

# 郑州市人力资源和社会保障局文件

郑人社医疗〔2016〕12号

## 郑州市人力资源和社会保障局 关于印发郑州市城乡居民基本医疗保险转诊 转院急诊异地居住就医管理办法（试行）的通知

各县（市、区）人力资源和社会保障局，市社会保险局，各有关单位：

现将《郑州市城乡居民基本医疗保险转诊转院急诊异地居住就医管理办法（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。



# 郑州市城乡居民基本医疗保险转诊转院 急诊异地居住就医管理办法（试行）

## 第一章 总 则

**第一条** 为规范我市城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）转诊转院、急诊、异地居住就医管理，合理引导参保居民就医，保障城乡居民基本医疗，根据《河南省基本医疗保险转诊转院和异地就医管理暂行办法》（豫人社医疗〔2016〕18号）和《郑州市城乡居民基本医疗保险办法（试行）》（郑政办〔2016〕78号）规定，制定本办法。

**第二条** 城乡居民医保参保人员（以下简称“参保人员”）转诊转院、急诊、异地居住就医适用本办法。

**第三条** 参保人员转诊转院、急诊、异地居住就医遵循“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的原则。

**第四条** 参保人员转诊转院、急诊、异地居住就医的审核备案和待遇支付由其参保所在地社会保险经办机构（以下简称“经办机构”）负责，其中：市本级（含市辖区，下同）参保人员转诊转院、急诊、异地居住就医的审核备案和待遇支付由市级或各区经办机构负责；新郑、登封、荥阳、新密、中牟五县（市）参保



人员转诊转院、急诊、异地居住就医的审核备案和待遇支付由五县（市）经办机构分别负责。

## 第二章 转诊转院

**第五条** 转诊转院是指参保人员从一家定点医疗机构转入另一家定点医疗机构或非定点医疗机构住院治疗的行为。

**第六条** 参保人员在定点医疗机构就医，有下列情形之一可以办理转诊转院：

（一）经定点医疗机构检查、会诊，仍不能确诊或不能控制病情发展的疑难病症；

（二）定点医疗机构不具备诊治、抢救危重病症患者条件；

（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；

（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；

（五）其他因病情需要。

**第七条** 参保人员由一家定点医疗机构转往另一家定点医疗机构或异地就医即时结算定点医疗机构（以下统称“即时结算定点医疗机构”），应当由转出定点医疗机构经治医生填写转诊转院申请表、科主任签字、医疗机构医保部门签字盖章。以下情况还需报参保地经办机构审核备案：

（一）县（市）参保人员转往本县（市）行政区域以外定点

医疗机构的；

(二)市本级及县(市)参保人员转往市本级外异地就医即时结算定点医疗机构的。

参保人员转往异地就医即时结算定点医疗机构，参保地经办机构审核备案后应当为参保人员及时办理电子转诊转院手续。

**第八条** 参保人员按本办法第七条规定转往即时结算定点医疗机构，所发生的住院医疗费用应当通过城乡居民基本医疗保险信息系统直接结算。参保人员按规定办理转诊转院审核备案手续，到即时结算定点医疗机构住院治疗，未通过城乡居民基本医疗保险信息系统直接结算的，其住院合规医疗费用起付标准按所住定点医疗机构类别标准执行，乙类药品的首付比例和支付部分费用的诊疗项目的首付比例为0%，自费费用由个人负担。统筹基金支付比例按所住定点医疗机构类别标准降低20个百分点执行。

**第九条** 参保人员从定点医疗机构转入非定点医疗机构住院治疗，应当由转出定点医疗机构经治医生填写转诊转院申请表、科主任签字、医疗机构医保部门签字盖章并报送参保地经办机构审核备案。其中：

(一)市本级参保人员转往非定点医疗机构住院治疗的，转出定点医疗机构应当为三类定点医疗机构或二类专科及以上定点医疗机构。

(二)县(市)参保人员转往非定点医疗机构住院治疗的，转出定点医疗机构应当为本县(市)行政区域内一类及以上定点医



疗机构、本市三类定点医疗机构或二类专科及以上定点医疗机构。

转往非定点医疗机构的一个治疗周期原则上不超过3个月，超过3个月的，应当到参保地经办机构办理延期备案手续。

**第十条** 参保人员按本办法第七、九条规定经经办机构审核备案后一年内，再次因同一疾病到同一家医疗机构住院治疗的，可直接在参保地经办机构办理转诊转院备案手续。

**第十一条** 符合本办法第七、九条转诊转院规定的，经办机构应当于当日内审核，当日不能审核的，审核时间不得超过2个工作日。

危重病人急需转诊转院时，可先转诊转院，转诊转院3个工作日内按本办法第七、九、十条规定补办有关手续。

**第十二条** 转出定点医疗机构为参保人员办理转诊转院手续时，应当在尊重参保人员选择权的基础上，引导其合理选择就诊医疗机构。

**第十三条** 参保人员向即时结算定点医疗机构转诊转院，办理转诊转院手续3日内住院的视为连续住院。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诊转院的，应当向高类别定点医疗机

构补齐起付标准的差额部分。

**第十四条** 参保人员转往非定点医疗机构就医发生的住院医疗费用，先由参保人员垫付。参保人员治疗结束后，于每月的20日前将本办法第十七条所列资料报送参保地经办机构按规定审核报销，应当由统筹基金支付的费用，统筹基金予以支付，统筹基金报销费用直接拨付给就医参保人员。

