附件1

天津市基本医疗保险参保人员

异地就医结算管理办法

（公开征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为完善异地就医结算制度，保障我市基本医疗保险参保人员异地就医需求，规范运行管理，提升服务水平，根据国家和本市有关规定，结合工作实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于天津市职工基本医疗保险、城乡居民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、管理、服务，包括跨省异地长期居住人员就医和跨省临时外出就医人员就医。

第三条 异地就医结算按照“参保地待遇、就医地管理、就医地和参保地监管”的原则，坚持政策优化集成、管理规范统一、业务协同联动、服务高效便捷，持续健全异地就医结算管理服务机制，不断提升人民群众异地就医结算的获得感、幸福感和安全感。

第四条 市医疗保障行政部门负责统筹全市异地就医管理工作。各级医疗保障经办部门（以下简称“医保经办机构”）负责参保人员异地就医备案登记、审核结算、资金清算等工作。市医疗保障监督检查部门（以下简称“医保监督部门”）负责就医地和参保地监管等工作。

第二章 人员管理

第五条 本市异地就医人员包括跨省异地长期居住人员和跨省临时外出就医人员（以下简称“两类异地就医人员”）。

第六条 跨省异地长期居住人员包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等在天津市参加职工或居民基本医疗保险，长期在天津市以外省（区、市）工作、居住、生活的人员。

（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。

（二）异地长期居住人员：指长期在异地居住生活的人员，随父母异地生活（或回原籍）的学生儿童。

（三）常驻异地工作人员：指用人单位长期派驻异地工作的人员。

第七条 跨省临时外出就医人员包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他跨省临时外出就医人员。

（一）异地转诊就医人员：指参保人员因诊疗需要，办理转外就医手续后，转往异地二级或三级定点医疗机构就医的情形。

（二）异地急诊抢救人员：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。

（三）其他跨省临时外出就医人员：指参保人员自行到异地二级或三级定点医疗机构就医的情形。

第三章 备案管理

第八条 异地就医实行登记备案管理。两类异地就医人员按规定办理异地就医备案手续后，可以享受跨省异地就医直接结算服务。

第九条 跨省异地长期居住人员异地就医前，应办理异地就医备案手续。其中，异地安置退休人员，需提供异地安置认定材料（“户口本首页”和本人“常住人口登记卡”或个人承诺书）；异地长期居住人员，需提供长期居住认定材料（居住证明或个人承诺书）；常驻异地工作人员，需提供异地工作证明材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、工作合同任选其一或个人承诺书）。

第十条 跨省临时外出就医人员异地就医前，应办理异地就医备案手续。其中，异地转诊就医人员，应提供具有转诊资质的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料或个人承诺书办理备案手续；其他跨省临时外出就医人员应提供个人承诺书。

第十一条 两类异地就医人员可通过国家医保服务平台APP、津医保APP、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序自助办理异地就医备案手续或到各区医保经办机构窗口办理异地就医备案手续。本市参保人员办理异地就医备案手续后，可直接备案到就医地市或直辖市等，参保人员到海南、西藏等省级统筹地区和新疆生产建设兵团就医的，可备案到就医省和新疆生产建设兵团。参保人员可在备案地开通的跨省联网定点医疗机构享受住院费用跨省直接结算服务，可在备案地开通的跨省联网定点医药机构享受普通门诊费用跨省直接结算服务。

第十二条 跨省异地长期居住人员患有门诊特定疾病（以下简称“门特”）的，按我市有关规定到具有鉴定资格的本市医疗机构鉴诊并办理门特登记手续；也可经其选定的最高级别医疗机构鉴诊，凭诊断证明和相关检查结果，到参保地医保经办机构办理。异地就医门诊慢特病直接结算试点期间，参保人员可在原本人选定的门诊慢特病定点医疗机构基础上，额外选择2家备案地已开通门诊慢特病直接结算服务的定点医疗机构，作为本人异地就医门诊慢特病直接结算定点医疗机构。

第十三条 跨省异地长期居住人员办理登记备案后，备案长期有效，参保人员可根据实际情况设定备案有效期限并进行变更或取消。跨省临时外出就医人员办理登记备案后，备案有效期限最长为12个月，有效期内，因病情需要，可在就医地多次就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。

第十四条 异地参保人员跨省出院结算前补办异地就医备案的，本市联网定点医疗机构应为其办理医疗费用跨省直接结算。本市参保人员跨省出院结算前，可补办异地就医备案手续，享受相应异地就医直接结算服务。

第十五条 本市参保人员跨省异地就医出院自费结算后，可补充提供第九条、第十条所列证明材料，发生的合规医疗费用可以申请医保手工报销。

第四章 转诊就医管理

第十六条 转诊就医是指参保人员因诊疗需要，经本市三级定点医疗机构办理转外就医手续，转往异地二级或三级定点医疗机构就医的情形。

第十七条 参保人员应优先选择本市定点医疗机构就医，确因病情需要转往异地定点医疗机构就医的，应到本市三级定点医疗机构鉴诊并办理转外就医手续。

由副高级以上医师出具转诊转院意见，经科室主任核准后，由医院医保管理部门通过医保信息系统上传相关信息，并为参保人员打印办理结果。

第十八条 跨省异地长期居住人员因病情需在备案地省内转诊转院的，由备案地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跨省异地长期居住人员就医有关政策报销。因病情需要跨省转诊转院的，由备案地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。

