

河南省医疗保障局 文件 河南省财政厅

豫医保办〔2025〕2号

河南省医疗保障局 河南省财政厅

关于进一步加强异地就医直接结算管理服务的通知

各省辖市、济源示范区医疗保障局、财政局，航空港区组织人事部、财政金融局：

为深入贯彻落实党的二十大决策部署、二十届三中全会改革决定，根据《国家医保局 财政部关于进一步加强异地就医直接结算管理服务的通知》（医保发〔2024〕21号）和《国家医保局办公室 财政部办公厅关于稳妥有序扩大跨省直接结算门诊慢特病病种范围的通知》（医保办发〔2024〕19号）要求，进一步提升完善异地就医直接结算服务水平，现就有关事项通知如下：

一、加强异地就医备案管理

(一) 规范异地就医备案流程。异地长期居住或临时外出就医的参保人员办理异地就医备案后可以享受异地就医直接结算服务。各级医保部门要严格执行《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（2024年版）〉〈河南省医疗保障经办政务服务事项办事指南（2024年版）〉》要求，实现异地就医备案办理条件、申办材料、办理流程、办结时限、服务标准、经办方式等原则上全省统一，已实行省内异地就医免备案的统筹区仍按原规定执行。

(二) 强化异地就医备案管理。各级医保部门要严格执行异地就医备案政策，原则上“先备案，后结算”，做好统筹区交界区域人员异地就医需求。参保地设置变更或取消备案的时限原则上不超过6个月，其中，参保人员办理异地长期居住备案（含异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作）时，以材料制办理的，应按照备案类型提供对应材料，可随时变更或取消备案；若因特殊原因，无法及时提供备案所需材料的，允许承诺制容缺办理，并及时补充相关材料；以承诺制办理但未补充材料的，6个月内不得变更或取消备案，且取消备案后24个月内不得再次以承诺制办理异地长期居住备案。各级医保部门要以适当方式实现对未及时补充材料人员的告知提醒。因参保人员提供虚假备案材料造成基金损失的，按照《医疗保障基金使用监督管理条例》等相关规定执行。

二、完善异地就医结算报销政策

(一) 异地长期居住备案报销政策。异地长期居住备案人员，享受参保地、备案地双向直接结算待遇。备案有效期内确需回参保地就医的，以材料制办理的，原则上支付比例与本地同级别医疗机构保持一致；以承诺制办理，但未补充备案类型所需材料的，原则上支付比例在本地同级别医疗机构基础上降低 20 个百分点；承诺制备案人员补充相应材料后，享受与材料制备案相同就医待遇。

(二) 临时外出备案报销政策。各统筹地区根据经济社会发展水平、人民健康需求、医保基金支撑能力和分级诊疗要求，依据就医类型合理确定异地就医差异化结算报销政策。基金累计结余可支付月数少于 6 个月、参保人异地就医需求多的地区应加强医保基金运行风险防范，及时完善异地就医结算报销政策，临时外出就医人员报销水平与参保地同级别医疗机构报销水平保持合理差异，原则上，异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例降低 10 个百分点左右，非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员支付比例降低 20 个百分点左右。相关政策调整须提前报省级医保、财政部门备案同意后执行。

(三) 其他异地就医报销政策。异地就医人员经急诊抢救无效死亡的，因急诊发生的门诊费用视同住院费用，无法直接结算的医疗费用先由患者家属全额垫付，随后持死亡医学证明及相关资料回参保地经办机构按规定报销。新生儿（出生 0—28 天）在

异地定点医疗机构住院的，参照临时外出急诊就医待遇标准执行。精神类疾病患者异地就医凭精神类疾病诊断证明参照临时外出急诊就医待遇标准执行。已实行省内异地就医免备案的统筹区，要做好政策解读和基金运行评估，及时完善相关政策。

三、规范门诊慢特病结算流程

（一）待遇认定。参保人员应按规定通过线上或线下渠道，及时向参保地提交门诊慢特病病种待遇认定申请。参保地医保经办机构应优化异地门诊慢特病认定服务流程，加强待遇资格审核管理，为参保人员门诊慢特病待遇认定提供便捷、高效的服务。