**第十五条** 参保人员经批准到非定点医疗机构住院治疗的，其住院合规费用起付标准按三类定点医疗机构的标准执行。乙类药品首付比例和支付部分费用的诊疗项目的首付比例为0%，自费费用由个人负担。统筹基金支付比例按三类定点医疗机构标准降低15个百分点执行。

**第十六条** 参保人员未按规定办理转诊转院审核备案手续，到即时结算定点医疗机构住院治疗，通过城乡居民基本医疗保险信息系统直接结算的，其住院合规医疗费用起付标准按所住定点医疗机构类别标准执行，统筹基金支付比例按所住定点医疗机构类别标准降低20个百分点执行；未通过城乡居民基本医疗保险信息系统直接结算的，统筹基金支付标准按本办法第十五条规定标准基础上降低20个百分点执行。

参保人员未按规定办理转诊转院审核备案手续，到非定点医疗机构住院治疗的，统筹基金支付标准按本办法第十五条规定标准基础上降低20个百分点执行。

**第十七条** 参保人员转往非定点医院机构住院，医疗费用报



销应当提交以下资料:

- (一) 转诊转院审核表;
- (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) 出院证明或疾病诊断证明;
- (六) 长期医嘱、临时医嘱复印件;
- (七) 身份证和社会保障卡原件及复印件,
- (八) 参保就医人员的银行卡复印件;
- (九) 经办机构要求提供的其他材料。

**第十八条** 即时结算定点医疗机构要主动甄别并认真核对参保人员的身份,及时为转入的参保人员办理转诊转院及住院手续。发现病人与转诊转院信息身份不符时,应当及时通知经办机构,出院时按自费病人办理结算手续。

### 第三章 急 诊

**第十九条** 本办法所称急诊,是指濒危患者、危重患者、急症患者医疗机构紧急抢救、诊治的行为。

**第二十条** 参保人员在定点医疗机构或非定点医疗机构经门诊紧急诊治后未住院或未在同一家医疗机构住院的,其急诊门诊费用住院统筹基金不予支付;经门诊紧急诊治后在同一家医疗机构住院治疗的,其急诊门诊费用并入住院费用结算。

参保人员在非定点医疗机构经门诊紧急诊治后住院治疗的，报销时应携带第十七条第（二）至第（九）项规定的资料，统筹基金支付标准按本办法第十五条规定执行。

**第二十一条** 参保人员经医疗机构门诊紧急抢救无效死亡的，其急诊门诊费用纳入统筹基金支付范围。乙类药品首付比例和支付部分费用的诊疗项目的首付比例为 0%，自费费用由个人负担。统筹基金支付比例为 55%。

#### 第四章 异地居住就医

**第二十二条** 本办法所称异地居住就医是指参保人员在参保地行政区域外有固定住所且居住一年以上，在居住地就医的行为。主要包括以下情形：

- （一）在省外居住就医；
- （二）在省内本统筹地区外居住就医；
- （三）市本级参保人员到本统筹地区县（市）居住就医；
- （四）县（市）参保人员在市本级或本统筹地区其他县（市）居住就医。

**第二十三条** 参保人员异地居住就医实行登记备案制。参保人员需异地居住就医的，应当向参保地经办机构提出申请，填写《郑州市城乡居民基本医疗保险异地居住就医登记表》，加盖居住所在地定点医疗机构和医保经办机构印章，报送参保地经办机构备案。



**第二十四条** 异地居住就医人员可以选择居住所在地的省、市、县级各一家定点医疗机构作为异地居住就医定点医疗机构。异地居住就医人员居住所在地有即时结算定点医疗机构的，应当在即时结算定点医疗机构中选择；异地居住就医人员居住所在地无即时结算定点医疗机构的，应当选择居住所在地其他定点医疗机构。

变更异地居住就医登记备案内容的，应当到参保地经办机构办理变更手续，否则仍按原申报内容进行就医管理。

异地居住就医人员应当在本人选择的异地居住就医定点医疗机构治疗。

异地居住就医人员在本人选择的异地居住就医定点医疗机构就医符合本办法第六条规定的可办理转诊转院，在异地居住就医定点医疗机构中最高级别医疗机构办理转诊转院手续。转诊转院就医医疗费用报销按本办法第十五条规定执行。异地居住就医人员未按规定办理转诊转院手续而自行住院治疗的，转诊转院就医医疗费用报销按本办法第十六条规定执行。

