

广东省医疗保障局文件 广东省财政厅文件

粤医保发〔2021〕11号

广东省医疗保障局 广东省财政厅 关于做好门诊医疗费用跨省直接 结算工作的通知

各地级以上市医疗保障局、财政局：

根据国家医疗保障局 财政部《关于推进门诊费用跨省直接结算试点工作的通知》（医保发〔2020〕40号）精神，为优化我省门诊跨省异地就医服务，今年2月26日，国家医疗保障局开通了我省门诊医疗费用跨省直接结算服务。现就有关事项通知如下：

一、提高政治站位，加强组织领导

为参保人员提供方便快捷的门诊费用跨省异地就医直接结算服务，是增强公平性、适应流动性，保障人民群众基本医疗

保险权益的重要举措，体现了以人民为中心的发展理念。各市要提高政治站位，加强组织领导，积极完善沟通协调机制，平稳有序推进门诊医疗费用跨省直接结算工作。

二、统一规范管理，积极稳妥推进

各市要结合《广东省医保局 广东省财政厅关于全面开展省内异地就医门诊医疗费用直接结算工作的通知》（粤医保规〔2020〕7号）精神，加快制定异地就医门诊医疗费用直接结算政策；结合国家医疗保障信息平台上线情况，同步推进跨省和省内异地就医门诊医疗费用直接结算工作。按照《门诊费用跨省直接结算经办规程》（试行）开展门诊医疗费用跨省直接结算经办服务工作。

按照医保发〔2020〕40号文“成熟一个、纳入一个”的原则，推进门诊医疗费用跨省直接结算工作。门诊跨省异地就医直接结算测试流程及开通方式见附件1，地市测试完成后，填写附件1中的《跨省异地就医门诊直接结算地市上线申请表》，加盖公章报送省医保中心，由省医保中心验收审核通过后，报送国家医疗保障局，待国家医疗保障局确认后，予以开通跨省异地就医门诊直接结算服务。

三、强化责任担当，保障工作落实

各市要根据职能分工，加强协作配合，合力推动跨省异地就医门诊费用直接结算工作开展。各市医疗保障部门要将跨省异地就医门诊费用直接结算纳入近期重点工作，统筹谋划、精心组织、协调推进，确保按时完成工作任务。各级财政部门要会同医疗保障部门，按规定及时划拨跨省异地就医预付金和清

算资金，合理安排经办机构工作经费。各级医保经办机构要切实加强基金对账管理，确保账账相符、账实相符。

请各市医疗保障局于3月29日前将此项工作的联系人的姓名、职务及联系方式报送至政务邮箱：ybj_sybzx@gd.gov.cn。并从发文起至各市开通门诊费用跨省和省内异地就医直接结算为止，每月的15和30日向省医保局报送进展情况。

- 附件：1.国家医疗保障局 财政部关于推进门诊费用跨省直接结算试点工作的通知
2.跨省异地就医门诊医疗费用直接结算测试上线流程



(省医保中心 联系人：向妮娅，联系电话：020-83260313

省财政厅 联系人：朱胜亚，联系电话：020-83170602)

国家医保局 财政部 文件

医保发〔2020〕40号

国家医保局 财政部 关于推进门诊费用跨省直接结算试点工作的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局、财政厅（局）：

为贯彻落实党的十九届四中全会精神，按照《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》和2020年《政府工作报告》要求，加快落实异地就医结算制度，稳妥有序推进门诊费用跨省直接结算试点工作，决定在京津冀、长三角、西南5省（重庆、四川、贵州、云南、西藏）12个试点省（区、市）的基础上，稳步扩大试点地区、定点医药机构覆盖范围和门诊结算范

围。现将有关事项通知如下：

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，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中全会精神，坚持以人民为中心的发展思想，积极稳妥有序探索基本医疗保险门诊费用跨省直接结算实现路径，提供优质、高效、便捷的医疗费用结算服务，进一步提升人民群众的幸福感和获得感。

