

河南省人力资源和社会保障厅文件

豫人社医疗〔2016〕18号

河南省人力资源和社会保障厅 关于印发河南省基本医疗保险转诊转院和 异地就医管理暂行办法的通知

各省辖市、省直管县（市）人力资源和社会保障局：

现将《河南省基本医疗保险转诊转院和异地就医管理暂行办法》印发给你们，请遵照执行。



2016年12月21日

（此件主动公开）

（联系单位：医疗保险处）

河南省基本医疗保险转诊转院和 异地就医管理暂行办法

第一章 总 则

第一条 为规范我省基本医疗保险转诊转院和异地就医管理，根据《河南省人民政府办公厅关于印发河南省城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）的通知》（豫政办〔2016〕194号）、《河南省人民政府办公厅关于推进分级诊疗制度建设的实施意见》（豫政办〔2016〕53号）等文件规定，制定本暂行办法。

第二条 参加我省基本医疗保险的职工、城乡居民（以下简称参保人员）跨省辖市（省直管县〔市〕）或跨省转诊转院、异地就医住院诊疗适用于本暂行办法。

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

第四条 参保人员转诊转院和异地就医原则上应选择异地就医即时结算定点医疗机构。

第二章 转诊转院

第五条 转诊转院包括上转和下转。

上转是指参保人员在定点医疗机构门诊或住院诊治时，因定

点医疗机构医疗服务条件和能力不足，无法确诊或治疗须转入上级医疗机构进一步诊治的医疗行为。

下转是指经上级医疗机构诊断明确、治疗后病情稳定的慢性病患者、康复期患者、老年病患者等转至基层医疗卫生机构进行治疗、康复和护理等的医疗行为。

第六条 参保人员需转往参保地外市级及以上医疗机构住院的，应到参保地确定具有转诊转院资格的定点医疗机构开具转诊转院证明；需再次转院的，应由所住医疗机构开具转诊转院证明。参保人员凭转诊转院证明向参保地医保经办机构备案；在异地就医即时结算定点医疗机构就医的，医保经办机构同步办理电子转诊。

第七条 首诊定点医疗机构为参保人员办理转诊转院手续时，应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。不得强行为参保人员指定医疗机构。

第八条 参保人员因急诊、精神病等原因未及时办理转诊转院、异地就医相关手续的，应当在入院后7个工作日内向参保地医保经办机构补办相关手续。

第九条 转诊转院一个治疗周期原则上不超过3个月。超过3个月的，应向参保地医保经办机构申请办理延期手续。

同一疾病过程多次到同一家医疗机构住院治疗的，第二次及以后不再办理转诊证明，经参保地医保经办机构备案后可直接到医疗机构住院。

第十条 在市级及以上医疗机构住院参保人员经诊治可转往基层医疗机构治疗的,应及时下转到基层医疗机构进行后续治疗。

第三章 异地居住就医

第十一条 异地居住人员,是指在参保地医保经办机构办理异地就医备案手续的参保人员。主要包括异地安置退休人员、异地长期工作人员和异地长期居住人员。

第十二条 异地居住人员应按规定在居住地选择不同级别医疗机构作为本人异地居住就医定点医疗机构。

第十三条 参保的在校大中专学生节假日期间在原籍医疗机构住院,基本医保基金参照参保地相应医疗机构级别标准报销医疗费用。

第四章 费用结算

第十四条 建立转诊转院、异地就医(以下统称为异地就医)即时结算周转金制度。周转金划转、上解、下拨、支付及账务处理按照《河南省人力资源社会保障厅、河南省财政厅关于河南省城镇基本医疗保险异地就医即时结算有关账务处理问题的通知》(豫人社医疗〔2014〕1号)有关规定执行。

第十五条 参保人员在异地就医即时结算定点医疗机构住院的,其医疗费用可通过异地就医平台即时结算;在非即时结算定点医疗机构住院的,医疗费用由个人垫付,随后持相关资料到参

保地医保经办机构按规定报销。

第十六条 对按规定上转的参保人员，上转后只负担上下级医疗机构起付标准的差额部分；按规定下转的参保人员不再负担转入医疗机构起付标准。

第十七条 参保人员应首先选择在基层医疗机构就医，在参保地外基层医疗机构住院的，基本医保基金参照参保地相应医疗机构级别标准报销医疗费用；未按规定办理转诊、异地就医备案手续或自行到参保地外市级及以上医疗机构就医的，其医疗费用按规定比例降低 20 个百分点报销。

第十八条 异地就医即时结算定点医疗机构应对未办理转诊、异地就医备案手续的参保人员履行告知义务，并协助其补办备案手续。参保人员坚持直接住院的，应要求其签署知情同意书。对未履行告知义务，直接收住参保人员住院治疗的，其按 20 个百分点降低报销的费用由异地就医即时结算定点医疗机构承担。

第十九条 定点医疗机构对不符合急诊入院条件而随意出具急诊证明的，其应当由基本医保基金支付的费用由医疗机构承担。

第二十条 参保人员经急诊抢救无效死亡的，其因急诊发生的门诊费用视同住院按规定报销。

第五章 管理与监督

第二十一条 异地就医即时结算定点医疗机构实行就医地统

一管理。就医地医保经办机构将转诊转院、异地就医人员纳入本地统一管理，在定点医疗机构确定、医疗信息记录、医疗行为监控、医疗费用审核和稽核等方面提供与本地参保人相同的服务和管理，并在与定点医疗机构协议管理中予以明确。

第二十二条 定点医疗机构要主动甄别并认真核对参保人员身份，及时为转入的参保人员办理转诊及住院手续。发现病人与转诊信息身份不符时，应及时通知就医地医保经办机构。

第二十三条 就医地医保经办机构要加强对涉及转诊转院、异地就医定点医疗机构的监督检查，发现严重违规行为，按有关规定进行处理。

第二十四条 省级医保经办机构定期组织全省异地就医联审互查，对就医地责任落实情况进行考评，协调处理有关争议、纠纷。

第六章 附 则

第二十五条 省级医保经办机构根据本暂行办法制定具体经办规程。

第二十六条 各省辖市要根据国家和我省异地就医即时结算相关规定，兼顾统筹区域内外政策差异，适时调整参保人员转诊转院、异地就医报销政策。

第二十七条 本办法由省人力资源和社会保障厅负责解释。

第二十九条 本办法从2017年1月1日开始执行。

河南省人力资源和社会保障厅办公室

2016 年 12 月 23 日印发

