

天津市基本医疗保险参保人员异地就医操作办法

2017-03-21

一、关于人员范围

本办法适用于本市基本医疗保险参保人员，在本市行政区域以外就医（以下简称“异地就医”），所发生的医疗费用结算及管理，包括异地居住就医、临时外出就医和转外就医。不适用于国外及港澳台地区就医。

二、关于转诊转院责任医院范围

本办法涉及天津市基本医疗保险责任医院共 35 家。（名单详见附件）

三、关于异地就医登记及变更

（一）异地居住就医。

1. 申请条件

异地居住就医是指长期在异地工作、生活的参保人员，经医保经办机构办理异地居住就医登记手续，在异地选定医疗机构就医的情形。包括以下四类人员：

- （一）异地安置人员：指退休后在异地定居且户籍迁入定居地的人员。
- （二）常驻异地工作人员：指用人单位长期派驻异地工作的人员。
- （三）异地长期居住人员：指长期在异地居住生活的人员。
- （四）异地生活学生儿童：指随父母异地生活（或回原籍）的学生儿童。

2. 具体流程

（1）申报材料

异地居住人员就医前，应在居住地选择四家定点服务机构（至少一家二级以上医疗机构），持相关证明材料，到参保地医保经办机构办理异地居住就医登记手续。其中，异地安置人员，需提供本人异地户口簿复印件；常驻异地工作人员，需提供单位外派证明；异地长期居住人员，需提供本人异地居住证、直系亲属异地户口簿复印件或公安等部门开具的其它有效证明。

（2）登记备案流程

异地居住的参保人员就医前，应在居住地基本医疗保险定点医院（以下简称“医保定点医院”）中选择四家医院（至少选定一家二级医院）作为异地就医诊疗医院。选定“医保定点医院”后，填写《天津市基本医疗保险异地居住就医人员登记表》（以下简称“异地居住就医人员登记表”，见附件）（加盖公章后有效）；本人或委托人（需提供有效证件），持上述材料及“异地居住就医人员登记表”，到参保地医保经办机构，经审核无误后，方可办理异地居住就医备案登记手续。学生儿童随父母异地生活（或回原籍）的，视为异地居住就医人员，无需办理登记手续。

3.特殊情况

(1) 异地居住就医人员因病情需要在居住地（省级行政区域内）转诊转院的，需由其选定的最高级别（二级以上，下同）异地诊疗医院出具转诊证明。

(2) 异地居住就医人员患有门诊特定疾病的，由其选定的最高级别的异地诊疗医院进行鉴定并出具诊断证明，凭诊断证明和相关检查结果,到参保地医保经办机构办理门诊特定疾病登记手续，或者到本市具有门诊特定疾病诊断资格的医院进行鉴定并办理登记手续。

(3) 异地居住就医人员因病情需在居住地省内转诊转院的，由其选定的最高级别医疗机构出具转诊转院意见，发生的医疗费用按照异地居住就医有关政策报销。

4.变更要求

异地居住就医人员选定的诊疗医院，在一个医保待遇期内可变更 2 次。

(二) 转外就医。

1.申请条件

转外就医是指参保人员因诊疗需要，经本市转诊转院责任医院（见附件）办理转外就医手续，转往异地二级或三级定点医疗机构就医的情形。

2.转诊转院登记备案流程

参保人员就医诊疗应优先选择本市医保定点医院，确因诊疗需要转外埠医保定点医院就医的，须到本市转诊转院责任医院鉴诊并办理转诊转院登记手续，申报材料不变。

办理流程为：由转诊转院责任医院具有副高级以上职称的医师填写《天津市基本医疗保险转外就医登记表》（以下简称“转外就医登记表”，见附件），说明转外就医理由，经科室主任核准后，由医院医保管理部门将转诊转院信息上传至医保信息系统。

(1) 转往指定的北京市“医保定点医院”（见附件）的，转诊转院信息上传成功后，由办理转诊转院手续的责任医院打印两份转外就医登记表并加盖医保专用章，一份交与参保人员，一份留档备查。

(2) 转往指定的北京市医保定点医院以外的，由结算中心于 24 小时内（节假日顺延至下一个工作日）通过医保信息系统进行网上审核。转外就医信息审核通过后，由办理转诊转院手续的责任医院打印两份转外就医登记表，一份交与参保人员，一份留档备查。需要门诊转往外地就医的有参保地分中心负责审核，打印异地就医登记表，一份交与参保人员，一份留档备查。