（二）资格识别。就医地定点医疗机构应在挂号、就诊和结算环节优先调取异地参保患者门诊慢特病病种待遇认定信息，方便提供相关诊疗和结算服务。有条件的定点医疗机构可在线上预约挂号时，提前做好异地参保人员身份和门诊慢特病待遇资格的识别。

（三）结算方式。异地长期居住或临时外出就医的参保人员办理异地就医备案后可以享受门诊慢特病异地就医直接结算服务。定点医疗机构在为具备门诊慢特病待遇资格的异地参保人员提供异地直接结算服务时，应专病专治，合理用药，将门诊慢特病相关治疗费用分病种单独结算。就医地按照本地支付范围和规定对每条费用明细进行费用分割后，连同参保人员门诊慢特病病种代码传输给参保地。参保地按规定计算参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传至就医地定点医疗机

构。同时发生的与门诊慢特病治疗无关的其他医疗费用按普通门诊费用分开结算。尚未开展异地直接结算的门诊慢特病病种费用，应指导参保人员全额垫付医疗费用后回参保地手工报销。有条件的定点医疗机构结算成功后在票据、清单等凭证上显示结算医疗费用类别（普通门诊、门诊慢特病或自费等）。

（四）妥善处理退费需求。异地参保人员有门诊慢特病待遇的，在门诊挂号和就诊结算时应主动告知定点医疗机构。就医地医疗机构要加强内部服务流程优化，定点医疗机构应主动询问参保人员是否有门诊慢特病待遇，及时调取参保人员门诊慢特病结算资格，减少退费情况的发生。门诊慢特病费用按照普通门诊统筹待遇结算的，定点医疗机构核实相关情况后，应协助为参保人员退费后重新按照门诊慢特病结算。

四、强化异地就医直接结算经办管理

（一）加强就医地日常审核。各统筹地区应将异地就医人员纳入本地同质化管理，相关异地就医直接结算医疗费用纳入本地智能审核和核查检查范围，加强日常审核，规范定点医疗机构诊疗行为。各级医保部门要强化监督指导，压实就医地管理责任，及时跟踪监测异地就医费用审核扣款情况。就医地审核扣款情况纳入中央财政医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）绩效评价指标体系，对异地就医直接结算审核扣款率明显低于本地就医平均审核扣款率的地区，降低绩效评价得分。

(二) 完善费用协查工作机制。各统筹地区要按照《河南省医疗保障局 河南省财政厅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》(豫医保办〔2022〕48号)要求,做好3万元以上异地就医住院疑似违规费用的协查工作。参保地确需就医地协查的其他费用,可依托异地就医管理子系统业务协同管理模块等多种渠道发起问题协同,就医地经办机构按要求做好问题响应和处理。

(三) 加强异地就医业务协同管理。各统筹地区应指定专人负责异地就医业务协同工作,提升问题处理、业务审核、信息共享等方面的协同能力。及时将定点医疗机构和参保人员反映的问题通过异地就医管理子系统业务协同管理模块点对点发起问题协同,也可通过省异地结算联络员进行异地协调。问题协同地应按要求及时响应,加强沟通,切实提升问题响应效率。

(四) 强化异地就医基金监管。各统筹地区要做好住院费用明细和结算清单上传工作,加强日常监测,定期开展异地就医结算运行分析,深度挖掘数据,及时发现基金使用异常情况,加强异地就医结算对医保基金运行影响监测,有效识别并防范基金安全隐患。加强资金清算调度,强化医保部门与财政部门协作配合,完善信息交互和资金拨付流程。就医地要切实履行基金监管责任,将异地就医基金使用无差别统一纳入本地监管。推动建立高效迅速、衔接流畅的跨区域协同监管机制,实现协同监管、联合检查、联合惩戒。加强跨部门协作和信息共享,充分利用大数