**第二十五条** 异地居住就医人员在即时结算定点医疗机构住院治疗，所发生的住院医疗费用应当通过城乡居民基本医疗保险信息系统直接结算；异地居住就医人员在即时结算定点医疗机构住院治疗，未通过城乡居民基本医疗保险信息系统直接结算的，其住院合规医疗费用起付标准按所住定点医疗机构类别标准执行，乙类药品的首付比例和支付部分费用的诊疗项目的首付比例为 0%，自费费用由个人负担。统筹基金支付比例按所住定点医疗



机构类别标准降低 20 个百分点执行。

异地居住就医人员在本人选择的居住所在地其他定点医疗机构（非即时结算定点医疗机构）住院，住院费用起付标准根据本人所住医疗机构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和支付部分费用的诊疗项目的首付比例为 0%，自费费用由个人负担。统筹基金支付比例根据本人所住医疗机构类别比照本市同类定点医疗机构的标准降低 15 个百分点执行。

异地居住就医人员未在本人选择的异地居住就医定点医疗机构住院治疗的，统筹基金支付标准按本办法第十五条规定标准基础上降低 20 个百分点执行。

**第二十六条** 异地居住就医人员未在即时结算定点医疗机构住院治疗或在即时结算定点医疗机构住院治疗但未通过城乡居民基本医疗保险信息系统即直接结算的。住院费用先由本人垫付，治疗结束后，每月 20 日前将本办法第十七条第（二）项至第（九）项规定资料，报送参保地经办机构，经参保地经办机构审核后，应当由统筹基金支付的费用由经办机构直接拨付就医参保人。

**第二十七条** 异地居住就医人员门诊规定病种管理参照《郑州市城乡居民基本医疗保险门诊规定病种门诊治疗管理办法（试行）》（郑人社医疗〔2016〕11 号）的规定执行。患有门诊规定病种的异地居住就医人员，应当于每年 11 月 1 日至 30 日，将本人在居住地市级及以上定点医疗机构（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



乡居民基本医疗保险门诊规定病种申请表》及相关材料报送到参保地经办机构，由参保地经办机构对报送材料进行审核并组织专家进行鉴定，符合门诊规定病种条件的参保人员于次年1月1日起享受门诊规定病种待遇。其中“恶性肿瘤、遗体器官移植、造血干细胞移植、慢性丙型肝炎”患者可随时申请。

**第二十八条** 符合城乡居民医保门诊规定病种的异地就医人员，应当在本人选择的异地就医定点医疗机构中固定一家进行门诊规定病种的门诊治疗，门诊费用每半年审核报销一次。报销时应当向参保地经办机构提供门诊病历、处方、原始发票、门诊医疗费用明细及经办机构要求的其他材料；应由统筹基金支付的医疗费用，由参保地经办机构直接拨付给就医参保人。

**第二十九条** 异地居住就医人员重特大疾病门诊病种管理参照《关于转发〈河南省人力资源和社会保障厅关于做好我省城乡居民重特大疾病医疗保障工作的通知〉的通知》（郑人社医疗〔2016〕13号）的规定执行。患有重特大疾病门诊病种的异地居住就医人员，应当于每年11月1日至30日，将本人在居住地市级及以上定点医疗机构（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、《郑州市城乡居民基本医疗保险重特大疾病门诊病种申请表》及相关材料报送到参保地经办机构，由参保地经办机构对报送材料进行审核并组织专家进行鉴定，符合重特大疾病门诊病种条件的参保人员于次年1月1日起享受重特大疾病门诊病种待遇。其中“终末期肾病、慢性粒

细胞性白血病、非小细胞肺癌、胃肠间质瘤”患者可随时申请。

**第三十条** 符合城乡居民医保重特大疾病门诊病种的异地居住就医人员，应当在本人选择的异地居住就医定点医疗机构中固定一家进行门诊治疗，门诊费用每半年审核报销一次。报销时应当向参保地经办机构提供门诊病历、处方、原始发票、门诊医疗费用明细及经办机构要求的其他材料。应由统筹基金支付的医疗费用，由参保地经办机构直接拨付给就医参保人。

**第三十一条** 参保大中专学生下述情况住院治疗参照异地居住就医规定执行：

- (一) 寒暑假、法定节假日在原籍住院治疗的；
- (二) 因病休学期间回原籍住院治疗的；
- (三) 实习期间在实习地住院治疗的；
- (四) 仍在待遇享受期内，毕业回原籍（或原籍外未就业的）住院治疗的。

## 第五章 附 则

**第三十二条** 本规定自 2017 年 1 月 1 日起执行。

---

郑州市人力资源和社会保障局办公室 2016 年 12 月 30 日印发

---