

# 郑州市人民政府办公厅文件

郑政办〔2008〕45号

---

## 郑州市人民政府办公厅 关于印发郑州市城镇职工基本医疗保险 转诊急诊外地就医管理办的通知

各县(市)、区人民政府,市人民政府各部门,各有关单位:

《郑州市城镇职工基本医疗保险转诊急诊外地就医管理办法》已经市人民政府同意,现印发给你们,请认真贯彻执行。



二〇〇八年十一月二十日

# 郑州市城镇职工基本医疗保险 转诊急诊外地就医管理办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步做好城镇职工基本医疗保障工作,方便参保人员转诊、急诊、外地就医,确保基本医疗保险基金合理使用,维护参保人员的利益,根据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》(国发[1998]44号),结合我市实际,制定本办法。

**第二条** 参加郑州市城镇职工基本医疗保险的参保人员转诊、急诊、外地就医,均应当遵守本办法。

**第三条** 城镇职工基本医疗保险转诊、急诊、外地就医应当坚持简化程序、方便就医、合理支付、保障基本医疗的原则。

## 第二章 转 诊

**第四条** 本办法所称转诊,是指郑州市城镇职工基本医疗保险的参保人员,由一家定点医疗机构向另一家定点医疗机构转院诊治,或向非定点医疗机构(包括转往外地医疗机构)转院诊治的行为。

**第五条** 有下列情形之一的,参保人员可以转诊:

(一)经三类定点医疗机构或二类专科定点医疗机构检查、会诊,仍不能确诊或不能控制病情发展的疑难病症的;

(二)定点医疗机构不具备诊治、抢救危重病症患者条件的;

(三)定点医疗机构缺少必需的检查、治疗项目和医疗服务设施的;

(四)定点医疗机构诊断明确,参保人员要求转入低类别定点医疗机构继续治疗的;

(五)其他因病情需要,且本人申请转诊的。

**第六条** 参保人员在本市定点医疗机构之间转诊的,应当由定点医疗机构经治医生填写转诊申请表、转出科科长签字、医疗机构医保部门签字盖章。

**第七条** 参保人员由本市定点医疗机构转往非定点医疗机构(或外地医疗机构)的,应当由本市三类定点医疗机构或二类专科定点医疗机构经治医生填写转诊申请表、转出科科长签字、定点医疗机构医保部门审核盖章,报医疗保险经办机构审批。

转往非定点医疗机构(或外地医疗机构)的治疗周期一般不超过2个月,超出医疗保险经办机构审批的转诊治疗期限的,应到医疗保险经办机构办理延期手续。

**第八条** 符合本办法第五条、第七条转诊规定的,医疗保险经办机构应当于当日内审批,当天不能审批的,审批时间不得超过2个工作日。

危重病人急需转诊时,可先转诊,转诊3日内按本办法第六条

和第七条规定补办有关手续。

**第九条** 参保人员在定点医疗机构之间 3 日内办理转院手续的,视为连续住院。参保人员应当先结清在转出定点医疗机构发生的应当由个人负担的医疗费用;符合基本医疗保险规定由统筹基金支付的费用,由医疗保险经办机构与定点医疗机构结算。

参保人员从高类别定点医疗机构转入低类别定点医疗机构的,起付标准按高类别定点医疗机构执行;从低类别定点医疗机构向高类别定点医疗机构转院的,应当向高类别定点医疗机构补齐起付标准的差额部分。

**第十条** 参保人员从定点医疗机构转往非定点医疗机构(或外地医疗机构)在 7 日内办理转院手续的,视为连续住院。参保人员转往非定点医疗机构(或外地医疗机构)就医发生的医疗费用,先由参保人员或参保单位垫付。参保人员出院后,于每季度末月的 20 日前将本办法第十二条所列资料报医疗保险经办机构审核,对应当由统筹基金支付的费用,统筹基金予以支付,参保人员在规定时间内到医疗保险经办机构领取报销费用。