据手段，精准快速锁定欺诈骗保、违反定点协议的可疑线索，提升精准打击能力。异地就医相对集中地区的医保部门经费保障应适当向异地就医监管工作倾斜。

五、有关要求

（一）加强组织领导。落实和完善异地就医结算是二十大报告提出的重要任务之一，各统筹区要将此项工作作为深化医疗保障制度改革的重要任务，加强领导、统筹谋划、协调推进，确保政策调整和信息系统落实到位。

（二）做好衔接过渡。各地医保部门要根据文件精神和本地基金实际情况，科学测算，及时调整与本通知不相符的政策措施，出台配套待遇政策，完善《河南省基本医疗保险异地就医登记备案表》和《河南省异地就医备案个人承诺书》中温馨提示、备案告知书及承诺事项内容（见附件），按要求请示报备，确保同国家和省政策相衔接，保障异地就医直接结算工作平稳过渡。本通知下发前已通过承诺制容缺办理异地长期居住人员备案的，各统筹区可根据实际情况妥善处理。

（三）做好就医服务。各地要做好异地就医直接结算服务，尤其是新增慢性阻塞性肺疾病、类风湿关节炎、冠心病、病毒性肝炎、强直性脊柱炎等5种门诊慢特病相关治疗费用异地就医直接结算服务，严格执行就医地目录、参保地政策，做好信息保障、定点扩围和就医地管理工作。

（四）做好宣传引导。各地要加大政策宣传培训，做好政策

解读工作，重点讲清新老政策变化，拓展多种信息化服务渠道，及时回应群众关切，合理引导社会预期。

- 附件：1. 河南省基本医疗保险异地就医登记备案表
2. 河南省异地就医备案个人承诺书



附件1

河南省基本医疗保险异地就医登记备案表

备案编号：

姓 名		性 别		参保类别	1. 职工医保（离休） ☐ 2. 城乡居民医保 ☐
身份证件号码					
人员类别	☐ 异地长期居住备案	☐ 异地安置退休人员 ☐ 异地长期居住人员 ☐ 常驻异地工作人员	登记类别	☐ 新增 ☐ 变更 ☐ 取消	
	☐ 临时外出就医备案	☐ 异地急诊抢救 ☐ 异地转诊就医 ☐ 其他临时外出就医			
参保地 联系地址			就医地 联系地址		
联系人			联系电话		
转往省 (市、区)			地区 (市、州)		
温 馨 提 示 1. 异地就医需遵循“先备案、选定点、持卡码就医”的原则，如申请备案时已入院，为保证异地就医直接结算，请按照规定填报备案开始日期。 2. 异地就医备案时，除到北京、天津、上海、重庆、海南、西藏和新疆建设兵团就医，直接备案到就医省份外，其他备案到就医地省辖市；参保人到备案地以外的定点医疗机构就医，按参保地有关规定执行。 3. 异地长期居住人员按照备案类型分别提供所需材料：异地安置退休人员需提供异地安置认定材料：居民户口簿（户口簿首页和本人常住人口登记卡）；异地长期居住人员需提供长期居住认定材料：居住证、居民户口簿（户口簿首页和本人常住人口登记卡）任选其一；常驻异地工作人员需提供异地工作认定材料：参保地工作单位派出凭证、异地工作劳动合同任选其一。若因特殊情况，上述材料备案时无法提供的，允许承诺制容缺办理，填写个人承诺书，并及时补充相关材料。办理异地长期居住备案后，备案长期有效；以材料制办理备案的，可随时申请变更或取消；以承诺制办理，应及时补充备案类型所需材料；未补充材料的，6个月内不得变更或取消备案，且取消备案后24个月内不得再次以承诺制办理异地长期居住备案。 4. 临时外出就医人员按照备案类型分别提供所需材料：异地转诊人员一般由参保地规定的定点医疗机构开具转诊转院单；异地急诊抢救人员由就诊医院录入急诊信息后视同已备案（就诊医院不具备条件的，也可提供符合医疗文书的急诊诊断证明由参保地经办机构备案）；其它临时外出（非急诊未转诊）人员填写个人承诺书。临时外出就医人员备案有效期原则上为6个月。 5. 异地长期居住人员办理备案后，异地就医时原则上享受正常待遇。备案有效期内确需回参保地就医的，材料制办理的原则上支付比例与本地同级别医疗机构保持一致；承诺制办理但未补充备案类型所需材料的，原则上支付比例在本地同级别医疗机构基础上降低20个百分点；承诺制备案人员补充相应材料后，享受与材料制备案相同就医待遇。 6. 临时外出就医人员办理备案后，原则上，异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例降低10个百分点左右，非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员支付比例降低20个百分点左右。备案有效期内回参保地就医的享受正常待遇。 7. 异地长期居住或临时外出就医的参保人员办理异地就医备案后可以参保地规定享受异地就医直接结算服务。异地直接结算门诊慢特病病种费用在备案地享受直接结算，尚未开展异地直接结算的门诊慢特病病种费用回参保地手工报销。					
备案开始日期	年 月 日		备案结束日期	☐ 默认 ☐ 年 月 日	
是否提供备案对应材料	☐ 是 ☐ 否		☐ 本人 ☐ 被委托人 签名	年 月 日	

