料、虚假承诺的，即时取消备案，记录为医保失信行为，12个月内不得通过承诺方式办理异地就医备案，涉及违法违规的依法依规严肃处理。

第八条 参保地经办机构应以参保人员病情严重程度和本地医疗服务能力为客观依据提供异地转诊就医备案服务，组织定点医疗机构制定并公布本地转诊病种目录或病情标准。参保人员病情符合目录及标准范围的，无需定点医疗机构出具转诊证明，参保地经办机构或其委托的定点医疗机构均可直接为其办理异地转诊就医备案；未在目录及标准范围内的，按非急诊且未转诊

临时外出就医提供自动备案服务。

第九条 参保人员因急危重病急诊抢救的，经定点医疗机构认定符合《基本医疗保险急危重病异地就医结算参考病种及关键标准》（附件，以下简称《急危重病种标准》）的，由定点医疗机构上传“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”为“急诊”，视同异地急诊抢救备案，允许参保人员按参保地相关待遇标准直接结算相关门诊、住院医疗费用；经定点医疗机构认定不符合《急危重病种标准》的，按非急诊且未转诊临时外出就医人员自动备案并直接结算。

第十条 全面开通临时外出就医免申即享自动备案服务，非急诊且未转诊的参保人员在异地联网的定点医疗机构临时外出就医住院时，无需自行办理备案，即时享受自动备案和直接结算服务。

第十一条 鼓励将异地转诊就医、异地急诊抢救和非急诊且未转诊临时外出就医三种备案类别整合为临时就医一种备案类别，执行相同的待遇标准，按照免申即享模式，即时享受自动备案和直接结算服务。

第十二条 参加我省居民医保的大学生，在异地联网的定点医疗机构住院时，无需备案审核，即时享受直接结算服务。

第十三条 允许补办异地就医备案，参保人员异地就医住院出院结算前补办异地就医备案的，异地联网定点医疗机构应按其

备案类型为参保人员办理医疗费用直接结算。参保人员异地就医住院出院自费结算后按规定补办备案手续的，可按参保地规定办理手工报销。

第十四条 规范门诊异地就医备案管理。异地门诊医疗费用和定点零售药店购药费用，应用职工医保个人账户直接结算时无需办理备案。参保人员办理长期居住人员异地就医备案时，同步开通住院和普通门诊统筹费用异地就医直接结算。经参保地经办机构认定享受门诊慢特病待遇的，需另行办理门诊慢特病异地就医直接结算备案。长期居住人员可在备案的省内就医地申请门诊慢特病病种资格认定，就医地经办机构通过“省内通办”将认定结果返回参保地经办机构，省内参保地经办机构互认相关认定结果并据此为长期居住人员办理门诊慢特病异地备案。

第十五条 规范和简化异地就医备案，在全国清单基础上精简办理材料、简化办理流程、缩短办理时限。鼓励通过医保经办机构窗口、医疗机构窗口、医保驿站、乡镇（街道）社区服务中心、银行网点等多种线下途径提供备案服务，参保人员也可通过国家医保服务平台 APP、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序、辽事通、地方政务服务“一网通办”等线上途径办理异地就医备案手续。运用线上等“不见面”备案服务渠道时，复印件、传真件、电子照片等形式的证明材料均可作为存档依据。

第十六条 参保地经办机构为符合规定的参保人员办理备

案时，对相关材料不全的可采取承诺补充制，允许先予备案并承诺在约定时限内补充，承诺补充的约定时限为6个月，未按照约定时限补充材料的，即时取消备案，记录为医保失信行为，12个月内不得通过承诺方式办理异地就医备案，涉及违法违规的依法依规严肃处理。

第十七条 参保地经办机构办理异地就医备案时，不得要求参保人员提供就医地证明材料及各种证明盖章。异地就医（不包括转诊至沈阳市住院）备案一律备案到就医市（或省），在备案就医地开通的所有异地联网定点医疗机构均可享受住院、普通门诊、门诊慢特病等费用异地就医直接结算服务，不得限定具体定点医疗机构。转诊至沈阳市住院备案到省本级，在转诊定点医疗机构均可享受异地转诊住院费用直接结算服务。参保地经办机构要及时将异地就医人员备案信息上传至省经办机构和国家医疗保障局异地就医直接结算经办机构（以下称国家经办机构），确保就医地经办机构和异地联网定点医药机构及时准确获取异地就医人员各类信息。