（二）主要目标。2020 年底前，总结京津冀、长三角、西南 5 省等先行试点地区可复制可推广的试点经验，依托国家医保局跨省异地就医管理子系统（以下简称国家异地就医管理系统）进一步扩大门诊费用跨省直接结算试点范围，探索全国统一的门诊费用跨省直接结算制度体系、运行机制和实现路径。

二、基本原则

（一）顶层设计，分类指导。在试点探索的基础上，统一全国门诊费用跨省直接结算试点政策和经办规程。结合医保平台标准化和信息化建设，完善国家异地就医管理系统，分类指导 12 个试点省（区、市）接入国家异地就医管理系统，进一步扩大试点统筹地区、试点医药机构和直接结算范围。

（二）循序渐进，远近结合。坚持先省内后跨省、先普通门诊后门诊慢特病，结合各地信息平台建设实际情况和全国统一信

息平台建设要求，优先联通就医地集中、参与意愿高的地区，成熟一个、纳入一个，稳步推进门诊费用跨省直接结算试点工作。

（三）有序就医，统一管理。坚持分级诊疗制度，引导参保人员有序就医。坚持基本医疗保险异地就医政策、流程、结算方式基本稳定，统一将异地就医纳入就医地经办机构与定点医疗机构的谈判协商、总额控制、智能监控、医保医师管理、医疗服务质量监督等各项管理服务范围。

三、试点范围及条件

北京、天津、河北、上海、江苏、浙江、安徽、重庆、四川、贵州、云南、西藏 12 个省（区、市）为门诊费用跨省直接结算试点地区。同时，具备以下条件的省可以申请国家试点：

（一）省级人民政府高度重视和支持门诊费用跨省直接结算工作，医保部门和财政部门通力合作，跨省异地就医住院直接结算和清算工作开展较好。省级医疗保障行政部门有能力承担国家试点任务，牵头制定本地配套政策，并统筹推进试点；省级医疗保障经办机构具备较强的组织能力和管理服务能力。

（二）全省门诊统筹政策标准、管理服务、信息系统相对统一，已基本实现省内门诊费用直接结算。具备统一的线上备案服务渠道，备案服务方便快捷。

（三）能够按照国家试点任务和时间进度，高质量完成门诊费用跨省直接结算接口改造（接口标准另行下发）。

四、试点内容

(一) 统一异地就医转出流程。按照全国统一的《门诊费用跨省直接结算经办规程》(试行)》开展门诊费用跨省直接结算试点工作。已办理基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算备案人员同步开通门诊费用直接结算服务,无需另外备案。其他有异地门诊就医需求的人员按照参保地异地就医管理要求办理异地就医备案,参保地可提供线上自助开通异地就医备案服务。参保人在备案的就医地选择开通跨省异地就医直接结算服务的定点医疗机构就诊。

(二) 规范异地就医结算流程和待遇政策。参保人员门诊费用跨省直接结算时,就医地经办机构按照就医地支付范围和规定对每条费用明细进行费用分割,经国家、省异地就医结算系统实时传输至参保地,按照参保地政策规定计算出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。

跨省异地就医人员直接结算的门诊费用,原则上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的支付范围)。基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等报销政策执行参保地规定。

(三) 门诊慢特病资格认定和医保管理服务。门诊慢特病费用跨省直接结算从高血压、糖尿病等涉及人群较多、地方普遍开

展的门诊慢特病起步，逐步扩大到其他门诊慢特病病种。国家医保局负责制定全国统一的病种名称和病种编码。参保地经办机构负责门诊慢特病资格认证、人员备案信息管理。就医地经办机构负责医保管理和服務，完善定点医药机构医保协议，指导就医地定点医疗机构做好门诊慢特病跨省异地就医患者的结算服务，提供与本地参保患者一样的管理服务。

（四）切实加强就医地监管。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、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相同标准的服务和管理，并在与定点医药机构协议管理中予以明确。就医地经办机构要加强业务协同管理，严厉打击医保欺诈行为，及时将异地就医人员的违法违规行为通报至参保地经办机构。

