

乌海市医疗保障局 文件 乌海市 财 政 局

乌医保办发〔2022〕68号

乌海市医疗保障局 财政局关于 进一步优化基本医疗保险跨省异地就医 直接结算工作的通知

各区医疗保障局、财政局：

为贯彻落实《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》精神和《内蒙古自治区医疗保障局 财政厅关于印发<内蒙古自治区基本医疗保险异地就医直接结算实施细则>的通知》（内医保发〔2022〕30号）相关要求，完善跨省异地就医直接结算办法，结合乌海市实际，现就进一步优化基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作有关事项通知如下：

一、鼓励异地就医直接结算

跨省临时外出就医人员备案后在异地定点医疗机构直接结算的，政策范围内个人先行自付比例统一调整为 10%（除可在异地结算的意外伤害范围或备案后因系统故障等特殊原因不能在异地直接结算的，经所属医保经办机构同意，可返回参保地经办机构补办备案手续后手工结算，个人先行自付比例同上）；未备案返回参保地经办机构结算的，政策范围内个人先行自付比例为 20%。

二、规范异地就医备案有效期限

跨省异地长期居住人员办理登记备案后，备案长期有效；跨省临时外出就医人员备案有效期为 6 个月，有效期内可在就医地多次就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。

三、实现无第三方责任外伤跨省异地就医直接结算

将符合就医地管理规定并确认无第三方责任的外伤医疗费用，纳入跨省异地就医直接结算范围，执行相应医保待遇政策。就医地经办机构将相关费用一并纳入核查范围。

各区医保局和各经办机构要加大政策宣传力度，充分利用现有 12345 咨询服务电话、医疗保障门户网站及各类新媒体，拓宽多种信息化服务渠道，准确解读医保惠民政策，及时回应群众关切，合理引导社会预期。

本通知自 2023 年 1 月 1 日起执行。

附件：内蒙古自治区医疗保障局 财政厅关于印发《内蒙古自治区基本医疗保险异地就医直接结算实施细则》的通知



内蒙古自治区医疗保障局 文件 内蒙古自治区财政厅

内医保发〔2022〕30号

内蒙古自治区医疗保障局 财政厅关于印发

《内蒙古自治区基本医疗保险异地就医

直接结算实施细则》的通知

各盟市医疗保障局、财政局，满洲里市、二连浩特市医疗保障局、财政局：

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）要求，现将《内蒙古自治区基本医疗保险异地就医直接结算实

施细则》印发给你们，请认真做好落实。



内蒙古自治区医疗保障局



内蒙古自治区财政厅

2022年12月20日

(此件公开发布)

内蒙古自治区基本医疗保险异地就医 直接结算实施细则

第一章 总则

第一条 为加强全区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，推动基本医疗保险区内与跨省异地就医结算业务协同联动，为人民群众提供高效、高协同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）等规定，结合自治区实际，制定本细则。

第二条 本细则所称异地就医，指以基本医疗保险盟市级统筹为基础，参保人员在参保关系所在统筹区以外的定点医药机构发生的就医、购药行为。

（一）跨省异地就医，指参保人员在自治区外的定点医药机构发生的就医、购药行为。

（二）区内异地就医，指参保人员在参保关系所在统筹区外的自治区行政区域内的定点医药机构发生的就医、购药行为。

（三）现阶段自治区行政区域内有自治区本级、12个盟市及2个计划单列市共15个医保统筹区（以下统称为“统筹区”）。统筹区内的跨县域就医、购药行为不适用本细则。

第三条 本细则所称参保地，指参保人员的参保关系所在的统筹区；就医地，指就医购药行为发生的定点医药机构所在的统筹区。

第四条 本细则所称基本医疗保险异地就医结算（以下统称为“医保异地结算”），指参保人员在统筹区以外的异地定点医药机构发生就医、购药行为而产生的备案、就医购药行为、医保待遇支付结算等全流程服务。

（一）医保异地直接结算，指参保人员在异地定点医药机构完成就医、购药行为后，依托国家和内蒙古自治区医疗保障信息平台异地就医、业务管理、支付方式等应用子系统（以下统称为“医保信息平台”）在定点医药机构端完成医保待遇报销结算的行为，参保人员仅需按规定支付个人自付费用。属于医保异地直接结算政策范围内的，应优先采取联网直接结算方式。

