

鄂州市医疗保障局文件

鄂州医保发〔2022〕63号

市医疗保障局关于调整医保政策提高异地就医直接结算便捷性的通知

各区医疗保障局，葛店开发区社发局、临空经济区组织人事局，市医保服务中心：

为进一步提高异地就医直接结算便捷性及及时性，推进异地就医服务事项就近办、便捷办，根据《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）文件要求，结合我市实际，现就有关事项通知如下：

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，办理层级扩大至市、乡镇（街道）、村（社区）。

（二）参保人员可在参保地市域内各乡镇（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，实行市域内通办，不受户籍限制。

（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。医保经办机构应为参保人员提供即时办理、即时生效的自助备案服务。

（四）异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员可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）补办异地就医备案可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可申请补办异地就医备案手续，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，可通过我市规定的定点医疗机构向市外医疗机构转诊。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，不得将在本院住院作为开具转诊的先决条件。

三、调整异地就医结算政策

（一）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，执行就医地规定的支付范围及有关规定，执行我市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与本市就医一致。

异地转诊人员支付比例较本市就医下降 10 个百分点，其他临时外出就医人员支付比例较本市就医下降 20 个百分点；异地就医住院起付标准与本市同级别医疗机构一致。我

市原外转病人政策范围内费用首先自付和转诊起付标准政策取消。

（二）参保人员在备案地和本市双向享受医保待遇。参保人员办理异地就医备案后，在备案有效期内确需回本市就医的，无需撤销备案，可以在本市享受医保结算服务，医保待遇与在本市就医一致。

（三）门诊和购药费用市域内及异地就医可直接结算。职工医保参保人在异地就医定点医药机构发生的医药费用，可使用个人账户直接结算。参保人在异地就医定点医疗机构发生的普通门诊费用，可使用统筹基金按规定的支付比例直接结算，不得限制异地就医的定点医疗机构级别和数量。

（四）门诊慢特病费用异地可直接结算。2022年底前，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费用跨省直接结算；全部门诊慢特病病种费用实现省内异地就医直接结算。

根据省医疗保障局统一部署，门诊慢特病定点医药机构实行全省各统筹区互认。门诊慢特病按病种确定年度支付限额，进一步加强城乡居民高血压、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。

（五）门诊统筹政策衔接。为落实省医保局门诊异地就医直接结算工作要求，结合我市现行门诊统筹政策，为确保

平稳过渡，设置政策过渡期，过渡期从2022年10月1日至12月31日。过渡期内，市内基层医疗机构的门诊统筹基金继续按人头拨付政策执行；异地就医发生的应由基金支付的门诊费用，不受按人头拨付政策限制，可按参保地报销政策直接结算。

四、扩大异地就医定点医药机构覆盖面

全市二级及以上医疗机构全部纳入异地就医定点医疗机构范围；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。鼓励有条件的乡镇卫生院、社区卫生服务中心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）升级改造信息系统，实现医疗保障信息平台与政务服务一体化平台深度对接，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）规范异地就医处理流程，提高问题响应质量和效率。

六、工作要求

（一）加强组织领导。提高异地就医直接结算便捷性是省委“下基层、察民情、解民忧、暖民心”实践活动的重要任

务。各区医保部门及医保经办机构要将此项工作作为贯彻落实省第十二次党代会精神的重要任务，提高政治站位，主要领导负总责，亲自统筹谋划，精心组织，强力推进，纳入年度目标任务考核管理。

（二）确保各项政策落实到位。各区医保部门、市医保服务中心要按调整后的异地就医备案、普通门诊结算、门诊慢特病结算等相关政策抓好落实，医保服务中心要做好医保信息系统维护，确保调整后的各项政策落实到位。

（三）开展宣传培训。各区医保部门、市医保服务中心要对各区医保经办机构、定点医药机构、乡镇（街道）、村（社区）工作人员开展培训，提高经办能力。依托局门户网站、微信公众号、经办机构大厅、定点医药机构窗口等，加大对异地就医直接结算工作的宣传力度，积极向新闻媒体推介有关亮点工作。

原有文件规定与本通知不一致的，以本通知为准。

