

合肥市医疗保障局文件

合医保发〔2021〕25号

关于印发《合肥市基本医疗保险 异地就医管理办法》的通知

各县（市）区医疗保障局，各开发区社会事业（发展）局，各有关单位：

现将《合肥市基本医疗保险异地就医管理办法》印发给你们，请遵照执行。



合肥市基本医疗保险异地就医管理办法

第一条 为规范异地就医管理，保障参保人员合法权益，根据《合肥市基本医疗保险办法》（合肥市政府令第213号）、《安徽省异地就医管理经办规程（试行）》（皖医保发〔2020〕20号）等规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于基本医疗保险参保人员（以下简称参保人员）在本市行政区域外（不含境外，以下简称异地）定点医疗机构就医、结算和管理工作。

第三条 下列人员异地就医应当备案：

（一）异地安置退休人员，指退休后在异地定居且户籍迁入定居地的人员（含国有、集体企业内退人员）。

（二）异地长期居住人员，指长期在异地居住生活的人员。

（三）常驻异地工作人员，指单位派驻异地工作的人员（含自主择业军转干部）。

（四）转诊转院人员，指所患疾病在市内最高级别医疗机构（含专科）难以确诊或无有效治疗手段，需要转往异地医疗机构就诊的人员。

（五）异地急诊抢救人员，指突发疾病在异地医疗机构急诊抢救、留置观察（以下简称留观）的人员。

第四条 异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员（以下简称异地人员）按下列规定备案：

（一）备案方式。异地人员可以通过医疗保障网上服务平台或现场向参保地医保经办机构申请备案。备案时应提供有效身份凭证（包括身份证、医保电子凭证、社保卡）及下列对应材料或个人承诺书。

1.异地安置退休人员在备案地的户籍材料（户口簿首页和本人常住人口登记卡）。

2.异地长期居住人员在长期居住地的认定材料（居住证、营业执照、劳动合同、房产证、房屋租赁合同等材料之一）。

3.常驻异地工作人员在异地工作的相关材料（单位派驻材料、异地工作单位材料、工作合同等材料之一）。

（二）办理时限。通过医疗保障网上服务平台申请的，医保经办机构应在2个工作日内完成审核并反馈结果。现场申请的，符合条件的当场办结；不符合条件的，一并告知理由。

异地人员的备案长期有效。备案地发生变化时，异地人员应及时办理变更；未办理变更的，按未备案处理。常驻异地工作人员工作单位发生变化的，原备案自行终止。

第五条 异地转诊按照下列规定备案：

（一）符合转诊条件的，参保人员直接在省、市三级医疗机构或县（市）最高级别医疗机构备案。遵医嘱复诊住院治疗的，在复诊住院前通过医保网上服务平台或向医保经办机构提交上次出院小结办理备案。

异地人员需要转往备案地以外就医的，由备案地最高级

别医疗机构出具转诊建议书，向参保地医保经办机构备案。

异地转诊备案应在赴异地就医前办理，特殊情况可在入院后3个工作日内完成备案。异地转诊备案三个月内有效，恶性肿瘤放化疗等分疗程间断多次住院治疗的疾病，异地转诊备案一年内有效。

（二）不符合转诊条件的，参保人员可以通过医疗保障网上服务平台或向参保地医保经办机构申请异地就医直接结算。

第六条 异地急诊抢救的，参保人员应在出院前通过医疗保障网上服务平台或电话向参保地医保经办机构备案。备案时应准确提供身份证号（或社保卡号）、治疗医疗机构名称、疾病诊断、住院时间等信息。

第七条 异地就医直接备案到就医的地市，其中到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆兵团就医的，直接备案到就医的省份。参保人员根据病情需要，选择备案地相应定点医疗机构治疗。