（五）强化异地就医资金管理。门诊费用跨省直接结算医保基金支付部分实行先预付后清算。预付金原则上来源于参保地医疗保险基金。门诊费用跨省直接结算预付金和清算资金管理参照跨省异地就医住院医疗费用直接结算管理流程。

（六）打造便民高效的异地就医结算服务。有条件的试点地区可以结合门诊费用跨省直接结算试点工作，同步推进自助开通异地就医结算服务和凭医保电子凭证实现就医、购药等便捷服务，积极促进医保疾病诊断和手术操作分类与代码、医疗服务项目、医保药品分类与代码和医保门诊慢特病病种等信息业务编码

标准落地应用。

五、工作要求

（一）强化组织领导。各级医疗保障部门要高度重视门诊费用跨省直接结算试点工作，按要求统一管理、分级负责。地方各级财政部门要会同医疗保障部门，按规定及时划拨跨省异地就医预付金和清算资金，合理安排经办机构工作经费，加强与经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符。

（二）稳妥有序扩大试点范围。京津冀、长三角、西南5省统一接入国家异地就医管理系统后，应根据本地实际，进一步扩大试点统筹地区和定点医药机构覆盖范围。10月10日前，其他有条件有意愿的省可向国家医保局报送试点申请，11月底前完成系统改造，12月底前经国家医保局验收后试运行。

（三）及时总结试点经验。试点省医疗保障局要及时掌握和跟踪试点实施和运行情况，针对存在的问题及时完善相关政策措施，按季度开展试点自评，并将自评报告报送国家医保局。国家医保局将会同财政部对各地试点工作开展情况进行调研，总结经验，不断完善试点政策。

（四）做好宣传引导。试点地区要通过网络、报刊、电视、广播等新媒体和传统媒体广泛宣传相关工作措施和取得的成效，加强分级诊疗、有序就医的宣传力度，合理引导社会预期，增进参保群众对试点工作的了解和支持，及时回应群众关切，为顺利推进试点工作营造良好的舆论环境。

附件：门诊费用跨省直接结算经办规程（试行）



（主动公开）

附件

门诊费用跨省直接结算经办规程（试行）

第一章 总 则

第一条 为进一步满足基本医疗保险参保人员（以下简称参保人员）门诊费用跨省直接结算需求，规范门诊费用跨省直接结算流程，制定本规程。

第二条 本规程所称跨省异地就医是指参保人员在省（区、市）外定点医药机构的门诊就医、药店购药行为。鼓励有条件的地区将参保人在跨省异地就医定点药店购药的费用纳入直接结算范围。

第三条 本规程适用于参保人员跨省异地门诊费用直接结算经办管理服务工作。

第四条 门诊费用跨省直接结算工作实行统一管理、分级负责。国家医疗保障经办机构负责统一组织、指导协调省际间异地就医管理服务工作。省级医疗保障经办机构负责完善省级异地就医结算管理功能，统一组织协调并实施跨省异地就医管理服务工作。各统筹地区医疗保障经办机构按国家和省级要求做好跨省异地就医经办工作。地方各级财政部门要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，合理安排经办机构工

