

黄冈市医疗保障局文件

黄医保发〔2022〕28号

黄冈市医疗保障局关于进一步提高 异地就医直接结算便捷性的通知

各县（市、区）医疗保障局、龙感湖医疗保险管理局：

为贯彻落实《省医疗保障局办公室关于进一步提高异地就医直接结算便捷性的通知》（鄂医保办〔2022〕28号）精神，进一步提高异地就医直接结算便捷性，推进异地就医服务事项就近办、便捷办等要求，现将有关工作通知如下：

一、拓宽异地就医备案渠道

（一）基本医疗保险参保人员异地就医备案包括：异地安置退休人员备案、异地长期居住人员备案、常驻异地工作人员备案、异地转诊人员备案和其他临时外出就医人员备案五种类型，办理层级扩大至省、市、县、乡镇（街道）、村（社区）五级。

（二）参保人员可在参保地县域内各乡镇（街道）政务服务中心、村（社区）便民服务中心申请办理异地就医备案，实行县

城内通办，不受户籍限制，逐步实现市域内通办。

（三）参保人员可在国家医保服务平台 APP、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序、鄂汇办 APP、湖北省政务服务网等线上渠道申请办理异地就医备案手续。鼓励各地为参保人员提供即时办理、即时生效的自助备案服务。

（四）各县（市、区）要落实异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员选择签署承诺书方式办理异地就医备案。

二、规范异地就医备案管理

（一）规范异地就医备案有效期限。异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员办理异地就医登记备案后，备案长期有效。异地转诊人员、其他临时外出就医人员办理异地就医登记备案后，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异地就医直接结算服务。

（二）允许补办异地就医备案后享受异地就医直接结算服务。参保人员在备案有效期内办理入院手续的，出院时不受备案有效期限限制，可正常直接结算相应医疗费用。参保人员出院结算前向参保地申请补办异地就医备案的，参保地应予以支持；就医地联网定点医疗机构应为出院前补办了备案手续的参保人员办理医疗费用直接结算。异地就医参保人员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（零星）报销。参保人员补办的备案有效期起始时间晚于入院时间但早于出院时间的，

视为有效备案，可正常直接结算该次住院医疗费用。

（三）方便符合条件的参保人员转诊就医。参保人员应按分级诊疗的相关规定有序就医，确因病情需要转外就医的，可通过参保地规定的定点医疗机构向统筹区外医疗机构转诊。定点医疗机构应以患者病情为出发点制定合理的诊疗方案，需要转诊时可通过不同形式安排转诊，不得将在本地住院作为开具转诊的先决条件。

三、明确异地就医结算政策

（一）合理确定异地就医人员报销政策。异地就医直接结算的住院、门诊、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，执行参保地规定的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有关政策。异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员在备案地就医报销待遇原则上与本地就医一致。参保职工经批准转诊转院到统筹区外的协议医疗机构，结算时政策内费用首先自付 10%，没有在协议医疗机构即时结算、转到非协议医疗机构的或未经批准自行转院的首先自付 20%。

（二）支持参保人员在备案地和参保地双向享受医保待遇。参保人员办理异地就医备案后，在备案有效期内确需回参保地就医的，无需撤销备案，可以在参保地享受医保结算服务，医保待遇与在本地就医一致。

（三）支持门诊和购药费用异地就医直接结算。允许职工医

保参保人在异地就医定点医药机构使用个人账户直接结算；允许参保人在异地就医定点医疗机构使用统筹基金直接结算普通门诊费用，不得限制异地就医定点医疗机构级别和数量。

（四）支持门诊慢特病费用异地直接结算。2022 年底前，各地要实现高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗门慢特病费用跨省直接结算，实现本统筹区全部门诊慢特病病种费用省内异地就医直接结算。

我市门诊慢特病定点医药机构实行全省各统筹区互认。进一步加强门诊慢特病、城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障工作，取消按月、按日、按次确定门诊慢特病及城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障支付限额或定额标准的做法。

四、扩大异地就医定点医药机构覆盖面

我市二级及以上医疗机构及县（市、区）人民医院、中医院、妇幼保健院全部纳入异地就医定点医疗机构范围；我市门诊慢特病定点医药机构全部纳入异地就医直接结算范围。鼓励将乡镇卫生院、社区卫生服务中心、中心村卫生室等基层医疗机构纳入异地就医直接结算范围。

五、加快推进信息系统改造

（一）完成湖北省医疗保障信息平台与湖北省政务服务一体化平台深度对接，升级改造信息系统，支持异地就医备案承诺制模式，支持在乡镇（街道）行政服务中心、村（社区）便民服务中心办理异地就医备案，实现就近办、自助办、一窗办。