第八条 参保人员异地就医符合规定的医疗费用，医保基金按下列规定支付：

（一）职工医保。

1. 异地人员在备案地普通门诊、慢特病门诊和住院医疗费用按照本市相应级别医疗机构医保支付标准执行。其中，慢特病门诊实行病种年度支付限额下据实支付，一个年度内

在多家医疗机构就医的，起付标准、支付比例按就医最高级别医疗机构执行。

2.转诊转院人员住院医疗费用参照本市住院待遇政策执行，其中起付标准按照三级医疗机构起付标准、支付比例按照三级医疗机构支付比例降低 10 个百分点执行。

3.未办理转诊备案（含不符合转诊条件申请异地就医直接结算的，下同）的住院医疗费用，起付标准按照三级医疗机构起付标准增加 1 倍、支付比例按照三级医疗机构支付比例降低 20 个百分点执行。大病保险分段支付比例分别降低 10 个百分点。

（二）居民医保（不含参保大学生）。

1.异地长期居住人员在备案地慢特病门诊、住院医疗费用按本市相应级别医疗机构医保支付标准执行。其中，慢特病门诊实行病种年度支付限额下据实支付，一个年度内在多家医疗机构就医的，起付标准、支付比例按就医最高级别医疗机构执行。

2.转诊转院人员在市外省内的住院医疗费用，起付标准按省属三级医疗起付标准增加 1 倍、支付比例按省属三级医疗机构支付比例降低 5 个百分点；在省外的住院医疗费用，起付标准按当次住院总费用 20%计算（不足 2000 元的按照 2000 元计算，最高不超过 1 万元），支付比例 60%。

3.未办理转诊备案的，在省内、省外转诊相应支付政策基础上，支付比例、保底报销比例、大病保险分段支付比例

分别再降低 10 个百分点。

（三）其他规定。参保人员跨省异地就医直接结算执行就医地医保目录，起付标准、支付比例和最高支付限额执行合肥市医保政策规定；省内异地就医住院费用直接结算执行合肥市医保政策规定。异地急诊抢救、留观期间死亡的，发生的医疗费用按照住院待遇执行。

第九条 异地就医医疗费用按下列方式结算：

（一）直接结算。参保人员凭有效身份凭证在异地联网定点医疗机构进行住院医疗费用、省内慢特病门诊医疗费用等直接结算，根据医疗机构提供的票据，支付应由个人承担的费用。属于医保基金支付的费用，异地医疗机构垫付后由参保地经办机构按规定与其清算。

（二）手工报销。因年度结算停机、信息系统故障等原因个人垫付的医疗费用、未办理转诊备案以及未申请异地就医直接结算的住院医疗费用、不具备直接结算条件的慢特病门诊费用和职工普通门诊费用等，应在下一个结算年度结束前，到参保地医保经办机构办理报销手续。报销时提供有效身份凭证、疾病诊断和费用支出材料（含病历、处方、医疗费用发票、出院小结、医用材料产地信息、费用明细清单等）。

第十条 参保大学生异地就医由高校负责办理备案手续。学生向学校医保经办部门申请转诊或异地就医，学校医保经办部门备案后上传至市医保经办机构。

参保大学生放假、休学、外出社会实践活动等发生的异

地就医费用，按我市相应级别定点医疗机构医保支付标准执行。

大学生异地就医前、就医中办理备案手续的，可以联网直接结算；未提前办理备案手续的，医疗费用先由个人垫付，医疗终结后，携带出院小结、费用明细清单、住院医疗费用发票等材料向学校医保经办部门申请，由学校医保经办部门到市医保经办机构办理报销手续。

大学生因病休学期间办理慢特病门诊治疗手续的，可在居住地选择定点医疗机构作为慢特病门诊医疗机构。

第十一条 参保人员应遵守就医地医保管理规定，配合参保地、就医地医保管理部门做好异地就医管理工作。

参保人员、参保单位、定点医疗机构采取欺诈手段套取、骗取医保基金，已报销的医药费用予以追回，并按照相关规定给予处理。

第十二条 本办法由市医疗保障局负责解释。

第十三条 本办法自 2022 年 1 月 1 日起施行，有效期 3 年。国家和省有新规定的，从其规定。