作经费，加强与经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符。

第五条 门诊费用跨省直接结算医保基金支付部分实行先预付后清算，门诊费用预付金并入跨省异地住院费用预付金统一测算及管理。预付金原则上来源于参保地医疗保险基金。

第二章 范围对象

第六条 按规定参加基本医疗保险的下列人员中符合参保地规定的异地门诊就医及药店购药人员，可以申请办理门诊费用跨省直接结算。

（一）异地安置退休人员：指退休后在异地定居并且户籍迁入定居地的人员。

（二）异地长期居住人员：指在异地居住生活且符合参保地有关规定的人员。

（三）常驻异地工作人员：指用人单位派驻异地工作且符合参保地有关规定的人员。

（四）转诊转院人员：指符合参保地转诊转院规定的人员。

（五）其他人员：指符合参保地规定的异地门诊就医及药店购药人员。

第三章 备案管理

第七条 已办理跨省异地就医住院费用直接结算备案的参保

人员，可同步开通跨省异地就医普通门诊直接结算服务，无需再重新办理备案，在备案的就医省或地市选择开通跨省异地就医直接结算服务的定点医疗机构就诊。

第八条 参保人员跨省异地门诊慢特病就医须向参保地经办机构办理异地就医备案手续。

第九条 其他情形的备案按照参保地异地就医管理政策办理。

第十条 跨省异地就医备案人员信息变更。

（一）已完成跨省异地就医备案的人员，若异地居住地、定点医药机构、联系电话等信息发生变更，可以直接向参保地经办机构申请变更，并经其审核确认。

（二）异地就医人员的待遇享受状况变更，如暂停、恢复、终止等，参保地经办机构必须及时办理。

第十一条 参保地经办机构可为参保人提供自助异地就医备案服务，实时上传跨省异地就医参保人员备案信息至国家异地就医管理系统。

第四章 就医管理

第十二条 省级医疗保障经办机构应按照合理分布、分步纳入的原则，在省内异地定点医药机构范围内，选择确定跨省异地就医定点医药机构，并报国家医疗保障经办机构统一备案、统一

公布。

跨省异地就医定点医药机构发生中止、取消或新增医保服务等情形的，省级医疗保障经办机构应及时上报国家医疗保障经办机构，由国家医疗保障经办机构统一公布。

第十三条 异地就医人员应在就医地已开通跨省异地就医直接结算的定点医药机构凭医保电子凭证、居民身份证或者社会保障卡就医、购药，遵守就医地定点医药机构就医、购药流程和服务规范。

第十四条 就医地经办机构应要求定点医药机构对异地就医患者进行身份识别，确认相关信息，为异地参保患者提供与本地医保患者一样的诊疗和结算服务，实时上传就诊和结算信息。就医地经办机构负责门诊费用具体审核。

第十五条 门诊慢特病病种执行国家医疗保障局下发的统一病种名称和编码。

第五章 门诊费用结算

第十六条 门诊费用结算是指就医地经办机构按协议或有关规定向定点医药机构支付费用的行为。

跨省异地就医人员直接结算的门诊费用，原则上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的支付范围）。基本医疗保险基金起付标准、支付

比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等报销政策执行参保地规定。

第十七条 参保人员门诊费用跨省直接结算时，就医地经办机构按照就医地支付范围和规定对每条费用明细进行费用分割，经国家、省异地就医结算系统实时传输至参保地，按照参保地政策规定计算出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。

第十八条 参保人员门诊费用跨省直接结算时，根据定点医药机构提供的票据，结清应由个人承担的费用，属于医保基金支付的费用，由就医地经办机构与定点医药机构按协议支付。

第十九条 门诊费用对账是指就医地经办机构与定点医药机构就门诊费用确认医保基金支付金额的行为。国家异地就医管理系统每日自动生成日对账信息，实现参保地、就医地省级异地就医结算系统和国家异地就医管理系统的三方对账，做到数据相符。如出现对账信息不符的情况，省级医疗保障经办机构应及时查明原因，必要时提请国家医疗保障经办机构协调处理。

第二十条 就医地经办机构应当在次月 20 日前完成与异地定点医药机构对账确认工作，并按协议约定，按时将确认的费用拨付给医药机构。

第二十一条 就医地经办机构负责结算在本辖区发生的异地就医医疗费用。其中，同属省本级和省会城市的定点医药机构，其费用原则上由就医地省本级经办机构负责结算，省本级不具备

经办条件的，可由就医地省会城市负责结算；同属地市级和县（市、区）的定点医药机构，其费用原则上由就医地地市级经办机构负责结算。

第六章 门诊费用跨省清算

第二十二条 门诊费用跨省清算是指省级医疗保障经办机构之间、省级医疗保障经办机构与辖区内医疗保障经办机构之间确认有关门诊费用跨省直接结算的应收或应付额，据实划拨的过程。