第十八条 异地就医备案应随时办理、限时办结。长期居住人员备案长期有效，备案生效后6个月内不得变更或取消，就医地或参保关系等发生变化时需重新办理；异地转诊就医备案有效期6个月，有效期内可在就医地多次就诊并享受直接结算服务。备案有效期内办理入院手续的，无论出院日期是否超出备案有效

期，均视为有效备案。

第三章 就医管理

第十九条 参保人员异地就医时，应在就医地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的身份验证工作，指引未办理备案人员及时办理备案手续，对符合就医地规定门（急）诊、住院患者，提供合理、规范的诊治及医疗费用直接结算服务。

第二十条 异地就医直接结算原则上执行就医地支付范围（包括基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围）及有关规定，转诊至沈阳市的住院费用异地就医直接结算执行省直医保有关规定。基本医疗保险基金的起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等报销政策执行参保地规定。异地就医医疗费用手工报销执行参保地的支付范围、待遇标准、医保定点等规定。

第二十一条 异地就医直接结算的基（资）金范围包括基本医疗保险统筹基金及个人账户、生育保险、职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险、公务员医疗补助、城乡医疗救助和商业健康保险等。参保人员结算异地就医医疗费用时，只需承担个人

应支付部分，其他合规医疗费用由就医地医疗保险基金或预付金先行代付，由参保地归集后一并划拨。

第二十二条 根据经济社会发展水平、人民健康需求、医保基金支撑能力和分级诊疗要求，科学合理设定参保人员本地就医待遇标准。强化医保报销政策与分级诊疗制度的协同，合理确定参保人员在不同级别医疗机构的报销水平差异，引导有序就医。长期居住人员办理备案后在就医地就医结算时，基本医疗保险基金的起付标准、支付比例、最高支付限额等执行参保地本地就医待遇标准；备案有效期内回参保地就医的，可在参保地享受医保直接结算服务，执行参保地本地就医待遇标准。参保人员以个人承诺方式办理长期居住人员备案的，应履行承诺事项，补齐相关备案材料后可在备案就医地和参保地双向享受医保待遇。

第二十三条 依照参保地各级别定点医疗机构就医待遇标准，合理制定临时就医人员直接结算报销政策。临时就医人员在就医地异地联网定点医疗机构住院，按参保地同级别定点医疗机构待遇标准适当下调，起付标准上调幅度不超过 2.5 倍；异地转诊就医和异地急诊抢救支付比例下调幅度不超过 10 个百分点，非急诊且未转诊临时外出就医支付比例下调幅度不超过 20 个百分点；整合实施一种临时就医备案类别的统筹区，临时就医支付比例下调幅度不超过 10 个百分点。符合规定的困难群体在省域内按规定转诊，住院起付标准连续计算，执行参保地本地就医待

遇标准。参加我省居民医保的大学生在异地联网定点医疗机构就医住院，执行参保地本地就医待遇标准。长期居住人员符合就医地转诊就医规定的，执行参保地异地转诊待遇政策。

第二十四条 推进生育保险“跨省通办”，运用国家医保信息平台生育保险待遇核定与支付业务查询模块，逐步开展生育住院医疗费用和生育津贴核定支付等“跨省通办”。参照职工医保异地就医备案及结算有关规定，将生育住院医疗费用纳入省内异地就医直接结算及清算范围。参加生育保险的女职工因生育需在省内异地联网定点医疗机构住院的，享受免申即享的自动备案和直接结算服务，执行参保地本地就医待遇标准。

第二十五条 职工医保参保人员在异地联网定点医疗机构门诊或定点零售药店，可应用个人账户基金直接结算符合规定的异地就医医药费用。将符合参保地规定的普通门诊统筹和门诊慢特病的医疗费用，纳入异地就医直接结算范围。实施门诊慢特病医疗费用异地就医直接结算的病种，从高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊治疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗起步，逐步扩大到其他门诊慢特病病种。门诊特慢病医疗费用异地就医直接结算时，省内使用全省统一的病种名称及编码，跨省使用全国统一的病种编码，通过技术手段实现省级与国家门诊慢特病病种编码的转换。就医地有相应门诊慢特病病种限定支付范围的，执行就医地支付范围；没有相应门诊慢特病病种限定支付范围的，定

