

连云港市医疗保障局文件

连医保〔2022〕116号

转发江苏省医疗保障局关于转发国家医保局 财政部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

各县（区）医疗保障局，各医保经办机构：

现将《江苏省医疗保障局关于转发国家医保局 财政部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》（苏医保发〔2022〕50号）转发给你们，并进一步明确相关政策，请认真贯彻执行。

一、明确异地就医人员范围

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长期在异地居住、工作、生活的人员（以下简称“异地长期居住人员”）；异地转诊就医人员或因工作、旅游等原因异地急诊抢

救人员及其他临时外出就医人员（以下简称“临时外出就医人员”）。

二、明确异地就医备案有效期限

临时外出就医人员备案有效期为6个月，有效期内可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。符合直接备案病种的参保人员，备案有效期为一年。参保人员因同种疾病需在就医地继续治疗或再次转外就医的，通过线上渠道或电话申请，由参保地医保经办机构为其继续办理异地就医备案手续。

参保人员可凭相关材料办理异地长期居住备案；也可以个人信用为担保，以承诺方式办理异地长期居住备案，但需满6个月以后方可申请重新备案。

参保人员因工作和生活要多地流动的，需提供有效长期居住相关材料，即可申请办理异地长期居住人员多地备案。

三、明确临时外出就医人员转诊政策

临时外出就医人员可通过具有转诊资质的定点医疗机构办理转诊，定点医疗机构不得将在本地住院作为开具转诊的先决条件。

办理转诊手续的人员和因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员，异地就医享受与参保地同样的门诊待遇；其他临时外出就医人员，异地门诊医疗费用报销比例比市内相应医疗机构降低20个百分点。

四、明确市域范围流动就医政策

规范统筹区内就医服务，取消市域范围内跨县（区）流动人员就医转诊手续，实行统一分级诊疗政策，按照市级统筹管理服务规范，在同等级别医疗机构就医待遇水平不降低。

五、明确其他异地就医直接结算相关政策

参保人员出院结算前补办异地就医备案的，就医地联网定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用直接结算。参保人员出院自费结算后按规定补办备案手续的，可以按参保地规定申请医保手工报销。

本通知从印发之日起执行。

附件：《江苏省医疗保障局关于转发国家医保局 财政部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》（苏医保发〔2022〕50号）



（此件公开发布）