第二十三条 门诊费用跨省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。门诊费用跨省清算资金由参保地省级财政专户与就医地省级财政专户进行划拨。各省级医疗保障经办机构应将收到的清算单于5个工作日内提交给同级财政部门。参保地省级财政部门在确认跨省异地就医资金全部缴入省级财政专户，对经办机构提交的清算单和用款申请计划审核无误后，在10个工作日内向就医地省级财政部门划拨清算资金。就医地省级财政部门依据清算单收款。各省级财政部门在完成清算资金划拨及收款后，5个工作日内将划拨及收款信息以书面形式反馈省级医疗保障经办机构，省级医疗保障经办机构据此进行会计核算，并将划拨及收款信息及时反馈国家医疗保障经办机构。因费用审核发生的争议及纠纷，按经办规程规定妥善处理。

第二十四条 国家医疗保障经办机构于每月 21 日前，根据就医地经办机构与定点医药机构对账确认后的门诊费用，并入院统一清算，生成《____省（区、市）跨省异地就医应付医疗费用清算明细表》、《____省（区、市）跨省异地就医应收医疗费用清算明细表》、《____省（区、市）跨省异地就医职工医保基金支付明细分类表（门诊）》（附件 1）、《____省（区、市）跨省异地就医居民医保基金支付明细分类表（门诊）》（附件 2）、《____省（区、市）跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表（门诊）》（附件 3）和《____省（区、市）跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表（门诊）》（附件 4），各省级医疗保障经办机构可通过国家异地就医管理系统查询本省内各统筹区的上述清算信息，于每月 25 日前确认上述内容。

第二十五条 国家医疗保障经办机构于每月底前，确认跨省异地就医费用清算信息，并在国家异地就医管理系统发布。

第七章 稽核监督

第二十六条 异地就医医疗服务实行就医地管理。就医地经办机构要将异地就医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。

第二十七条 就医地经办机构应当建立异地就医人员的投诉渠道，及时受理投诉并将结果告知投诉人。对查实的重大违法违

规行为按协议及相关规定执行，并逐级上报国家医疗保障经办机构。

第二十八条 就医地经办机构发现异地就医人员有严重违规行为的，应暂停其直接结算，同时上报国家医疗保障经办机构协调参保地经办机构，由参保地经办机构根据相关规定进行处理。

第二十九条 就医地经办机构对定点医药机构违规行为涉及的门诊费用不予支付，已支付的违规费用予以扣除，用于冲减参保地异地就医结算费用。对定点医药机构违背服务协议规定并处以违约金的，由就医地经办机构按规定处理。

第三十条 国家医疗保障经办机构适时组织跨省异地就医联审互查，对就医地责任落实情况进行考评，协调处理因费用审核、资金拨付发生的争议及纠纷。

第三十一条 各级经办机构应加强异地就医费用稽核管理，建立异地就医结算运行监控制度，定期编报异地就医结算运行分析报告。

第八章 附则

第三十二条 省级医疗保障经办机构对门诊费用跨省直接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。

第三十三条 各地要做好门诊费用跨省直接结算相关的各环

节系统改造工作。

第三十四条 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。

第三十五条 各省级医疗保障经办机构可根据本规程，制定本地区异地就医直接结算实施细则。

第三十六条 本规程由国家医疗保障局负责解释。

第三十七条 本规程自印发之日起实施。

- 附件：1. ____省（区、市）跨省异地就医职工医保基金支付
明细表（门诊）
2. ____省（区、市）跨省异地就医居民医保基金支付
明细表（门诊）
3. ____省（区、市）跨省异地就医职工医保基金审核
扣款明细表（门诊）
4. ____省（区、市）跨省异地就医居民医保基金审核
扣款明细表（门诊）

附件 1

省(区、市)跨省异地就医职工医保基金支付明细表(门诊)

制表单位:(国家医疗保障经办机构签章) 清算月份:××××年××月 医疗类别:门诊 单位:元(保留两位小数)

地区	项目	基本医疗保险		大病补充 医疗保险	补充医疗 保险	公务员 医疗补助	伤残人员 医疗保障	医疗救助	其他	合计
		统筹基金	个人账户							
	甲栏	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	北 京									
	天 津									
	河 北									
	山 西									
	内蒙古									
	辽 宁									
	吉 林									
	黑龙江									
	上 海									
										