点医疗机构及接诊医师要遵循相关病种诊疗规范及用药规定合理诊疗。异地就医人员同时享受多个门诊慢特病待遇的，由参保地根据本地规定确定待遇计算规则。

第二十六条 符合条件的异地就医人员异地就医住院应用国家医保谈判药品时，异地联网定点医疗机构应严格按照适用条件进行资格评估并直接结算。我省参保的异地就医人员按照就医地规定，在省内就医地异地联网定点医疗机构门诊或定点零售药店，发生的符合我省高值管理药品费用应直接结算，就医地经办机构或受委托的定点医疗机构应对异地就医人员进行资格认定并将认定结果返回参保地经办机构，将符合规定的高值管理药品异地就医门诊药店费用纳入省内异地就医直接结算费用结算和资金清算范围。高值管理药品跨省异地就医门诊药店费用由参保地按照有关规定进行资格认定和手工报销，逐步推进通过“互联网+”医疗服务模式实现高值管理药品等费用直接结算。

第二十七条 异地联网定点医药机构应将异地就医医疗费用等信息通过本地网络传至就医地经办机构，就医地经办机构经省和国家异地就医管理子系统传送至参保省和参保地经办机构，或直接传送至省内其他参保地经办机构。参保地经办机构将费用信息按照本地规定进行计算，区分参保人员个人与各项基（资）金应支付的金额，并将计算结果回传至就医地经办机构和异地联网定点医药机构。

住院费用按照全国统一的大类费用清单传输，费用明细信息

在结算后实时传输；门诊及药店费用按照就医地支付范围和规定对每条费用明细进行分割并实时传输，门诊慢特病需连同参保人员门诊慢特病病种代码一并实时传输。门诊慢特病相关治疗费用应分病种单独结算，同时发生的与门诊慢特病治疗无关的其他门诊费用应按普通门诊费用分开结算。

第二十八条 支持异地普通门诊和药店购药费用隔笔退费、跨年退费和清算后退费，作为就医地实施隔笔退费时应在退费当笔重新计算相关待遇并据此扣减相应退费额度。就医地经办机构和定点医药机构应及时、精确、完整地将结算信息上传国家及省异地就医管理子系统。原则上，异地就医医疗费用完成直接结算的，不得因待遇差等原因办理退费。

第二十九条 异地联网定点医疗机构应及时将全部就医人员信息、医疗费用明细及明细分割数据、诊断等就诊信息上传至就医地经办机构。参保人员因故未能异地就医直接结算的，参保地经办机构可通过异地就医管理子系统，调取异地就医人员就诊和费用等信息，通过电子发票服务平台与异地就医管理子系统获取电子发票，实现异地就医手工报销线上办理。建立手工报销材料清单制度，做好信息公示，明确报销完成时限。

第四章 医疗服务管理

第三十条 异地就医直接结算实行就医地统一管理。就医地

经办机构应将异地就医人员纳入本地统一管理，在定点医药机构确定、医疗信息记录、绩效考核、医疗行为监控、费用审核稽核及基金监管等方面提供与本地相同的服务和管理，并在与定点医药机构服务协议中予以明确。转诊至沈阳市的住院异地就医直接结算经办服务由省经办机构负责，其他类型的异地就医直接结算均按照属地管理原则由就医地经办机构负责。

第三十一条 不同投资主体、经营性质的医保定点医药机构按规定一视同仁纳入异地联网覆盖范围，享受同样的医保政策、管理和服务。将开展跨省及省内异地就医直接结算作为新增定点医药机构的必要条件，符合条件的要全部接入国家异地就医管理子系统。按照国家要求做好定点医药机构信息动态维护，确保及时、完整、真实、有效。

第三十二条 将异地就医结算服务纳入本地定点医药机构服务协议，细化服务条款，明确责任义务。转诊至沈阳市的住院异地就医直接结算异地联网定点医疗机构，由省经办机构按规定组织评估、协议签订及协议管理。定点医药机构应按规定为异地就医人员提供合理、必要的医疗服务，不得拒绝为符合规定的异地就医人员提供医疗费用直接结算服务。定点医疗机构在提供门诊慢特病异地就医直接结算服务时，应专病专治，合理用药。将符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用纳入异地就医直接结算范围，就医地经办机构应将相关费用一并纳入协议管理范围。加强异地联网定点医药机构协议管理，对于未履行责任义务

