

# 郑州市医疗保障局文件

郑医保办〔2022〕81号

---

## 郑州市医疗保障局 关于进一步做好郑州市基本医疗保险异地就医 直接结算工作的通知

各开发区管委会医保管理部门、各区县（市）医疗保障局，市医疗保障中心、市医保基金稽核中心，有关定点医药机构：

为贯彻落实《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）、《河南省医疗保障局 河南省财政厅关于进一步做好河南省基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》（豫医保办〔2022〕48号）文件精神，使我市参保人员享受方便快捷的异地就医直接结算服务，结合我市实际，现就进一步做好基本医

疗保险（含职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险，下同）异地就医直接结算工作有关事项通知如下：

## 一、规范异地就医直接结算备案管理

**（一）明确异地就医备案人员范围。**取消我市参保人员省内异地就医备案，参保人员除可在本市定点医药机构就医购药直接结算外，也可在省内其他统筹区选择已开通住院、门诊（含门诊统筹、药店购药，下同）、门诊慢特病等异地就医直接结算服务的定点医药机构就医购药，无需备案，实现省内就医无异地。

跨省异地长期居住或临时外出就医的参保人员办理异地就医备案后可以享受异地就医直接结算服务。其中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地以外工作、居住、生活的人员；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临时外出就医人员。

**（二）规范跨省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，未申请变更备案信息或参保状态未发生变更的，备案长期有效。以证明材料办理备案的，可随时申请变更；以个人承诺形式办理备案的，备案满6个月后可变更或取消备案信息，备案时间少于6个月的，变更备案信息需提供备案类型所需证明材料。临时外出就医人员备案有效期为6个月，恶性肿瘤放化疗等可延长至12-24个月，有效期

内可在就医地多次就诊并享受直接结算服务。

**（三）允许补办跨省异地就医备案参保人员享受异地就医直接结算服务。**参保人员出院结算前补办跨省异地就医备案的，就医地联网定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用直接结算。异地就医参保人员出院自费结算后按规定补办备案手续的，可以按参保地规定申请医保手工报销。

## **二、完善异地就医直接结算政策**

**（一）统一住院、普通门诊和门诊慢特病费用直接结算基金支付政策。**省内和跨省异地就医直接结算的住院、普通门诊（含门诊统筹，下同）和门诊慢特病医疗费用，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支付范围），执行参保地规定的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有关政策。

**（二）支持跨省异地长期居住人员可以在备案地和参保地双向享受医保直接结算服务。**跨省异地长期居住人员在备案地直接结算时，基本医疗保险基金的起付标准、支付比例按照郑医保办〔2021〕99号文件表五规定的同等级医疗机构待遇标准执行。备案有效期内确需回参保地就医的，可以在参保地享受医保直接结算服务，执行我市规定的本地就医待遇标准，医保待遇不降低。异地长期居住人员符合转外就医规定的，执行我市异地转诊就医待遇标准。

跨省临时外出就医人员备案有效期内回参保地就医的，也可以在参保地享受医保直接结算服务，执行参保地规定的本地就医待遇标准。

**（三）实现无第三方责任外伤异地就医直接结算。**符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用可纳入异地就医直接结算范围，执行相应医保待遇政策。就医地经办机构应将相关费用一并纳入核查范围。

**（四）合理确定临时外出就医人员报销政策。**根据临时外出就医人员不同类型，确定待遇水平。按规定办理异地转诊备案的参保人员和异地急诊抢救人员，直接结算时不降低医保待遇，执行与我市相同级别医疗机构的起付标准和报销比例。非急诊且未转诊的其他跨省临时外出就医备案人员，住院费用直接结算时，其医保报销比例在我市相同级别医疗机构基础上职工医保降低15个百分点，居民医保降低20个百分点；按规定降低比例报销的费用不纳入大额医疗费用补助或大病保险、公务员医疗补助和医疗救助合规自付医疗费用范围。

**（五）补办异地就医备案参保人员报销政策。**参保人员出院结算前，补办跨省异地长期居住备案的，本次住院费用结算执行我市相同级别医疗机构的起付标准和报销比例；补办跨省临时外出就医备案的，本次住院费用结算参照临时外出就医人员类型确定待遇水平。

参保人员出院结算后，6个月内通过提供证明材料补办异地长期居住备案的，本次住院费用结算执行参保地规定的本地就医待遇标准；超过6个月通过提供证明材料或以个人承诺制申请补办异地长期居住备案的，自申请之日起享受异地长期居住人员待遇标准，本次住院费用结算参照非急诊且未转诊的其他跨省临时外出就医人员待遇标准；补办临时外出就医备案的，本次住院费用结算参照临时外出就医人员类型确定待遇标准。

## **（六）手工报销基金支付政策**

**1. 手工报销范围。**在省内和跨省异地就医直接结算定点医药机构发生的医疗费用，原则上均应直接结算。因以下情形发生的医疗费用，参保人员应按规定提供相关资料，到参保地医保经办机构服务窗口办理费用报销手续，经审核后按我市规定手工报销。

（1）急诊等特殊情况下在就医地非定点医疗机构发生的住院费；

（2）在就医地非异地就医直接结算定点医疗机构发生的住院费用；

（3）部分暂未实现省内异地就医直接结算的门诊慢特病及门诊特定药品费用；

（4）因就医地无相关门诊慢特病病种发生的门诊慢特病费用；

(5) 因系统故障、单位欠费等原因不能直接结算的住院、门诊慢特病及门诊特定药品费用。

除急诊外，参保人员在就医地非定点医疗机构发生的医疗费用，医保基金不予支付。

**2. 手工报销支付政策。**参保人员省内异地就医自费结算的医疗费用，回参保地医保经办机构手工报销时，视同已办理异地长期居住就医备案，参照郑医保办〔2021〕99号文件表五第2条规定的待遇标准执行。参保人员跨省异地就医自费结算的医疗费用，本次住院费用结算参照郑医保办〔2021〕99号、郑医保办〔2022〕2号有关规定执行。

### 三、其他事项

本通知自2023年1月1日起施行，此前规定与本通知不一致的，以本通知为准。我市离休人员医疗保障异地就医直接结算参照职工基本医疗保险执行。医保发〔2022〕22号、豫医保办〔2022〕48号规定的其他内容，按照国家、省有关要求抓好贯彻落实。



---

郑州市医疗保障局办公室

2022年12月29日印发

---