**第十一条** 参保人员经批准到非定点医疗机构(或外地医疗机构)住院治疗的,其住院费用起付标准按本市三类定点医疗机构的标准执行。

乙类药品的首付比例费用和支付部分费用的诊疗项目的首付比例费用,纳入统筹基金支付范围,自费费用仍由个人负担。统筹基金支付比例在职职工为 70%,退休人员为 78%;超过统筹基金

最高支付限额的符合规定的住院医疗费用,商业补充医疗保险赔付比例为 75%。

统筹基金最高支付限额、商业补充医疗保险最高赔付限额按有关规定执行。

**第十二条** 参保人员报销医疗费用应当提交以下资料:

- (一)转院审批表;
- (二)医疗费用明细汇总表;
- (三)医疗费用原始发票;
- (四)病案首页及出院小结复印件;
- (五)出院证明;
- (六)长期医嘱或临时医嘱复印件;
- (七)身份证和社会保障卡复印件。

**第十三条** 参保人员未经批准自行转诊所发生的费用统筹基金不予支付;参保人员自选检查、自选治疗项目以及自购药品的费用,统筹基金不予支付。

### 第三章 急 诊

**第十四条** 本办法所称急诊,是指危、急、重病人在医疗机构的门诊紧急诊治的行为。

**第十五条** 参保人员在定点医疗机构经门诊紧急诊治后不需要住院的,其急诊费用由个人负担;经门诊紧急诊治后入院治疗的,其急诊费用可并入住院费用结算;经门诊紧急抢救无效死亡

的,其符合基本医疗保险规定的急诊费用,统筹基金支付 80%。

**第十六条** 参保人员在非定点医疗机构(或外地医疗机构)急诊住院的,应当在住院一周内告知医疗保险经办机构;医疗费用的支付标准按本办法第十一条规定执行。

在非定点医疗机构(或外地医疗机构)发生的门诊费用和非急诊住院费用,由个人负担,个人账户和统筹基金不予支付。

#### 第四章 外地就医

**第十七条** 本办法所称外地就医,是指在本市参加基本医疗保险,在外地有固定住所且居住一年以上的人员,在所在地就医的行为。

**第十八条** 参加本市城镇职工基本医疗保险的下列人员可以在外地就医:

(一)在外地居住一年以上的退休人员;

(二)经用人单位批准或委派,在外地有固定住所且工作一年以上的在职人员。

**第十九条** 参保人员外地就医实行登记制。参保人员需在外地就医的,应当向医疗保险经办机构提出申请,由所在单位(或个人)于 11 月 1 日至 12 月 10 日到医疗保险经办机构进行登记。

用人单位(或个人)到医疗保险经办机构办理登记手续,应当填写《郑州市外地就医人员选择定点医疗机构登记表》,加盖所在地医疗保险经办机构和定点医疗机构印章。

**第二十条** 外地就医人员可以选择所在地省、市、县级三家定点医疗机构作为外地就医定点医疗机构。外地就医人员应当在本人选择的三家定点医疗机构住院治疗。

变更登记内容的,应当于每年年底前到医疗保险经办机构办理变更手续,否则仍按原申报地进行就医管理。

**第二十一条** 外地就医人员住院费用起付标准根据本人所住医院类别比照本市同类定点医疗机构的标准执行。

乙类药品的首付比例费用和支付部分费用的诊疗项目的首付比例费用纳入统筹基金支付范围,自费费用仍由个人负担。

在省、市、县级定点医疗机构住院的,统筹基金支付比例在职工分别为 70%、75%、80%,退休人员分别为 78%、80%、82%;超过统筹基金最高支付限额的符合规定的医疗费用,商业补充医疗保险赔付比例为 75%。

统筹基金最高支付限额、商业补充医疗保险最高赔付限额按有关规定执行。

**第二十二条** 外地就医人员应当在办理完住院手续一周内告知医疗保险经办机构。住院费用先由本人或参保单位垫付,外地就医人员出院后,于每季度末月 20 日前将本办法第十二条第(二)项至第(七)项规定资料,报送医疗保险经办机构,医疗保险经办机构审核后,应由统筹基金支付的费用由医疗保险经办机构拨付给外地就医人员所在单位,由单位及时核发给本人;没有单位的,直接拨付给本人。