	合 计									

- 备注:1. 统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费
2. 个人账户归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费
3. 大病补充医疗保险归集参加职工基本医疗保险后,二次投保用于支付超过基本医疗保险基金最高支付限额以上医疗费
4. 补充医疗保险归集由经办机构管理的其他补充医疗保险基金支付的医疗费
5. 公务员医疗补助归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费
6. 伤残人员医疗保障归集二等乙级以上革命伤残军人(1—6 级残疾军人)医疗费
7. 医疗救助归集支付医疗救助对象的医疗费
8. 其他归集非以上项目医疗费

附件 2

_____省(区、市)跨省异地就医居民医保基金支付明细表(门诊)

制表单位:(国家医疗保障经办机构签章) 清算月份:××××年××月 医疗类别:门诊 单位:元(保留两位小数)

地区 \ 项目	基本医疗保险	城乡居民大病保险	医疗救助	其他	合计
甲 栏	1	2	3	4	5
北 京					
天 津					
河 北					
山 西					
内 蒙 古					
辽 宁					
吉 林					
黑 龙 江					
上 海					
.....					
合 计					

备注:1. 基本医疗保险归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费
 2. 城乡居民大病保险归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费
 3. 医疗救助归集支付医疗救助对象的医疗费
 4. 其他归集非以上项目医疗费

附件 3

省(区、市)跨省异地就医职工医保基金审核扣款明细表(门诊)

制表单位:(国家医疗保障经办机构签章) 清算月份:××××年××月 医疗类别:门诊 单位:元(保留两位小数)

地区	项目	基本医疗保险		大病补充 医疗保险	补充医疗 保险	公务员医疗 补助	伤残人员 医疗保障	医疗救助	其他	合计
		统筹基金	个人账户							
	甲栏	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	北 京									
	天 津									
	河 北									
	山 西									
	内蒙古									
	辽 宁									
	吉 林									
	黑龙江									
	上 海									
										
	合 计									

备注:1. 统筹基金归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费
2. 个人账户归集基本医疗保险个人账户支付的医疗费
3. 大病补充医疗保险归集参加职工基本医疗保险后,二次投保用于支付超过基本医疗保险基金最高支付限额以上医疗费
4. 补充医疗保险归集由经办机构管理的其他补充医疗保险基金支付的医疗费
5. 公务员医疗补助归集实施公务员医疗补助办法支付的医疗费
6. 伤残人员医疗保障归集二等乙级以上革命伤残军人(1—6 级残疾军人)医疗费
7. 医疗救助归集支付医疗救助对象的医疗费
8. 其他归集非以上项目医疗费

附件 4

____省(区、市)跨省异地就医居民医保基金审核扣款明细表(门诊)

制表单位:(国家医疗保障经办机构签章) 清算月份:××××年××月 医疗类别:门诊 单位:元(保留两位小数)

地区 \ 项目	基本医疗保险	城乡居民大病保险	医疗救助	其他	合计
甲 栏	1	2	3	4	5
北 京					
天 津					
河 北					
山 西					
内 蒙 古					
辽 宁					
吉 林					
黑 龙 江					
上 海					
.....					
合 计					

备注:1. 基本医疗保险归集属于基本医疗保险统筹基金支付的医疗费
2. 城乡居民大病保险归集属于城乡居民大病保险基金支付的医疗费
3. 医疗救助归集支付医疗救助对象的医疗费
4. 其他归集非以上项目医疗费

附件 2

跨省异地就医门诊医疗费用直接结算 测试上线流程

一、地市测试范围

本次测试有 12 个交易，分别是：1904【卡鉴权】、0211【身份识别】、7405【获取异地人员信息（非社保卡）】、7106【门诊预结算】、7107【门诊结算】、7203【门诊退费】、1301【冲正交易】、0607【提取未完成日对账信息】、0606【结算数据日对账】、6527【提取清分确认信息】、6521【提交清分确认结果】、6522【清分确认结果回退】等交易。

