

关于落实基本医疗保险异地就医直接结算相关工作的通知

黄医保〔2022〕96号

各区县医保局、财政局：

为进一步做好我市基本医疗保险异地就医直接结算工作，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）、《安徽省医保局、安徽省财政厅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》（皖医保秘〔2022〕103号）要求，并结合我市实际，现将有关事项通知如下：

一、统一异地就医直接结算基金支付政策

跨省异地就医直接结算的住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用，执行就医地规定的基本医疗保险药品、医疗服务项目、医用耗材等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支付标准、支付比例、最高支付限额等有关政策。

省内异地就医直接结算的住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用，执行参保地规定的基本医疗保险药品、医疗服务项目、医用耗材等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支付标准、支付比例、最高支付限额等有关政策。

二、明确异地就医备案人员范围

将异地就医人员分为异地长期居住人员和临时外出就医人员，两类人员办理异地就医备案后可享受直接结算服务。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在参保地以外的地区居住、生活、工作6个月以上的人员；临时外出就医人员包括异地转诊人员、因工作或旅游等原因异地急诊抢救人员、其他临时外出就医人员。

三、规范备案有效期

异地长期居住人员，实行“一次备案、长期有效”；临时外出人员，实行“一次备案、12个月有效”，有效期内根据病情需要可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。

四、异地就医备案到就医地

参保人员申请异地就医备案时，可直接备案到地市或直辖市等，并在备案地开通的所有异地就医联网定点医疗机构享受住院费用直接结算服务。

五、允许补办异地就医备案和无第三方责任外伤参保人员享受异地就医直接结算服务

参保人员异地就医出院结算前补办异地就医备案的，视为有效备案，可享受直接结算服务。对无第三方责任的外伤医疗费用，经参保人员本人或授权委托人签署个人承诺书后，可纳入异地就医直接结算范围，由就医地医保部门将相关费用纳入核查范围。

六、支持异地长期居住人员在备案地和参保地双向享受医保

待遇

异地长期居住人员在备案地就医直接结算时基本医疗保险基金的起付标准、支付比例、最高支付限额执行黄山市规定的本地就医时的标准。异地长期居住人员备案有效期内确需回参保地就医可以在参保地享受医保结算服务，仍执行参保地规定的本地就医时的标准。异地长期人员符合转外就医规定的，执行参保地临时外出就医人员转诊待遇政策。

异地就医长期居住人员以个人承诺方式办理异地就医备案的，当次可享受异地长期居住人员相关医保待遇。承诺人在承诺之日起1个月内补齐备案材料的，可在备案地和参保地长期享受就医医保待遇。

七、确定临时外出就医人员报销政策

结合我市实际及分级诊疗要求，临时外出就医人员医保待遇低于本地相同级别医疗机构报销水平。城镇职工急诊抢救和已办理转诊手续的临时外出就医人员医保支付比例较本地同级别定点医疗机构下降10个百分点，未办理转诊的其他临时外出就医人员医保支付比例较本地同级别定点医疗机构下降20个百分点；城乡居民异地就医报销政策暂按《黄山市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施方案（试行）的通知》（黄政办〔2019〕13号）执行，待省级政策调整后再做修改。

参保人因异地急诊抢救就医的，由直接结算联网定点医疗机构按技术规范上传急诊抢救相关标识后，视为已备案，享受直接

结算服务。

八、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，原则上通过市内二级及以上综合定点医疗机构或一级及以上专科定点医疗机构办理异地就医转诊。定点医疗机构应以患者病情为出发点，不得将本地住院作为开具转诊的先决条件。

参保人员在就医地因同种疾病确需再次转外就医的，原则上由就诊医疗机构提供相关病情说明等材料，可视为有效转诊备案，享受直接结算待遇。

九、注重宣传引导做好过渡衔接

加强医保异地就医政策宣传，创新宣传方式，拓展宣传渠道，全面精准做好政策宣传解读工作。实施过程要加强异地就医领域舆情监测分析，及时回应群众来电来访和日常关切，及时帮助群众协调解决异地就医结算过程中遇到的困难和问题。本通知自2023年1月1日起实施，在执行过程中遇到重大问题及时反馈。

附件：安徽省医保局 安徽省财政厅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

黄山市医疗保障局

黄山市财政局

2022年12月19日