的定点医药机构要严格按协议处理。对合理的转诊医疗费用应安排足额基金预算予以保障，不得设置转诊人次、转诊总金额等指标限制。

第三十三条 各级经办机构要及时与定点医药机构结算异地就医医疗费用，所需资金由就医地医疗保险基金或省内预付金先行代付。就医地经办机构按照本地医疗保险费用结算办法和标准及相关政策，与定点医药机构结算异地就医人员的住院、门诊慢特病（不包括尿毒症透析）、普通门诊及药店等异地就医医疗费用；异地转诊就医人员住院医疗费用、门诊慢特病尿毒症透析异地就医医疗费用，可采取按项目付费的方式与定点医疗机构结算，鼓励将其纳入本地医保支付方式体系。

第五章 资金管理

第三十四条 异地就医医疗费用医保基金支付部分在地区间实行先预付后清算。预付金是参保地预付给就医地或省经办机构用于支付参保地异地就医人员异地医疗费用的资金，分为跨省预付金和省内预付金。跨省预付金由省经办机构根据国家经办机构核定的跨省预付金和紧急调增预留情况确定，省内预付金由省经办机构根据省内异地就医资金清算情况确定。预付金额度为可支付4个月资金，跨省预付金中2个月资金用于跨省异地就医预付金，其余资金用于跨省紧急调增预留；省内预付金主要用于省

内异地就医资金清算及省内转诊在沈阳市异地医疗费用结算。预付金原则上来源于各市医疗保险基金。省财政部门分账核算，用于划拨和存储跨省异地就医预付及清算资金、紧急调增预留资金。省内预付及清算资金由省经办机构分账核算，用于划拨和存储。

第三十五条 建立并规范预付金预警和调增制度。省经办机构可调剂使用跨省和省内预付金，及时与各市清算异地就医医疗费用，依据权责发生制原则按参保地进行明细核算。每期国家统一清算签章时，当期清算资金占跨省预付金比例超过90%的，省经办机构会同省财政部门应在当期清算签章之日起3个工作日内申请跨省预付金紧急调增，调增金额上限为当期月度清算资金两倍与年度跨省预付金的差额。各市预付金出现预警时，应按规定及时调增预付金额度，并在规定时限内完成资金上解。

对于外省启动我省预付金紧急调增流程的，应按照国家规定时限先由跨省预付金拨付到位，后归集各市资金补足。省经办机构会同省财政部门负责协调和督促各市按照有关规定及时拨付资金，对无故拖延拨付资金的地区，省经办机构可按规定暂停该地区异地就医直接结算服务。各市经办机构和财政部门应及时上解预付及清算资金。

第三十六条 跨省预付金及清算资金在省际间由省财政专户与外省财政专户进行划拨，在省内分别由省财政专户与省经办专户、省经办专户与各市进行划拨。省内预付及清算资金在省经

办专户与各市进行划拨。

第三十七条 省际间、地区间异地就医资金清算按照异地就医人员医疗费用实际发生进行。跨省异地就医资金清算按照国家统一清分，省、市两级清算的方式，按月全额清算。省内异地就医资金清算采取省级统一清分，省、市直接清算，收支两条线，按月全额清算。

第三十八条 省外参保人员到省内就医地发生跨省异地就医费用时，省经办机构在确认跨省异地就医资金全部缴入省财政专户后，将收到的外省预付及清算单按规定时间提交省财政部门，省财政部门对省经办机构提交的外省预付及清算单和用款计划申请审核无误后，按规定时间向省经办专户划拨资金，再由省经办专户下拨各市，各市具体办理方式自行确定。

第三十九条 省内参保人员到省外就医地发生跨省异地就医费用时，各市经办机构根据省经办机构下发的外省预付及清算单，将跨省异地就医资金上解省经办专户，再由省经办专户划拨省财政专户，省财政部门根据省经办机构提交的外省预付及清算单和用款计划申请将资金划拨外省财政专户。省财政部门在完成预付和清算资金划拨和收款后，在规定时间内将划拨及收款信息反馈省经办机构，经办机构据此进行会计核算。因费用审核发生的争议及纠纷，按经办规程规定妥善处理。