**第二十三条** 外地就医人员门诊规定病种,参照《郑州市城镇职工基本医疗保险门诊规定病种门诊治疗管理暂行办法》(郑政办〔2004〕72号)的规定执行。

患有门诊规定病种的外地就医人员,应当于每年11月1日至30日,将本人在居住地市级以上定点医疗机构(在县级及以下居住的,可在县级定点医疗机构)确诊后的病历复印件、诊断证明、《郑州市城镇职工基本医疗保险门诊规定病种申请表》及相关材料寄送所在单位,由单位报送医疗保险经办机构;没有单位的,可以直接报送医疗保险经办机构,由医疗保险经办机构对报送材料进行初审。而后,从专家库中随机抽取专家组成专家组,对外地就医人员所患疾病进行鉴定。经鉴定符合基本医疗保险门诊规定病种条件的外地就医人员,由劳动保障行政管理部门发放《郑州市城镇职工基本医疗保险门诊规定病种就医证》。具体鉴定工作的实施细则由市劳动保障行政管理部门另行制定。

**第二十四条** 《郑州市城镇职工基本医疗保险门诊规定病种就医证》有效期为一个自然年度,每年12月1日前,持证人应当提供近期居住地市级以上定点医疗机构(在县级及以下居住的,可提供县级定点医疗机构)的诊断证明、病历和相关材料进行年度复审,符合门诊规定病种鉴定标准的,加盖复审章;未经复审继续治疗发生的门诊医疗费用,统筹基金不予支付。

**第二十五条** 符合门诊规定病种的外地就医人员,应当在本人选择的三家定点医疗机构中的一家进行门诊规定病种的诊治,

门诊费用每年审核报销一次。

门诊规定病种中,恶性肿瘤门诊放化疗、慢性肾功能不全(失代偿期)门诊透析治疗、异体器官移植门诊抗排异治疗费用每半年审核报销一次。

前款人员报销时应当将门诊病历、处方、原始发票寄送所在单位,单位于7月5日前或1月5日前报送医疗保险经办机构;没有单位的,可以直接报送医疗保险经办机构。需统筹基金支付的医疗费用,由医疗保险经办机构按规定时间拨付给外地就医人员所在单位,由单位及时核发给本人;没有单位的,直接拨付给本人。

**第二十六条** 外地就医人员个人账户资金以现金方式按年度核发。

申请领取个人账户资金时,应当提交本人社会保障卡,个人账户资金由市医疗保险经办机构于次年初拨付给本人所在单位,由单位核发给本人;没有单位的,直接拨付给个人。

**第二十七条** 参保人员转诊、急诊、外地就医所发生的纳入统筹基金支付的费用,应当据实申报结算,不得弄虚作假,否则,一经查明,由劳动保障行政管理部门对虚报的费用予以追缴。

## 第五章 附 则

**第二十八条** 参加郑州市各区城镇职工基本医疗保险的参保人员的转诊、急诊、外地就医,按照本办法执行。县(市)参保人员的转诊、急诊、外地就医,参照本办法执行。

**第二十九条** 本办法自 2008 年 11 月 1 日起实施。《郑州市人民政府办公厅关于印发郑州市城镇职工基本医疗保险暂行规定实施细则等 12 个医疗保险制度改革文件的通知》(郑政办文[2000]152 号)中的《郑州市城镇职工基本医疗保险转诊、急诊、外地就医管理暂行办法》同时废止。本办法实施前未办理报销手续的,可以按本办法执行。

**主题词:**劳动 医疗 管理 办法 通知

---

主办:市劳动保障局

督办:市政府办公厅二处

---

抄送:市委各部门,郑州警备区。

市人大常委会办公厅,市政协办公厅,市法院,市检察院。

---

郑州市人民政府办公厅

2008 年 10 月 20 日印发

---