（二）医保异地零星结算，指参保人员在异地定点医药机构完成就医购药行为且由个人全额支付医疗费用后，按参保地规定向参保地医保部门申请医保待遇报销结算的行为。

第五条 本细则所称基本医疗保险，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“居民医保”）。

（一）职工大额医疗费用补助、城乡居民大病保险待遇支付结算，按本细则管理。

（二）医疗救助、公务员医疗补助等待遇支付结算，参照本

细则管理。

第六条 医保异地就医结算工作实行统一管理、分级负责、协同经办原则。

(一) 自治区医保部门，承担全国异地就医结算业务流程、标准规范在自治区内的组织实施；承担医保跨省异地就医资金预付、结算、对账、费用清分等工作，指导协调各统筹区完成跨省异地业务协同、争议处理；承担拟定并组织实施区内异地就医结算业务流程、标准规范，区内异地就医结算数据管理与应用，区内异地业务协同、争议处理等工作；承担异地就医自治区级资金预付、结算、对账、费用清分等工作。

(二) 各盟市医保部门，负责落实国家和自治区异地就医结算经办细则，承办本统筹区医保异地就医资金预付、结算、对账、费用清分等工作，承办本统筹区参保人员的异地就医结算数据管理与应用，负责本统筹区参保人员的异地就医业务协同、争议处理等工作；负责本统筹区定点医药机构异地就医行为规范及基金监管，指导并细化本统筹区各级医保部门承办异地就医经办工作。

第七条 各级财政部门会同医保部门按规定及时划拨医保异地就医预付金和清算资金，合理安排医保部门的工作经费，加强与医保部门对账管理，确保账账相符、账款相符。

第八条 支持医保电子凭证、社会保障卡等国家规定的介质作为医保异地就医结算的有效凭证。

第二章 范围对象

第九条 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长期在参保省外工作、居住、生活的人员。

(二)临时外出就医人员,包括异地转诊就医人员,因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他跨省临时外出就医人员。

第三章 登记备案

第十条 自治区内异地就医、跨省门诊就医、跨省药店购药等直接结算,参保人员无需办理异地就医备案。

第十一条 跨省异地住院就医需要办理异地就医备案,参保人员可通过线上、线下多种渠道申请办理登记备案服务。

(一)可携带有效身份证明到参保地医保部门大厅窗口办理,当场受理、即时办结。

(二)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、“蒙速办”APP、内蒙古医疗保障APP、内蒙古自治区公共服务网上服务大厅等线上渠道,办理自

助备案服务，即时办理、即时生效。

（三）异地就医备案实行承诺制，参保人员在申请异地就医备案时无需提供身份证明材料以外的任何材料。各统筹区不得以增设备案证明资料、改变备案流程等方式设置参保人员申请异地就医备案障碍。

第十二条 根据跨省异地就医登记备案申请的范围对象，设定不同的备案有效期限。

（一）跨省异地长期居住人员可自行设定备案有效期，备案有效期不得短于3个月，未设定备案结束时间的备案长期有效。采取承诺制生效的备案超过3个月后可进行变更，未满3个月须在补充相关材料后方可变更备案，再次备案不设时间间隔。

相关材料内容：

1. 异地安置退休人员提供备案人在就医地的异地安置认定材料；
2. 异地长期居住人员提供备案人在就医地的居住证明材料；
3. 常驻异地工作人员提供用人单位出具的在就医地的异地工作证明材料。

（二）跨省临时外出就医人员可自行设定不少于6个月的备案有效期。

第十三条 规范跨省异地就医备案登记的就医地管理。

（一）参保人员申请跨省异地就医结算的备案就医地（统称为“就医地”）原则上以国家医疗保障信息平台-异地就医-统计

查询-业务查询-定点医疗机构查询中定点医药机构归属地为准。执行中国另有规定的，从其规定。

(二) 参保人员可在就医地所有开通门急诊、住院或门诊慢特病就医、购药等相应直接结算权限的定点医药机构就医购药，并享受相应的医保异地就医结算服务。参保地不得对参保人员在就医地就医购药时作出限制定点医药机构级别、数量或范围等规定。

第十四条 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结算服务。备案有效期内已办理入院手续的，无论出院时间是否在备案有效期内，均可正常直接结算相应医疗费用。