第四十条 省内参保人员在省内就医地发生异地就医费用时，各市经办机构根据省经办机构下发的省内预付及清算单，将

省内预付及清算资金上解省经办专户。省经办机构根据异地就医医疗费用形成清算单，将省内异地就医清算资金由省经办专户下拨就医地。

第四十一条 各级经办机构应做好与国家及省异地就医管理子系统日对账工作，做到数据相符。定点医药机构申报的异地就医直接结算费用，经就医地经办机构审核无误并申请国家或省统一清算的，就医地经办机构应先行与定点医药机构结算，且应在下期清算签章之日前完成，完成结算后再发起清算申请。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，需提前逐级报备说明。各级经办机构和财政部门要按时拨付结算资金，在确保定点医药机构及时回款的基础上，尽可能缩短回款周期。

第四十二条 省经办机构应会同省财政部门于每年 2 月底前完成年度跨省预付金收付工作。跨省异地就医直接结算清算资金实行收付双向流转。在参保省向就医省拨付跨省异地就医年度预付金、紧急调增资金和清算资金的基础上，增加就医省返还参保省年度预付金和清算资金的流程。各级经办机构和财政部门应严格按照国家和省规定资金拨付条件和办理时限要求，按时拨付预付和清算资金，及时掌握异地就医资金预付和清算情况，进一步优化资金归集和拨付流程，提高资金拨付办理效率，确保将当

期清算资金于下期清算签章前拨付到位。遇有特殊情况，要及时逐级上报省经办机构和国家经办机构。各级经办机构和财政部门要通力协作，进一步简化优化审批程序，加强信息共享，确保及时向上归集异地就医预付和清算资金，做好账目管理，确保账账相符、账款相符。

第四十三条 加强异地就医直接结算所需资金管理。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。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。

第六章 信息化建设

第四十四条 按照国家及省统一的接口标准规范，完善省异地就医管理子系统，兼容包括基本医疗保险、生育保险、职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险、公务员医疗补助、城乡医疗救助和商业健康保险等各类结算，健全门诊医疗费用异地就医直接结算、预付及清算、协同管理等功能，推进异地就医直接结算电子签章应用，完善电子票据信息、线上手工报销等功能。

第四十五条 扎实推进编码动态维护和深度应用，不断提升医保数据治理水平，按规定与有关部门共享数据，深化医保电子凭证、医保移动支付、医保电子处方流转、医保服务平台网厅、

APP 和小程序等推广应用，推进更多的异地就医结算服务“跨省通办”“全程网办”“一网通办”。

第四十六条 持续推进定点医药机构接口改造适配，加快推动医保电子凭证、居民身份证作为就医介质，优化系统性能，减少响应时间，切实改善参保人员异地就医直接结算体验。各级医保系统停机切换时，应做好事先报备、事中验证、事后监测，确保数据迁移及时、完整、精准，解决个人编号等信息变更对在途业务的影响，保证业务连续性，确保业务平稳衔接、系统稳定运行。

第四十七条 加强系统运维管理和安全保障。各级各市医保行政部门及经办机构应打造专业可靠的运维管理团队，构建基础设施、网络安全、云平台、业务子系统等领域的运维管理流程，形成科学有效的运维管理制度体系。落实安全管理责任，提升系统安全运维能力，强化信息系统边界防护，严禁定点医药机构连接医保系统的信息系统接入互联网，规范异地就医身份校验，保障数据安全。统一规范异常交易报错信息质控标准，做好问题分类，简明扼要、通俗易懂地描述错误原因，方便异常交易的问题定位，并及时响应处理。

第七章 监管和协同

第四十八条 各市医保行政部门及经办机构要将异地就医人员纳入本地医保监管范围，完善智能监控系统，加强审核、稽核，实现费用审查全覆盖，进一步规范医疗行为，坚决打击异地就医过程中的欺诈骗保行为。就医地经办机构对定点医药机构违法违规行涉及异地就医人员的医疗费用应予以扣除，用于冲减参保地异地就医结算费用。确实无法明确到人的相关违规费用，以及定点医药机构违反协议违约金、行政处罚罚款，由就医地按规定处理。建立健全异地就医结算费用协查机制，开展联审互查，按照国家和省协查安排做好协查工作。

