

# 郑州市医疗保障局文件

郑医保办〔2022〕2号

---

## 郑州市医疗保障局 关于进一步明确我市部分医疗保险待遇 执行标准的通知

各开发区管委会医保管理部门、各区县（市）医疗保障局：

按照《国家医疗保障局关于进一步做好医保信息系统切换升级后续工作加快清理挤压报销件的紧急通知》（国医保电〔2022〕4号），为贯彻落实全国、全省整治医保报销大面积长时间挤压问题专题会议精神，现将郑州市基本医疗保险有关待遇明确如下，自我市接入国家医疗保障信息平台后开始执行。以前文件与

本通知不一致的，按本通知规定执行。

## 一、门诊慢特病相关待遇

参保人按规定办理门诊慢特病待遇资格认定后，门诊慢特病医疗费用在定点医疗机构（含异地医疗机构）未通过信息系统直接结算、到医疗保险经办机构零星报销的，按照以下标准执行：

门诊规定病种的医疗费用中乙类药品和支付部分费用的医疗服务项目、医用耗材的首付比例为 0%，自费费用由个人负担。城镇职工基本医疗保险基金和商业补充医疗保险支付比例在原定基础上降低 10 个百分点，城乡居民基本医疗保险统筹基金支付比例在原定基础上降低 10 个百分点，支付限额按原待遇标准执行，居民降低 10 个百分点的费用不纳入大病保险、大病补充保险支付范围。

重特大疾病门诊病种和重特大疾病医疗保障门诊特定药品仍按现行政策执行。

门诊慢特病患者一次零星报销时有多张发票的，录入一张发票号，费用金额和费用明细合并计算，医疗费用信息按大类录入。门诊规定病种和重特大疾病门诊病种可按季度或按月录入，重特大疾病医疗保障门诊特定药品需按规定周期录入。

## 二、急诊、转诊转院及异地就医相关待遇

按照《河南省人力资源和社会保障厅关于印发河南省基本医疗保险转诊转院和异地就医管理暂行办法的通知》（豫人社医疗〔2016〕18 号）、《河南省医疗保障局关于印发〈河南省医疗保障

经办政务服务事项清单（试行）》<《河南省医疗保障经办政务服务事项办事指南（试行）》的通知》（豫医保〔2020〕8号）等文件规定，我市基本医疗保险参保人员因危、急、重症在异地医疗机构经门诊紧急诊治后入院治疗的，应当在入院后7个工作日内凭急诊相关材料（急诊诊断证明或精神病诊断证明等），向参保地医保经办机构申请办理异地转诊人员备案（异地急诊或精神病）相关手续。

（一）按规定办理备案后，住院医疗费用可在异地联网定点医疗机构通过信息系统直接结算，住院起付标准和统筹基金支付比例按照郑医保办〔2021〕99号文件规定的标准执行。

（二）按规定办理备案后，在异地医疗机构未通过信息系统直接结算、到医疗保险经办机构零星报销的，乙类药品和支付部分费用的医疗服务项目、医用耗材的首付比例为0%，自费费用由个人负担，起付标准按照郑医保办〔2021〕99号文表五规定的同等级医疗机构标准执行，统筹基金支付比例在郑医保办〔2021〕99号文表五规定的同等级医疗机构标准的基础上，居民降低13个百分点、职工降低10个百分点。居民降低13个百分点的费用不纳入大病保险、大病补充保险支付范围。职工商业补充医疗保险赔付比例在原标准基础上降低10个百分点。

（三）参保人员病情不符合急诊住院条件、未按规定办理异地就医备案或自行到参保地统筹区外异地定点医疗机构住院就医，到参保地医疗保险经办机构零星报销的，其住院医疗费用起

付标准按郑医保办〔2021〕99号文件表五规定的三级甲等医院的标准执行，乙类药品和支付部分费用的医疗服务项目、医用耗材的首付比例为0%，自费费用由个人负担，统筹基金支付比例在表五规定的三级甲等医院标准的基础上，居民降低33个百分点、职工降低25个百分点。居民降低33个百分点的费用不纳入大病保险、大病补充保险支付范围。职工商业补充医疗保险赔付比例在原标准基础上降低10个百分点。

（四）参保人员未经本市具有转诊资质定点医疗机构同意，非正常转诊备案后，医疗费用通过信息系统在异地直接结算，其住院医疗费用起付标准按郑医保办〔2021〕99号文件表五规定的同等级医疗机构的标准执行，统筹基金支付比例在郑医保办〔2021〕99号文件表五规定的同等级医疗机构标准的基础上居民降低20个百分点、职工降低15个百分点。居民降低20个百分点的费用不纳入大病保险、大病补充保险支付范围。



---

郑州市医疗保障局办公室

2022年1月30日印发

---