第十五条 参保人员在就医地出院结算前可按规定申请补办备案登记手续，异地联网定点医药机构应按规定提供直接结算服务。参保人员异地出院自费结算后可向参保地提出医保零星报销申请，受理机构按规定为其补办跨省临时外出就医备案手续，按照参保地跨省转诊转院待遇政策支付。参保人员在就医地非异地定点医药机构发生的医疗费用，按参保地规定执行。

第四章 待遇管理

第十六条 异地就医结算分类执行医保目录、待遇政策、监

督管理等方面政策规定，其中：跨省和区内异地就医直接结算，均执行“就医地目录、参保地政策、就医地管理”规定；跨省和区内异地就医零星结算均执行“参保地目录、参保地政策、就医地管理”规定。

（一）医保目录，指基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等三大目录，包括规范名称、编码、甲乙丙类型等。执行医保目录，指执行就医地或参保地医保目录支付属性，包括医保支付比、个人自付比等目录支付政策。

（二）参保地政策，指参保人员所属统筹区的医保待遇报销政策，包括起付标准、支付比例、最高支付限额及门诊慢特病病种范围等待遇支付政策。

（三）就医地管理，指参保人员在异地定点医药机构发生的就医、购药行为，按规定纳入就医地属地管理。呼和浩特市不作為就医地，呼和浩特市定点医药机构的“就医地”为内蒙古自治区本级。

第十七条 跨省临时外出就医人员可低于参保地相同级别医疗机构报销水平。各统筹区可根据当地经济发展、基金运行等综合因素设置支付比例降幅。原则上，异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例的降幅不超过10个百分点，非急诊且未备案的其他跨省临时外出就医人员支付比例的降幅不超过20个百分点。

第十八条 跨省异地长期居住人员在备案有效期内确需回

参保地就医的，无需取消现有备案即可在参保地就医，执行参保地跨省临时外出就医人员的待遇政策。跨省异地长期居住人员符合转外就医规定的，可申请跨省临时外出就医人员备案，执行参保地跨省临时外出就医人员的待遇政策。

第五章 就医管理

第十九条 按属地管理、应纳尽纳的原则，各统筹区医保部门要将具备条件的定点医药机构纳入异地就医联网结算范围，按规定将联网定点医药机构基础信息、协议状态、服务范围等信息全面、及时、精准维护至国家和自治区医疗保障信息平台。

第二十条 各级医保部门要压实定点医药机构提供线上直接结算服务的责任，将线上直接结算率纳入本地定点协议管理考核范围，合理增加考核权重，提高本地定点医药机构的异地就医直接结算率。

第二十一条 异地联网定点医药机构应对异地就医患者进行参保身份识别，为符合规定的异地参保患者提供规范合理的诊疗服务以及方便快捷的异地就医直接结算服务，严禁为提高现金流、假以平台无法结算等为由让参保患者全额垫资结算医疗费用。

第二十二条 异地联网定点医药机构对未办理备案登记的参保人员履行提示义务，并指引帮助参保人员按规定办理有关备

案登记手续。出院结算前完成登记备案的，定点医药机构应按规定提供线上直接结算服务。异地就医直接结算完成后，异地联网定点医药机构要按规定及时全量将就医、结算等信息上传至国家和自治区医疗保障信息平台。

第二十三条 定点医药机构应就本机构就医售药执业范围、是否异地联网、联网直接结算服务的开通范围等情况以及其他应知且可能影响参保人员待遇结算的情况，对参保人员履行明确告知义务。

第二十四条 参保人员应按就医地规定选择具备资格的定点医药机构进行就医、购药，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。

第六章 预付金管理

第二十五条 自治区医保部门设立异地就医直接结算盟市级预付金，盟市级预付金来源于各统筹区提前上解的医疗保险基金，用于支付国家核定的跨省预付金及各统筹区月度清分资金。如遇不可抗力及其他特殊情况，可跨统筹区调剂使用。

第二十六条 建立预付金预警和调增机制。预付金使用率为预警指标，预付金使用率达到70%，为黄色预警。预付金使用率达到90%及以上时，为红色预警，适时启动预付金紧急调增流程。

