

云南省医疗保障局关于 进一步规范省内异地就医结算工作的通知

云医保〔2021〕104号

各州、市医疗保障局，局机关各处室、直属各单位：

为妥善解决在深入开展党史学习教育，实施“局长处长科长走流程”活动中，反映出的省内异地就医结算中直接结算与手工报销适用医保目录、支付标准不够明确等问题，进一步规范省内异地就医结算工作，现将有关事项通知如下：

一、参加我省职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险的参保人（以下统称：参保人）在省内各统筹地区之间异地就医的，统一执行全省基本医疗保险药品、医用耗材目录和医疗服务项目支付范围（以下简称“医保目录”），享受参保地待遇。

二、参保人在省内异地就医所产生医疗服务项目费用，以就医地的公立医疗机构医疗服务项目政府制定最高限价作为医保最高支付标准。实际收费低于政府限价的，据实结算；实际收费高于政府限价的，超出部分由个人自费。



云南省医疗保障局行政规范性文件

三、全省上线国家医保信息系统后，各统筹地区要督促定点医疗机构上传全部住院患者（包括自费患者）医疗费用结算信息和费用明细信息。参保人在省内异地就医按自费结算的，返回参保地手工结算时，参保地医保经办机构根据医疗机构上传医保信息系统费用明细进行结算，无上传数据的，由就医地医保部门督促医疗机构补传数据。

本通知自 2021 年 12 月 1 日起执行，以往与本通知不一致的规定，按本通知执行。

云南省医疗保障局

2021 年 10 月 14 日