3.情况说明

(1) 参保人员在本市住院治疗后，办理转外就医手续并在手续有效期内到指定医院继续住院治疗的，且两次住院在一个医保待遇期内的，按照就高原则只负担一个起付标准。

(2) 参保人员转外就医（含异地就医人员在省级行政区域内转诊转院）治疗后，需到转入医院进

行门诊或住院复查治疗的，自登记之日起一年内无需再办理转诊转院手续。

(3) 转外就医限一家外埠“医保定点医院”，如需在当地(省级行政区域内)转往第二家医院的，需由第一家转入医院出具转诊证明。参保人员到与转入医院开展医疗联合体或双向转诊服务的医保定点医院就医，由转入医院出具相关证明材料。

(4) 参保人员办理转外就医手续后，有效期为 3 个月，期满仍未转外就医的，需重新办理转外就医登记手续。

(5) 因患急危重症经急救后需转外埠医院住院治疗的，由接诊医院或转入“医保定点医院”出示相关证明，发生的医疗费用按照转外就医及急救有关规定执行。

(6) 异地居住就医人员因病情需要跨省转诊转院的，由其选定的最高级别医疗机构出具转诊转院意见，到参保地医保经办机构办理转外就医手续。

(三) 临时外出就医。

临时外出就医是指参保人员短期出差、学习培训或度假期间，因急症在异地医疗机构就医的情形。临时外出就医人员发生的急诊、抢救医疗费用，由基本医疗保险基金按国家和本市有关规定予以支付。临时外出就医人员因病情需在当地省内转诊转院的，由第一家接诊医疗机构出具转诊转院意见，发生的医疗费用按照临时外出就医有关政策报销。

四、关于审核标准

参保人员异地就医医疗费用，按照本市基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和服务设施标准报销。其中，药品按照实际价格报销，医疗服务项目以本市医保支付标准为最高报销限额。

五、关于待遇享受

(一) 异地居住就医人员和临时外出就医人员发生的医疗费用，报销比例按本市有关规定执行。转外就医人员在转入医疗机构就医发生的医疗费用，个人自负比例提高 5 个百分点；在与转入医疗机构开展医疗联合体或分级诊疗的定点医疗机构就医的，个人自负比例按照转入医疗机构执行。

(二) 未办理转外就医手续，自行到异地二级或三级定点医疗机构就医的，个人自负比例提高 10 个百分点；自行到其他医疗机构就医的，医保基金不予报销。

(三) 转诊转院视为同一次住院，所发生医疗费用在一个医保待遇期内的，参保人员按就高原则负担一个起付标准。

六、补充说明

(一) 参保人员异地就医费用需先由本人垫付，治疗结束后向参保地医保经办机构申请报销。申报材料 and 报销方法按照本市基本医疗保险垫付报销有关规定执行。

(二) 异地居住就医费用申报时，同时提供《异地居住就医人员登记表》复印件。随父母异地生活（或回原籍）的学生儿童需提供学校或村（居）委会出具的证明。

(三) 转外就医费用申报时, 同时提供《转外就医登记表》复印件和转入医院级别证明。

七、注意事项

(一) 转诊转院责任医院要严格掌握转外标准, 严禁随意扩大和放宽转诊转院条件。要搭建转诊转院信息化联网平台。医保经办机构将转外就医纳入年度考核范围。

(二) 本市生育保险参保人员因生育需要异地就医的, 参照本办法办理异地就医手续, 转外就医的医疗机构级别可放宽至基层定点医疗机构。发生符合生育保险支付范围的医疗费用, 按照本市生育保险有关规定支付。细则另行制定。

(三) 参保人员在与本市实行异地就医联网结算的定点医疗机构就医, 发生属于异地就医联网结算的医疗费用, 按照异地就医联网结算有关规定报销。

(四) 参保人员因意外伤害需要异地就医的, 参照本办法执行。其中, 涉及意外伤害的转外就医信息, 由天津市基本医疗保险意外伤害附加保险服务中心负责审核。细则另行制定。

(五) 参保人员在异地因急危重症实施急抢救发生的医疗费用, 按照本市有关规定执行。

(六) 传染病患者转诊转院的有关控制措施, 按《中华人民共和国传染病防治法》规定执行。

(七) 对于办理异地居住就医或转外就医手续的参保人员, 所参加的基本医疗保险险种发生变化的, 相关手续在规定时间内继续有效。

(八) 铁路沿线在职和退休职工按照原办法执行。

(九) 中国石油大港油田公司、天铁冶金集团有限公司等九家行业企业异地就医审批手续, 按照市人力社保局、市财政局和市国资委联合下发的《关于部分行业企业医疗保险纳入全市统筹管理的实施方案》(津人社局发【2015】55号)有关规定执行。

(十) 外地就医遗失票据报销参照《市人力社保局关于医疗收费票据丢失毁损医药费用报销有关问题的通知》(津人社局发(2013)85号)文件执行。

八、生效时间

本办法由市人力社保行政部门负责解释。自2017年1月1日起施行, 有效期五年。