经办机构（盖章）： 联系电话： 经办人： 经办日期： 年 月 日

（一式两份，申办人和经办部门各留一份）

河南省异地就医备案个人承诺书

姓 名		性 别		参保类别	1. 职工医保（离休） ☐ 2. 城乡居民医保 ☐
身份证号				联系电话	
人员类别	☐ 异地长期居住就医备案			☐ 异地安置退休人员 ☐ 异地长期居住人员 ☐ 长驻异地工作人员	
	☐ 临时外出就医备案			☐ 非急诊未转诊人员	
参保地			就医地		
备案开始日期	年 月 日		备案结束日期		☐ 默认 ☐ 年 月 日
备案告知书 1. 异地长期居住人员按照备案类型分别提供：异地安置退休人员需提供异地安置认定材料：居民户口簿（户口簿首页和本人常住人口登记卡）；异地长期居住人员需提供长期居住认定材料：居住证、居民户口簿（户口簿首页和本人常住人口登记卡）任选其一；常驻异地工作人员需提供异地工作认定材料：参保地工作单位派出凭证、异地工作劳动合同任选其一。若因特殊情况，上述材料备案时无法提供的，允许承诺制容缺办理，填写个人承诺书，并及时补充相关材料。办理异地长期居住备案后，备案长期有效；以材料制办理备案的，可随时申请变更或取消；以承诺制办理，应及时补充备案类型所需材料；未补充材料的，6个月内不得变更或取消备案，且取消备案后24个月内不得再次以承诺制办理异地长期居住备案。 2. 临时外出就医人员按照备案类型分别提供：异地转诊人员一般由参保地规定的定点医疗机构开具转诊转院单；异地急诊抢救人员由就诊医院录入急诊信息后视同已备案（就诊医院不具备条件的，也可提供符合医疗文书的急诊诊断证明由参保地经办机构备案）；其它临时外出（非急诊未转诊）人员填写个人承诺书。临时外出就医人员备案有效期原则上为6个月。 3. 异地长期居住人员办理备案后，异地就医时原则上享受正常待遇。备案有效期内确需回参保地就医的，材料制办理的原则上支付标准与本地同级别医疗机构保持一致；承诺制办理但未补充备案类型所需材料的，原则上支付比例在本地同级别医疗机构基础上降低20个百分点；承诺制备案人员补充相应材料后，享受与材料制备案相同就医待遇。 4. 临时外出就医人员办理备案后，原则上，异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例降低10个百分点左右，非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员支付比例降低20个百分点左右。备案有效期内回参保地就医的享受正常待遇。					
承诺事项 本人申请办理异地就医备案业务，已阅读并知晓《备案告知书》所述内容，同意遵守相关规定。因个人原因无法提供异地就医备案相关认定材料，本人保证符合此业务办理条件，所述信息真实、准确、完整、有效，愿意接受信息共享查询核验，由此产生的一切经济损失和法律责任均由本人承担。 承诺人(签名、指印): 被委托人(签名、指印): 年 月 日					
备注	本表由参保人员或被委托人填写，由医保经办机构存档，两年内不得销毁。				