第二十七条 医保异地就医结算资金执行“按月清分”，清

分资金从各统筹区已上解的预付金中支付。

第二十八条 每年1月底前,自治区医保部门通过国家跨省异地就医管理子系统下载《内蒙古自治区跨省异地就医预付金额度调整付款通知书》《内蒙古自治区跨省异地就医预付金额度调整收款通知书》,结合各统筹区上年度跨省异地就医直接结算资金支出情况,核定各盟市本年度应付预付金,并生成上解清单。各盟市医保部门根据清单要求完成上解工作。

第二十九条 跨省预付金、各统筹区异地就医结算资金应按照《社会保险基金财务制度》和《社会保险基金会计制度》的规定进行管理和财务核算,确保会计信息合法、真实、准确、完整。

第三十条 跨省预付金、各统筹区异地就医结算资金收付过程中发生的银行手续费、银行票据工本费由同级财政在部门预算中安排,不得在基金中列支。

第七章 医疗费用结算

第三十一条 医疗费用对账,指就医地医保部门与本地定点医药机构就门诊、住院等异地就医购药发生的医疗费用进行对账、审核、确认等行为。医疗费用结算,指就医地医保部门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医保基金费用的行为。

第三十二条 规范异地住院费用直接结算行为。

(一) 跨省异地就医出院结算时,就医地医保部门应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、自治区级医保信息平台异地就医管理子系统传输至参保地,参保地医保机构按照参保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疗机构,用于就医地定点医疗机构与参保人员进行直接结算。

(二) 区内异地就医出院结算时,就医地应通过自治区医保信息平台异地就医管理子系统,将其住院费用明细信息数据实时传输至参保地。参保地根据参保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疗机构,用于就医地定点医疗机构与参保人员进行直接结算。

(三) 参保人员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、诊断等就医信息数据及时上传,用于支持异地就医零星结算线上办理等工作。

第三十三条 规范异地门诊、购药费用直接结算。

(一) 跨省异地就医门诊结算时,就医地医保部门按照就医地支付范围和规定对每条医疗费用明细数据进行分割,经国家、自治区级医保信息平台异地就医结算系统实时传输至参保地,参保地按照参保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。

(二) 区内异地就医门诊结算、购药结算时，参照第三十二条(二)款规定执行。

(三) 参保人员因故无法直接结算的，参照第三十二条(三)款规定执行。

第三十四条 参保人员因急诊抢救异地就医的，定点医药机构办理“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”中的“急诊”标识。对“急诊”参保人员未办理异地就医备案的，视同已备案，并按规定结算相关门诊、住院医疗费用。

第三十五条 定点医疗机构应加强外伤人员异地就医结算管理，按规定做好外伤人员身份认定工作。对于符合就医地基本医疗保险支付范围，参保人员主诉无第三方责任且按规定填写《外伤无第三方责任承诺书》(见附件1)的医疗费用，定点医疗机构应结合接诊及参保人员病情等实际情况，为参保人员办理异地就医直接结算。异地定点医疗机构办理入院登记时，应按接口标准规范，通过“外伤标志”和“涉及第三方标志”两个接口，如实上传参保人员外伤就医信息。

第三十六条 异地联网定点医疗机构对参保人员住院期间确因病情需要到其他定点医药机构检查治疗或购药的，需提供《住院期间外院检查治疗或定点药店购药单》(见附件2)，加盖

定点医疗机构医疗保险办公室章。相关医疗费用纳入本次住院医疗费用异地直接结算。

第三十七条 参保人员在异地联网定点医药机构凭医保电子凭证或者社会保障卡等有效凭证就医购药，根据实际发生费用情况，结清应由个人负担的费用。应由医保基金支付的费用，由就医地医保部门与定点医药机构按医保服务协议等规定进行结算。

第三十八条 国家和自治区医保信息平台异地就医管理子系统每日自动生成日对账信息，实现参保地、就医地医保业务管理子系统、自治区异地就医管理子系统、国家异地就医管理子系统等多方对账。原则上，参保地医保部门每月3日前完成上月所有结算费用的对账审核工作；如出现对账信息不符的情况，各级医保部门应及时查明原因，必要时提请上级医保部门协调处理。

第三十九条 就医地医保部门要及时上传异地就医医疗费用直接结算明细项目数据。

（一）跨省直接结算的医疗费用明细数据，应在结算后3日内将当地业务管理子系统中明细数据，全量上传至自治区异地就医管理子系统和国家异地就医管理子系统。参保地医保部门可查询或下载异地就医结算明细数据。

