

菏泽市医疗保障局文件

菏医保〔2022〕7号

关于进一步规范职工门诊慢特病 异地就医有关问题的通知

各县区医疗保障局、开发区医疗保障办公室、高新区社会医疗保障局：

为进一步完善职工门诊慢特病政策，规范职工慢特病异地就医流程，切实保障参保职工门诊慢特病待遇，按照山东省医疗保障局 山东省财政厅《关于调整我省参保人员异地就医政策有关问题的通知》（鲁医保发〔2022〕46号）的相关规定，结合我市现行政策，现就进一步规范职工门诊慢特病异地就医有关问题通知如下：

一、异地就医范围

职工门诊慢特病异地就医费用包括“异地长期居住就医

费用”及“临时外出就医费用”。“异地长期居住就医费用”是指异地长期居住人员在长期居住地发生的医疗费用；“临时外出就医费用”是指本地参保人员省内跨市及跨省就医发生的医疗费用或“异地长期居住人员”在长期居住地之外发生的医疗费用。

二、异地就医备案

职工门诊慢特病“异地长期居住人员”需先按规定办理异地长期居住备案，方可享受异地长期居住人员职工门诊慢特病待遇，备案不再提供户籍证明、居住证等证明材料，实行承诺备案制，一次备案长期有效。“临时外出就医人员”省内跨市就医取消临时外出备案，就医费用直接联网结算；跨省就医临时外出备案不再提供转诊转院证明或在外就医急诊证明等材料，备案后可享受联网结算待遇。

职工门诊慢特病参保人员省内跨市异地就医的，取消定点医疗机构家数限制；跨省联网结算备案的定点医疗机构家数，按国家规定执行。

三、结算方式

职工门诊慢特病异地就医费用可在就医地直接联网结算，如不能在就医地联网结算，需持医疗机构收费有效票据、费用清单等相关资料回参保地医保经办机构报销。

四、报销政策

职工门诊慢特病“临时外出就医人员”异地就医首先自付比例为10%。“异地长期居住人员”在长期居住地就医，

取消异地首先自付比例；在备案的长期居住地以外就医，按临时外出就医政策执行，首先自付比例为 10%。

职工门诊慢特病异地就医起付线、报销比例参照本地就医政策执行，现行政策为：一个年度内组织器官移植抗排异治疗、血液透析、腹膜透析、严重精神障碍无起付线，其余病种起付线为 700 元，起付线一个年度内只扣除一次；组织器官移植抗排异治疗、血液透析、腹膜透析政策范围内报销比例为 90%，其余病种报销比例为 87%。

临时外出就医费用年度最高支付限额与异地长期居住费用年度最高支付限额一致，按《职工门诊慢特病异地长期居住、临时外出就医费用年度最高支付限额标准》（详见附件）执行。组织器官移植抗排异治疗、血液透析、腹膜透析病种费用单独核算，其他病种如同时存在多个病种，按限额标准最高的病种限额执行。

异地长期居住人员临时外出就医费用与其在长期居住地发生的就医费用合并计算，按照异地长期居住年度最高支付限额执行；本地参保人员临时外出就医费用与其本地就医费用合并计算，一并纳入其本地职工门诊慢特病定点医疗机构年度协议定额，年终统一核算。

五、工作要求

各县区医保部门要严格按照省、市相关文件要求，优化异地就医备案程序，规范就医流程，方便参保人员异地就医。加强对异地就医费用的审查稽核，严格按照基本医疗保险目

录、病种用药范围及报销政策审核结算，严禁违规使用、虚假报销；加强对异地就医联网结算的监督管理，严禁本地异地、网上网下重复开药、重复报销。

六、本文件自 2022 年 7 月 1 日起执行。

附：《职工门诊慢特病异地长期居住、临时外出就医费用年度最高支付限额标准》



职工门诊慢特病异地长期居住、临时外出 就医费用年度最高付限额标准

单位：元

病种名称	异地长期居住最高支付限额	临时外出最高支付限额
组织、器官移植抗排异治疗	75000	75000
血液透析	107000	107000
腹膜透析	55000	55000
血友病	10000	10000
恶性肿瘤	10000	10000
严重精神障碍	10000	10000
强直性脊柱炎	10000	10000
肺动脉高压	10000	10000
克罗恩病	10000	10000
肺间质纤维化	10000	10000
重症肌无力	10000	10000
耐多药结核	与住院等费用合并计算，执行年度基本医疗、大额救助最高支付限额。	与住院等费用合并计算，执行年度基本医疗、大额救助最高支付限额。
广泛耐药结核		
慢性乙型病毒性肝炎	4000	4000
慢性丙型病毒性肝炎	4000	4000
肝硬化	4000	4000
肺结核	4000	4000
肺外其他部位结核	4000	4000
其余病种	3600	3600

备注：恶性肿瘤患者如服用靶向药物，靶向药物费用单独核算，不受年度最高支付限额限制。