第四十九条 落实就医地和参保地监管责任，就医地医保行政部门及经办机构要把异地就医直接结算作为日常监管、专项检查、飞行检查等重点内容，结合本地实际和异地就医直接结算工作特点，严厉打击各类欺诈骗保行为，同时要配合参保地做好相关核查。参保地医保行政部门及经办机构要定期开展异地就医医保基金使用情况分析，精准锁定可疑问题线索，积极开展问题核查，确保医保基金安全合理使用。

第五十条 建立完善分工明确、职责明晰、流程统一的异地就医业务协同管理体系，依托国家及省异地就医管理子系统业务协同管理模块，搭建各级经办机构、定点医药机构和参保人员之间异地就医结算业务办理和应急问题处理平台，健全工作机制，统一报错文本格式，明确各级经办机构业务协同管理职责和专管

人员岗位职责，在问题协同、线上报销、费用协查、信息共享等方面全面提升各级医保经办机构业务协同管理能力。

分类处理协同问题，对于即时类协同问题应通过国家医保异地备案小程序快速提交或线下方式提出，对于非即时类协同问题主要通过异地就医管理子系统提出协同请求。参保地经办机构可将手工报销疑点通过国家及省异地就医管理子系统业务协同管理模块发起费用协查，就医地经办机构应积极配合，协助完成。各级经办机构要明确异地就医协同管理专管人员，按照规定时限响应协同请求，高质量解决协同问题，切实提高响应效率。省经办机构定期开展业务协同考核和通报，加强对响应不及时、处理不到位地区的督促和指导。

第八章 宣传和培训

第五十一条 加强异地就医直接结算宣传，保持宣传的频次和密度，定期开展集中宣传活动，提高政策流程知晓度。丰富日常宣传内容，制作形式多样、群众可及易懂、喜闻乐见的宣传资料，通过电视、报纸、广播、网络、手机应用等媒介宣传解读政策流程。开展进社区、进农村、进医院、进用人单位、进车站“五进”宣传活动，方便流动人员和随迁老人知晓政策和办理流程。适时开展抽样调查，及时了解群众需求和政策宣传效果，有针对

性开展专题宣传。

第五十二条 充分利用咨询电话、门户网站和微信公众号等媒介形式，为异地就医人员提供多元化服务渠道。在门户网站和微信公众号设立异地就医直接结算专区，及时公布异地就医政策待遇、经办指南、定点医药机构分布、备案办理咨询电话等信息，为异地就医人员提供申请表格下载及查询投诉等服务。各级经办机构咨询电话如有变化，要在第一时间逐级上报省经办机构和国家经办机构。

第五十三条 推进异地就医结算业务信息共享，提升服务透明度。异地就医结算政策、经办管理、系统运行等各项业务信息要以公告、通知的形式，在国家及省异地就医管理子系统业务协同管理模块共享，及时更新异地就医备案结算等政策和流程、业务运行和人员机构等业务信息以及定点医药机构和异地备案人员信息，方便各级经办机构、定点医药机构和参保人员查询。

第五十四条 加强异地就医直接结算经办队伍建设，加强机构、人员编制和办公条件保障，设置专门内设机构、配置专人专职负责异地就医直接结算工作，合理配置专职工作人员，保证服务质量，提高工作效率。推行“首问负责制”和“一次性告知制”，落实“好差评”制度，进一步转变职能和作风，以人民群众是否满意为标准，主动热情回应群众关心的备案、结算等政策和流程问题，及时妥善解决群众异地就医过程中出现的各种问题，提升服

务水平和服务质量。

第五十五条 根据机构改革及相关工作进展，针对新政策、新要求，以及新工作人员、新定点医药机构，系统设计、精心组织业务培训。针对不同培训内容和培训对象，采取走出去、请进来、蹲点经办、经验交流等多种方式，确保培训的及时性和有效性，切实提高培训效果。

第九章 附 则

第五十六条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起实施，由辽宁省医疗保障局、辽宁省财政厅分别负责解释。自实施之日起，《关于印发辽宁省医疗保险异地就医结算管理办法（2021 年版）的通知》（辽医保发〔2021〕13 号）废止。以往规定与本办法不符的，按本办法执行。

附件：基本医疗保险急危重病异地就医结算参考病种及关键标准

附件

基本医疗保险急危重病异地就医 结算参考病种及关键标准

符合以下疾病诊断且满足关键标准的，异地联网定点医疗机构可上传“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”为“急诊”。