（二）区内直接结算的医疗费用明细数据，实行全量实时上传。

第四十条 就医地医保部门原则上于次月20日前完成与本

地定点医药机构异地就医直接结算费用的对账确认工作，并按医保服务协议约定，足额将确认的费用拨付至定点医药机构。

第四十一条 就医地对于参保人员住院治疗过程跨自然年度的，应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。我区作为参保地时，由参保人员所在统筹区医保部门按一笔费用整体结算。我区作为就医地时，按外省参保地规定执行。

第四十二条 各统筹区要支持参保人员门诊费用异地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。对退费笔次发生后其它结算笔次发生的医保结算费用，不再追溯。

第四十三条 异地就医发生的医疗费用由就医地医保部门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。

第八章 医保资金清算

第四十四条 医保资金清算是指自治区医保部门与区外省级医保部门之间、自治区医保部门与各盟市医保部门之间，审核确定异地就医医疗费用及医保基金支付的应收（付）额度，以及按规划划拨医保基金的过程。

第四十五条 清算申报。异地联网定点医药机构应根据对账完成的医疗费用及医保资金数据,通过自治区医保信息平台异地就医管理子系统申报当期(含上月及之前月份未清算的数据)医保资金清算费用。

第四十六条 经办审核。定点医药机构提出清算费用申报后,就医地医保部门应及时对本地定点医药机构提出的异地就医费用清算申请,按就医地有关规定进行审核;对不符合医保支付规定的费用按规定进行扣除,并及时告知定点医药机构,经审核并应扣款的费用纳入之后的费用清算。

定点医药机构对审核扣款结果有异议在清算前与就医地医保部门达成一致的,将达成一致的结果纳入本期费用清算;尚未达成一致的,延期纳入下一期费用清算时一并申报。

就医地医保部门应在次月清算前将本地异地就医医疗费用及医保资金清算结果上报至自治区医保部门。

第四十七条 清算确认。

(一)跨省异地定点医药机构费用清算。自治区医保部门应于次月26日前在自治区医保信息平台异地就医子系统生成当期清算数据。各盟市医保部门应于次月26日前完成当期清算数据的确认工作。

(二)区内异地定点医药机构费用清算。各盟市医保部门按时完成当期定点医药机构结算对账,核对无误后在自治区医保信息平台异地就医管理子系统申报当期清算费用。在系统生成当期

定点医药机构费用清算数据后，各盟市医保部门在自治区异地就医管理子系统“区内费用清算”模块进行清算数据确认，生成当期清算报表。

（三）参保地医保部门在每月 25 日前通过国家和自治区医保信息平台异地就医管理子系统查询上述清算信息并完成信息确认工作。

第四十八条 资金拨付。

（一）跨省资金拨付。自治区医保部门通过国家异地就医管理子系统下载《内蒙古自治区跨省异地就医费用付款通知书》《内蒙古自治区跨省异地就医费用收款通知书》后，及时提交同级财政部门，财政部门在确认跨省异地就医资金全部缴入自治区级财政专户，对医保部门提交的清算单和用款申请计划审核无误后在次月清算前向就医地省级财政部门划拨资金。自治区财政部门在完成清算资金拨付、收款后，及时将划拨及收款信息反馈到自治区医保部门，自治区医保部门向国家医保部门反馈到账信息。原则上，当期清算资金应于下期清算前完成拨付。

自治区医保部门通过国家跨省异地就医管理子系统下载付款通知书，在自治区医疗保障信息平台异地就医子系统生成跨省清算付款单。自治区医保部门使用各统筹区上解的预付金支付跨省异地就医的医保基金支出费用。

（二）区内资金拨付。自治区医保部门按照生成的区内清算付款单，使用各统筹区提前上解的盟市级预付金支付区内异地就

医的医保基金支出费用。

第四十九条 原则上,当月跨省异地就医直接结算费用应于次月 20 日前完成申报并纳入清算,清算延期最长不超过 2 个月。当年跨省异地就医直接结算费用,最晚应于次年第一季度清算完毕。

第五十条 就医省需返还参保省资金列入当期就医省跨省异地就医费用付款通知书中,并在对应参保省名称旁加注“*”。参保省应收就医省返还资金列入当期参保省跨省异地就医费用收款通知书中,并在对应就医省名称旁加注“*”。