（二）完善异地就医子系统功能，组织开展信息系统操作培训，指导异地就医定点医药机构开展信息系统改造。

（三）加强异地就医运维力量建设，完善运维机制，规范处理流程，提高问题响应质量和效率。

以往文件规定与本通知不一致的，以本通知为准。

附件：黄冈市异地就医住院政策对比表



附件

黄冈市异地就医住院政策对比表

序号	政策	过去	现在
1	异地就医人群类型	一是异地安置退休备案人员：退休后在异地定居并迁入户籍的人员。 二是异地长期居住备案人员：在异地居住生活的人员。 三是常驻异地工作备案人员：用人单位派驻异地工作的人员。 四是异地转诊备案人员：因当地医疗机构诊断不了或者可以诊断但是治疗水平有限，需要转到外地治疗的人员。	一是异地安置退休备案人员：退休后在异地定居并迁入户籍的人员。 二是异地长期居住备案人员：在异地居住生活的人员。 三是常驻异地工作备案人员：用人单位派驻异地工作的人员。 四是异地转诊备案人员：因当地医疗机构诊断不了或者可以诊断但是治疗水平有限，需要转到外地治疗的人员。 五是其他临时外出就医人员：其他各种原因在外地临时就医人员。（新增）
2	异地就医办理手续	线上办理：湖北省政务服务网、鄂汇办 APP、国家医保服务平台 APP、国家异地就医备案微信小程序等。 线下办理：参保地各级医保经办机构大厅	线上办理：湖北省政务服务网、鄂汇办 APP、国家医保服务平台 APP、国家异地就医备案微信小程序等。 线下办理：参保地各级医保经办机构大厅或者乡镇（街道）行政服务中心、村（社区）便民服务中心。（新增乡、村两级经办地点）
3	异地就医办理材料	除了医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡、《湖北省异地就医登记备案表》，还需要： 异地安置退休人员：个人承诺书。 异地长期居住人员：居住证明或个人承诺书。 常驻异地工作人员：参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同任选其一或个人承诺书。 异地转诊人员：参保地规定的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料。	除了医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡、《湖北省异地就医登记备案表》，还需要： 异地安置退休人员：个人承诺书。 异地长期居住人员：居住证明或个人承诺书。 常驻异地工作人员：参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同任选其一或个人承诺书。 异地转诊人员：无需提供其他证明材料。（减免转诊证明材料） 其他临时外出就医人员：无需提供其他证明材料。

序号	政策	过去	现在
4	异地就医医院限制	不需要指定具体医院,只需要指定就医的地市,就可以在该地所有异地就医定点医疗机构直接结算住院费用。	无变化
5	异地就医备案时限	异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员办理异地就医登记备案后,备案长期有效;异地转诊人员办理异地就医登记备案后,备案有效期为当月享受异地就医直接结算服务。异地转诊备案需在出院前办理才能享受直接结算服务。	异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员办理异地就医登记备案后,备案长期有效;异地转诊人员、其他临时外出就医人员办理异地就医登记备案后,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异地就医直接结算服务。异地转诊备案手续可在住院结算前办理,也可在自费出院结算后进行补办。
6	异地医院直接结算所需材料	患者本人二代身份证、医保电子凭证或社会保障卡	无变化
7	异地就医定点机构查询	参保人员可进入国家医保服务平台 APP,实时查询全国各省、市、区经办机构办公地址、联系方式,以及跨省联网结算定点医疗机构名单。	无变化
8	未办异地转诊备案是否可以报销	可以。参保人员需到黄冈市以外的统筹区就医的,没有办理转诊备案手续,在出院前可以通过电话、APP等多渠道办理异地转诊备案,备案成功后出院结账时可以直接结算;若没有办理转诊备案已经自费出院结账,所发生的医疗费用可以带回参保地医保经办机构报销,按规定提高个人转外自付比例。	可以。参保人员需到黄冈市以外的统筹区就医的,没有办理转诊备案手续,在出院之前可以通过电话、APP等多渠道办理异地转诊备案,备案成功后出院结账时可以直接结算;若没有办理转诊备案已经自费出院结账,可以进行补办备案手续,补办的备案有效期起始时间需晚于入院时间但早于出院时间,补办后所发生的医疗费用可以带回参保地医保经办机构报销,按没有在异地医院直接结算的规定进行报销。

序号	政策	过去	现在
9	异地就医报销政策	异地就医直接结算主要报销政策可以概括为“就医地目录，参保地政策”。就医地目录是指参保人异地就医原则上执行就医地支付范围，主要包括基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准。参保地政策是指异地就医原则上执行参保地支付政策，包括参保地医保基金的起付线、支付比例和支付限额等。 转诊转院原则上应转到黄冈市统筹区外的定点医疗机构，职工医保转外地医院结算时政策内费用首先个人自付10%，没有在定点医院即时结算或转到非定点医院的首先个人自付20%，未经批准自行转院的首先个人自付30%；居民医保未在定点医院即时结算或转到非定点医院的首先个人自付10%，未经批准自行转院的首先自付个人20%。	异地就医直接结算主要报销政策可以概括为“就医地目录，参保地政策”。就医地目录是指参保人异地就医原则上执行就医地支付范围，主要包括基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准。参保地政策是指异地就医原则上执行参保地支付政策，包括参保地医保基金的起付线、支付比例和支付限额等。 转诊转院原则上应转到黄冈市统筹区外的定点医疗机构，职工医保转外地医院结算时政策内费用首先个人自付10%，没有在定点医院即时结算或转到非定点医院的，或未经批准自行转院的首先个人自付20%，取消未经批准自行转院的首先个人自付30%的政策规定；居民医保未在定点医院即时结算或转到非定点医院的首先个人自付10%，未经批准自行转院的首先自付个人20%。
10	异地住院回来报销流程	未实现异地联网结算的，由患者先垫付后再按规定报销。需提供出院小结、医疗收费原始票据、医疗费用明细清单、住院病历（复印件）、银行卡号等资料。9个工作日可以办好。	无变化