第十九条 转外就医限一家医疗机构，跨省临时外出就医人员因病情需在备案地转省内其他定点医疗机构的，由第一家转入医疗机构出具转诊转院意见，发生的医疗费用按照跨省临时外出就医有关政策报销。参保人员到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，由转入医疗机构出具相关证明。

第二十条 异地急诊抢救人员发生的急诊、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。需跨省转异地医疗机构就医的，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转诊就医有关政策报销。

第二十一条 转诊转院责任医院要严格掌握转外标准，不得放宽转诊转院条件。医保经办机构应将本市三级定点医疗机构转外就医情况纳入协议考核范围。

第五章 医疗费用支付

第二十二条 本市参保人员按规定办理跨省异地长期居住或跨省临时外出就医人员备案手续后，可以在备案地和参保地双向享受医保待遇。

第二十三条 两类异地就医人员按规定办理异地就医备案手续后，在备案地异地就医直接结算发生的住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用，原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定(基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围)，执行参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。

第二十四条 参保人员未按规定办理异地就医备案手续，发生的异地就医医疗费用由本人先行垫付，治疗结束后到参保地医保经办机构申请报销，申报材料和流程按照本市有关规定执行。发生的异地就医垫付医疗费用，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。

第二十五条 跨省异地长期居住人员发生的合规的门诊（含门诊特殊病）和住院医疗费用纳入医保报销，报销比例按本市有关规定执行。异地转诊就医人员在转入医疗机构就医发生的合规的普通门诊和住院医疗费用纳入医保报销，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；转往京津冀互认的定点医疗机构就医的，按照本市有关规定执行。

第二十六条 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发生的合规的普通门诊和住院医疗费用纳入医保报销，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。

第二十七条 异地就医人员应提供真实有效的报销材料，若查实提供虚假材料的，按照国家和我市相关法律和相关规定处理。医保经办机构发现疑似违规异地就医行为的，应依法依规查实处理。

第六章 管理和监督

第二十八条 医保经办机构应将异地就医人员纳入本地统一管理，在医疗信息记录、绩效考核、医疗行为监控、费用审核、总额预算等方面提供与本地参保人员相同的服务和管理，并在定点医药机构医疗保障服务协议中予以明确。

第二十九条 医保经办机构应建立健全异地就医协同工作机制，形成分工明确、职责明晰、流程统一的跨省异地就医业务协同管理体系，在问题协同、线上报销、费用协查、信息共享等方面全面提升医保经办业务协同管理能力。

第三十条 医保监督部门应健全跨省异地就医直接结算基金监管机制，按照国家要求，不断完善本市与异地区域协作、联合检查等工作制度。定期开展本市参保人员跨省异地就医医保基金使用情况分析，精准锁定可疑问题线索，积极开展问题核查，确保医保基金安全合理使用。

第三十一条 医保监督部门应认真落实就医地和参保地监管责任，将外地参保人员在我市异地就医直接结算作为日常监管、专项检查、飞行检查等重点内容，严厉打击各类欺诈骗保行为，积极配合参保地做好相关核查。

第七章 附 则

第三十二条 两类异地就医人员办理异地就医备案手续后，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。

第三十三条 本办法由市医疗保障行政部门负责解释。

第三十四条 本办法自2023年1月1日起施行，有效期五年。

附件2

起草说明

现就《天津市基本医疗保险参保人员异地就医结算管理办法》（以下简称《管理办法》）起草情况汇报如下：

一、政策背景和起草过程

我市现行《天津市基本医疗保险参保人员异地就医管理办法》将于今年年底到期，同时，今年国家医保局会同财政部印发了《关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）,对跨省异地就医直接结算政策、管理服务、资金管理、系统建设等提出了更高的工作要求。为了切实做好我市异地就医结算管理工作，加强和规范我市异地就医人员、备案、转诊、支付和监督管理等工作，我们起草了《管理办法》。

二、《管理办法》主要内容

《管理办法》主要包括7章。具体如下：

（一）总则。明确了异地就医结算的政策背景、适用范围、职责分工等内容。

（二）人员管理。明确了异地就医人员范围。

（三）备案管理。明确了异地就医结算的备案范围、备案材料、办理渠道、备案有效期、补办备案手续等内容。

（四）转诊就医管理。明确了转诊就医的定义、参保人员转诊就医的办理流程等内容。

（五）医疗费用支付。明确了参保人员异地就医结算的医保待遇、报销比例等内容。

（六）管理和监督。明确了医保经办机构对异地就医人员的管理方式、协同工作模式，以及医保监督部门的监管工作机制等内容。

（七）附则。明确了异地就医人员参保险种变化后的具体规定，以及本办法的生效时间。