第九章 监管检查

第五十一条 异地就医医疗服务实行就医地管理。就医地医保部门要将医保异地就医结算工作纳入本地定点医药机构协议管理范围,细化和完善协议条款,保障参保人员权益。

第五十二条 就医地医保部门应履行日常稽核审核等监管检查责任,对查实的违约行为按医保服务协议予以处理。发现欺诈骗保等违法违规行为线索,应按程序报请本地医保行政部门或其授权部门处理,将经查实的重大违法违规情况上报上级医保部门。

第五十三条 参保地医保部门在日常管理过程中发现本地参保人员在异地就医行为存在违法违规问题、以及该参保人员异

地就医的定点机构存在违法违规违约问题线索时,按规定及时将问题线索移交就医地处理。

第五十四条 就医地医保部门对定点医药机构违规违约行为涉及的医疗费用不予支付医保基金;清算期已经支付的医保资金在下一期清算时予以扣除。审核扣款医保资金按原渠道返回参保地账户,由参保地医保部门按规定纳入相应的医保资金管理。

第五十五条 就医地医保部门对本地定点医药机构异地就医结算行为违反医保协议约定形成的违约金,由就医地医保部门按规定处理。

第五十六条 就医地医保部门对本地定点医药机构异地就医结算行为违反法律法规而作出的罚款,由就医地按规定处理。

第五十七条 自治区医保部门应做好上述审核扣款等渠道形成的应返还医保资金的分解、划拨等工作。

第五十八条 各级医保部门应组织日常检查、专项检查等方式开展异地就医结算监管审核工作,将就医地落实异地就医费用监管审核管理责任情况纳入经办机构规范建设考评指标,纳入基金监管、行风评价等工作进行考核。

第五十九条 自治区医保部门应建立健全自治区本级异地联网定点医疗机构结算费用定期考核机制、通报机制、监控机制、预警机制,编制全区异地就医结算情况分析报告。各盟市医保部门应加强本地异地就医结算费用考核,加强异地就医结算费用运行监控,健全异地就医结算资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，以及次均药品费、材料费、检查化验费等“三费”物耗性医疗费用涨幅等重点指标进行跟踪监测，定期编报本地异地就医直接结算运行分析报告。

第十章 业务协同

第六十条 异地就医业务协同，是指参保人员在异地就医结算全过程中，涉及参保地医保部门、就医地医保部门及其定点医药机构双方或多方之间的业务协同联动工作。主要包括：日常工作协同、疑似违规费用协查、平台故障类问题协助。

第六十一条 异地就医业务协同工作实行统一管理、分级负责。各级医保部门可依托异地就医管理子系统业务协同管理模块等渠道做好异地就医协同业务需求发起、响应、处置等工作。

（一）自治区医保部门负责落实、协助各统筹区完成跨省异地就医业务协同管理工作；统一组织、协调区内异地就医业务协同管理工作。

（二）各盟市医保部门负责落实异地就医业务协同管理工作。

第六十二条 日常工作协同，主要包括异地就医备案审核、补办备案、政策咨询等日常工作，需要对方给予帮助的协同事项。协同提出方可通过电话、工作群或文书函件等方式提出。协同相对方积极协同处理并给予回复，其中：备案类、疫情类协同需求，

需在2个工作日内回复；其他类日常协同需求，回复时间最长不超过10个工作日。

第六十三条 疑似违规费用协查，指参保地医保部门在日常管理过程中，发现本地参保人员及就医地定点机构的异地就医住院医疗费用达到一定额度且疑似违规的情况，依托国家和自治区异地就医管理子系统，按规定提请就医地医保部门协查的行为。其中：提请跨省协查的，一次性跨省住院医疗总费用至少应达到3万元额度；提请自治区内协查的，一次性区内异地住院医疗总费用至少应达到2万元额度。

（一）参保地医保部门申请疑似违规费用协查时，需精确完整提交待协查参保人员的身份证号码、姓名、性别、医疗服务机构名称、住院号、发票号码、入院日期、出院日期、费用总额等必要信息。