一、循环系统

（一）心脏骤停

关键标准：行心肺复苏或气管插管治疗。

（二）急性冠脉综合征

关键标准：符合以下任意一种情形，发病 12 小时内肌酸激酶同工酶（CK-MB）动态增高且达到正常值上限 4 倍及以上；发病 12 小时内肌钙蛋白动态升高且达到正常值上限 4 倍及以上。

（三）致命性心律失常

关键标准：心电图显示以下任意一种情形，心室颤动（室颤）；室性心动过速（室速）；心室扑动（室扑）；房室交界区性心动过速（室上速）；快速心房颤动（房颤）心率 >150 次/分；二度 II 型房室传导阻滞；三度房室传导阻滞；窦性心动过缓心率 <40 次/分；病态窦房结综合征；窦性停搏。

（四）高血压危象

关键标准：舒张压 ≥ 130 mmHg（或收缩压 ≥ 200 mmHg）伴视

乳头水肿。

(五) 急性心包压塞

关键标准：影像显示大量心包积液，且行心包穿刺治疗。

(六) 休克

关键标准：收缩压 $\leq 80\text{mmHg}$ 伴乳酸 $> 3\text{mmol/L}$ 。

(七) 主动脉夹层

关键标准：急性发病伴收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ ，且伴影像显示主动脉夹层。

(八) 重症病毒性心肌炎

关键标准：影像显示心力衰竭伴以下任意一种情形，肌酸激酶同工酶（CK-MB）较正常值上限增高 5 倍以上；肌钙蛋白较正常值上限增高 5 倍以上。

(九) 主动脉瘤破裂

关键标准：影像显示主动脉瘤破裂。

二、呼吸系统

(一) 重症支气管哮喘急性发作

关键标准：血气 $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 或 $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 或行气管插管及有创呼吸机治疗。

(二) 呼吸衰竭

关键标准：血气 $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$ 或 $\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$ 或行气管插管及有创呼吸机治疗。

(三) 急性肺栓塞

关键标准：影像显示肺栓塞。

(四) 急性呼吸窘迫综合征

关键标准：影像显示肺部渗出伴氧合指数 $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200\text{mmHg}$ 。

(五) 自发性气胸

关键标准：无 COPD 病史且无外伤史且影像显示气胸。

(六) 大咯血

关键标准：就诊前一次性咯血 100ml 以上（或 24 小时咯血量超过 600ml），且应用垂体后叶素治疗或行急诊内镜（或介入）止血治疗。

三、消化系统

(一) 急性危险性上消化道出血

关键标准：血红蛋白 $< 70\text{g/L}$ 且符合以下任意一种情形，乳酸 $> 3\text{mmol/L}$ ；行急诊内镜下止血；行急诊手术止血。

(二) 急性重症胰腺炎

关键标准：影像显示胰腺出血、坏死。

(三) 急性肝衰竭

关键标准：总胆红素 $> 150\mu\text{mol/L}$ 。

(四) 急性梗阻性化脓性胆管炎

关键标准：影像或内镜显示胆管炎症伴梗阻。

(五) 急性肠梗阻

关键标准：影像显示肠梗阻。

(六) 急性肠系膜缺血

关键标准：影像或介入造影显示肠系膜上动/静脉缺血。

(七) 急性肠扭转

关键标准：影像显示肠扭转。

(八) 消化道穿孔

关键标准：影像显示腹腔内游离气体或行急诊手术。

(九) 肝性脑病

关键标准：血浆氨 $>40\mu\text{mol/L}$ 。

(十) 急性阑尾炎

关键标准：行急诊手术。

四、内分泌系统

(一) 糖尿病酮症酸中毒

关键标准：血糖 $>11\text{mmol/L}$ ，伴尿酮体阳性，且伴血 $\text{PH}<7.1$ 。

(二) 非酮性高渗性糖尿病昏迷

关键标准：血糖 $>30\text{mmol/L}$ 伴 $2\times(\text{血 } \text{K}^++\text{Na}^+) >300\text{mmol/L}$ 。