二、作为就医地测试标准

（一）测试流程

按完整流程依次调用 1904【卡鉴权】-0211【身份识别】-7106【门诊预结算】-7107【门诊结算】-7203【门诊退费】。省平台/参保地正常返回数据，无报错提示，则测试成功。

按完整流程依次调用 7405【获取异地人员信息（非社保卡）】-7106【门诊预结算】-7107【门诊结算】-7203【门诊退费】。省平台/参保地正常返回数据，无报错提示，则测试成功。

分别调用 1301【冲正交易】、0607【提取未完成日对账信息】、0606【结算数据日对账】、6527【提取清分确认信息】、6521【提交清分确认结果】、6522【清分确认结果回退】，省平台/参保地

正常返回数据，无报错提示，则测试成功。

（二）测试要点

7203【门诊退费】需支持重复发起退费、隔笔退费。

1301【冲正交易】需支持正负交易冲正。

0606【结算数据日对账】需支持正负交易日对账。

（三）测试数据要求

序号 统计项目 统计数据要求

- 1 1904【卡鉴权】 ≥ 2
- 2 0211【身份识别】 ≥ 2
- 3 7405【获取异地人员信息（非社保卡）】 ≥ 2
- 4 7106【门诊预结算】 ≥ 4
- 5 7107【门诊结算】 ≥ 4
- 6 7203【门诊退费】 ≥ 2
- 7 1301【冲正交易】（正交易冲正笔数） ≥ 2
- 8 1301【冲正交易】（负交易冲正笔数） ≥ 2
- 9 0607【提取未完成日对账信息】 ≥ 2
- 10 0606【结算数据日对账】（正交易日对账） ≥ 2
- 11 0606【结算数据日对账】（负交易日对账） ≥ 2
- 12 6527【提取清分确认信息】 ≥ 1
- 13 6521【提交清分确认结果】 ≥ 1
- 14 6522【清分确认结果回退】 ≥ 1

三、作为参保地测试标准

（一）测试流程

正常返回就医地发起的 0211【身份识别】、7405【获取异地人员信息（非社保卡）】、7106【门诊预结算】、7107【门诊结算】、7203【门诊退费】、1301【冲正交易】等交易回参数据，无报错提示，则测试成功。

调用 0607【提取未完成日对账信息】、0606【结算数据日对账】等交易，省平台正常返回数据，无报错提示，则测试成功。

（二）测试要点

7203【门诊退费】需支持重复发起退费、隔笔退费。

1301【冲正交易】需支持正负交易冲正。

0606【结算数据日对账】需支持正负交易日对账。

（三）测试数据要求

序号 统计项目 统计数据要求

- 1 0211【身份识别】 ≥ 2
- 2 7405【获取异地人员信息（非社保卡）】 ≥ 2
- 3 7106【门诊预结算】 ≥ 4
- 4 7107【门诊结算】 ≥ 4
- 5 7203【门诊退费】 ≥ 2
- 6 1301【冲正交易】（正交易冲正笔数） ≥ 2
- 7 1301【冲正交易】（负交易冲正笔数）
- 8 0607【提取未完成日对账信息】 ≥ 2
- 9 0606【结算数据日对账】（正交易日对账） ≥ 2

10 0606 【结算数据日对账】(负交易日对账) ≥2

四、上线流程

地市测试完成后，填写《跨省异地就医门诊直接结算地市上线申请表》(表附后)，加盖公章报送省医保中心，由省医保中心验收审核通过后，报送国家医疗保障局，待国家医疗保障局确认后，予以开通服务。

跨省异地就医门诊医疗费用直接结算 地市上线申请表

单位名称			
测试开始时间		测试完成时间	
测试意见： 例文：我市作为就医地和参保地在测试环境按照《跨省异地就医门诊医疗费用直接结算测试上线流程》的要求，已全部完成了验证测试。 我市作为就医地和参保地已具备开通跨省异地就医门诊直接结算的能力，现申请开通 XX 市作为就医地和参保地的跨省异地就医门诊直接结算服务。 地级以上市级医疗保障局（签章）： 日 期：2021 年 月 日			
测试人员签名：			
负责科室签名：			
分管局领导签名：			

公开方式：主动公开