（二）异地就医管理子系统于每月26日0时生成并发布上月26日至本月25日异地就医协查申请汇总表，已生成的协查申请汇总表原则上不予修改或删除。

（三）就医地医保部门应在次月26日前完成协查工作，并将协查结果上传异地就医管理子系统。协查结果分为“核查无误”和“核查有误”。如属于“核查有误”的，需按规定填写具体原因；未填写原因的，不得上传“核查有误”。

1. 就医地医保部门遇特殊情况确需延期办理的，自动记录至下一期协查结果反馈，并计入本期协查完成情况统计监测，其中

对区内异地就医协查办理无故逾期的，作“核查无误”结果处理，由此应承担的医保资金由就医地根据责任确定由本地医保资金或定点医药机构承担。

2. 因参保地医保部门协查申请信息不全、不精准的，就医地医保部门应及时告知参保地申请人，在5日内且在协查完成时限日止尚未全面精准补充协查信息的，就医地医保部门按“核查有误”上传，参保地不得在下一期再次提出协查申请。

（四）参保地医保部门收到就医地返回的协查结果后，5个工作日内在异地就医管理子系统上进行确认。对返回协查结果存在异议的，应及时与就医地医保部门进行沟通处理。

第六十四条 平台故障类问题协助，指参保人员在异地定点医药机构就医购药过程中，遇到医保信息平台、联网定点医药机构HIS、云药店系统、网络等故障或医保电子凭证、社会保障卡等过期损坏等情形导致无法线上直接结算的问题，提请有关方面协助进行处理的过程。

（一）平台故障类问题协助，一般由就医地医保部门或定点医药机构可通过国家和自治区异地就医管理子系统、电话、工作群等高效协同渠道提出协助申请。相关方收到协助需求后应在1个工作日内回复，并根据问题轻重缓急积极协助处理。

（二）异地就医管理子系统提出的协助申请，协助相关方应系统中及时进行回复，且各方应在系统中及时进行协助结果确认。

第六十五条 异地就医业务协同遵循第一响应人责任制。各级医保部门接收业务协同申请后即为首响应人，收到的工作人员应落实首问负责制。属于自身权责范围内的事项，由首问工作人员按规定进行处理；不属于自身权责范围的事项，应按分工规定提交有关人员处理。

第六十六条 各级医保部门可通过国家和自治区医保信息平台异地就医管理子系统发布停机公告、医保政策等重要信息。

第六十七条 强化异地就医医保费用直接结算，探索异地就医医保费用零星报销线上办理。

第十一章 附 则

第六十八条 各盟市医保部门可根据本细则制定本地有关政策，确保与国家和自治区规定政策举措相衔接。拟制定新的异地就医经办措施，应在签发前向自治区医保部门报备审核。

第六十九条 异地就医业务档案由参保地医保和就医地医保部门按其办理的业务分别保管。

第七十条 本细则由自治区医疗保障局负责解释。自2023年1月1日起施行，《关于印发〈内蒙古自治区基本医疗保险异地就医管理办法〉的通知》（内医保发〔2020〕22号）同步废止。

附件：1. 外伤无第三方责任承诺书

2. 住院期间外院检查治疗或定点药店购药单

附件 1

外伤无第三方责任承诺书

承诺人		联系电话	
证件类型		证件号码	
承诺事项	外伤无第三方责任		
承诺内容： 本人同意授权_____医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均真实合法，符合办理业务条件，如伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的，本人愿意承担一切后果；同意_____医保经办机构将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系，并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下： 本人于_____年_____月_____日_____时在_____（地点）发生_____（外伤经过）。现承诺本次意外受伤与第三方责任或工伤责任无关，如与第三方责任或工伤责任有关，则将已享受的医保待遇全额退回医保，并承担相应的法律责任。 温馨提示： 1. 反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。 2. 此表可现场填写，由承诺人本人手写签名，患者本人无法签字的由其近亲属代签，并填写身份证号码和联系方式。 承诺人（签名）： 日期：_____年_____月_____日			

附件 2

住院期间外院检查治疗或定点药店购药单

姓名_____ 性别_____ 年龄_____ 科别_____

证件类型_____ 证件号码_____

诊断_____

外检定点医院或外购定点药店名称：_____

外检项目或外购药品：_____

外检或外购药原因：_____

医师签字：

定点医疗机构医疗保险办公室盖章

日期： 年 月 日

内蒙古自治区医疗保障局办公室

2022 年 12 月 20 日印发