(三) 甲亢危象

关键标准：心电图显示心率 >140 次/分，伴促甲状腺激素 $\text{TSH}<0.1\text{mU/L}$ ，且伴甲状腺素 T4 增高。

(四) 肾上腺皮质功能危象

关键标准：影像显示肾上腺改变伴血浆游离皮质醇 (COR) 任意时点低于正常。

(五) 垂体危象

关键标准：影像显示垂体改变伴以下任意一种情形，血糖 $<3.9\text{mmol/L}$ ；血乳酸 $>3\text{mmol/L}$ 。

（六）严重酸碱失衡及电解质紊乱

关键标准：符合以下任意一种情形，血 PH >7.6 ；血 PH <7 ；血 $\text{Ca}^{2+}>3.75\text{mmol/L}$ ；血 $\text{Ca}^{2+}<2\text{mmol/L}$ ；血 $\text{Na}^{+}>155\text{mmol/L}$ ；血 Na^{+} 小于 120mmol/L ；血 $\text{K}^{+}>6.5\text{mmol/L}$ ；血 $\text{K}^{+}<2.5\text{mmol/L}$ 。

五、神经系统

（一）急性脑血管病

关键标准：影像显示出血或新发梗塞病灶。

（二）癫痫大发作

关键标准：脑电图显示癫痫。

（三）重症肌无力危象

关键标准：肌电图显示肌无力且行气管插管及有创呼吸机治疗。

（四）自发性蛛网膜下腔出血

关键标准：无外伤史且影像显示蛛网膜下腔出血。

（五）重症脑炎

关键标准：脑脊液蛋白增高伴细胞数增高。

（六）格林巴利综合征

关键标准：急性发病伴肌电图显示外周神经损伤伴脑脊液蛋白增高且行气管插管及有创呼吸机治疗。

六、泌尿系统

(一) 急性肾功能衰竭

关键标准：48 小时内肌酐增加超过 40umol/L。

(二) 溶血尿毒综合征

关键标准：网织红细胞大于 10%，伴血涂片可见异形（或破碎）红细胞，且伴急性肾功能衰竭。

(三) 急性横纹肌溶解

关键标准：肌红蛋白大于 1000ug/L 伴急性肾功能衰竭。

(四) 急性输尿管结石

关键标准：影像显示输尿管结石直径>0.5cm 伴肾盂积水。

七、血液系统

(一) 急性溶血性贫血

关键标准：网织红细胞大于 10%伴非结合胆红素 \geq 30umol/L。

(二) 弥散性血管内凝血

关键标准：血小板 \leq 100 \times 10⁹/L，伴凝血酶原时间（PT）延长 3 秒以上，且伴 D-二聚体增高。

(三) 急性血小板减少

关键标准：无血液病病史且伴血小板 \leq 20 \times 10⁹/L。

(四) 血栓性血小板减少性紫癜

关键标准：血小板 \leq 50 \times 10⁹/L，伴血涂片可见异形（或破碎）红细胞，且伴急性肾衰竭。

八、意外伤害

(一) 急性一氧化碳中毒

关键标准：碳氧血红蛋白>20%。

(二) 急性亚硝酸盐中毒

关键标准：高铁血红蛋白>10%。

(三) 蛇咬伤

关键标准：有咬伤部位图片证据且注射蛇毒血清治疗。

九、妇科危重症

(一) 宫外孕破裂出血

关键标准：影像显示宫外孕破裂或行急诊手术。

(二) 重度子痫

关键标准：影像显示妊娠状态，伴尿蛋白阳性，且伴肌酐>170umol/L。

(三) 卵巢囊肿蒂扭转

关键标准：影像显示卵巢囊肿蒂扭转。

(四) 胎盘早剥

关键标准：影像显示胎盘早剥。

十、儿科危重症

(一) 小儿高热惊厥

关键标准：体温>39℃且应用以下任意一种药物，地西洋；苯巴比妥；水合氯醛；丙戊酸。

(二) 急性睾丸扭转

关键标准：影像显示睾丸扭转。

十一、耳鼻喉科危重症

(一) 急性喉炎/会厌炎

关键标准：影像或内镜证实。

十二、传染性疾病

关键标准：甲类传染病及按甲类管理的乙类传染病，包括鼠疫，霍乱，新型冠状病毒肺炎，炭疽，人感染高致病性禽流感，传染性非典型肺炎。

抄送：辽宁省医疗保障事务服务中心

辽宁省医疗保障局办公室

2022年10月27日印发
