

广西壮族自治区 医疗保障局文件

桂医保规〔2022〕4号

广西壮族自治区医疗保障局关于印发广西 基本医疗保险就医管理暂行办法的通知

各市医疗保障局，自治区医疗保障事业管理中心、自治区医疗保障基金监管事务中心：

现将《广西基本医疗保险就医管理暂行办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

广西壮族自治区医疗保障局

2022年12月27日



广西基本医疗保险就医管理暂行办法

第一条 为保障基本医疗保险参保人员的合法权益，规范参保人员的就医行为，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》（国令第735号）、《国家医保局 财政部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）、《广西基本医疗保险门诊特殊慢性病管理办法》（桂医保规〔2022〕2号）以及基本医疗保险相关法律、法规 and 政策的有关规定，结合我区实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于广西职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）、城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）参保人员的就医管理工作。

第三条 参保人员就医应遵循“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”分级诊疗原则。

第四条 参保人员在就医、费用结算时，应当主动出示本人医保电子凭证、社会保障卡等有效凭证（以下简称“医疗保障凭证”），并配合定点医疗机构的核验。

第五条 参保人员应当妥善保管本人医疗保障凭证，防止他人冒名使用。参保人员不得将本人医疗保障凭证出借给他人使用。

第六条 参保人员应当在定点医疗机构就医，在非定点医疗机构就医发生的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付（因突发疾病就医的除外）。

第七条 参保人员在定点医疗机构发生的门诊[包括门（急）诊、门诊特殊慢性病等，下同]和住院（包括急诊留观、家庭病床

等，下同）医疗费用，属于基本医疗保险基金支付的，由医疗保障经办机构与定点医疗机构按服务协议约定结算；属于个人支付的，由参保人员直接与定点医疗机构结算。

第八条 参保人员门诊就医按以下规定办理：

（一）持本人医疗保障凭证到定点医疗机构就诊；享受门诊特殊慢性病待遇的，应主动出示相关凭证。

（二）在定点医疗机构门诊就医发生的属于基本医疗保险支付范围的医疗费用，按门诊统筹有关规定支付，超出门诊统筹规定的费用，使用职工医保个人账户或自费结算。

（三）门诊特殊慢性病、单列门诊统筹支付实行定点管理，参保人员在本人选定的定点医疗机构就诊发生的医疗费用，按基本医疗保险规定支付；在非本人选定的定点医疗机构发生的医疗费用，不享受相关待遇。

（四）居民医保门诊医疗统筹的定点管理按照参保地管理政策执行。

第九条 参保人员住院就医按以下规定办理：

（一）定点医疗机构应当严格执行卫生健康部门规定的住院治疗条件标准。不符合住院条件产生的住院医疗费用，基本医疗保险基金不予支付。

（二）参保人员凭本人医疗保障凭证办理住院手续。

（三）定点医疗机构原则上应在参保人员入院 24 小时内将其基本情况录入医疗保障信息平台。

（四）参保人员住院治疗期间，不得向经治医师提出不合理的治疗、用药要求。

（五）定点医疗机构要做到合理检查，合理用药，对症施治，合规收费，并及时、准确、真实地向参保人员提供住院日费用清单和住院医疗费用结算清单。

（六）参保人员住院期间应在入住定点医疗机构接受规范治疗，禁止挂床住院。

（七）定点医疗机构应及时为符合出院条件的参保人员办理出院手续，无故拖延住院时间发生的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付。符合出院条件、参保人员拒不出院的，从定点医疗机构通知其出院之日起，停止享受基本医疗保险住院医疗待遇；定点医疗机构负责将有关情况通知医疗保障经办机构。

（八）参保人员出院时，定点医疗机构开具出院带药应遵循处方管理规定，不得列开检查、化验、治疗等诊疗项目带出院，否则基本医疗保险基金不予支付。

（九）定点医疗机构应保障参保人员住院期间合理诊疗需求，原则上不允许参保人员在住院期间到其他定点医疗机构检查治疗或定点零售药店购药；确因病情需要到其他定点医疗机构检查治疗或定点零售药店购药的，需定点医疗机构同意并将相关费用纳入住院费用一并结算。

（十）参保人员住院期间停止享受门诊医疗待遇。

第十条 异地就医是指参保人员在统筹地区外定点医疗机构的就医行为。参保人员异地就医应及时向参保地医疗保障经办机构办理备案。

（一）范围对象。

1. 长期异地就医人员，是指跨统筹地区工作、居住、生活超

过 6 个月的参保人员，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。

2. 短期异地就医人员，是指跨统筹地区工作、居住、生活不超过 6 个月的参保人员，以及因出差、旅游等原因异地急诊抢救的临时外出就医人员。

3. 异地转诊人员，是指定点医疗机构限于技术和设备条件等原因难以确诊和治疗，需转统筹地区外医疗机构诊治的参保人员。

转诊转院应遵循“患者安全、分级诊疗、逐级就近”的原则进行。定点医疗机构应根据患者病情确定是否转诊，不得将在本地或本院住院作为开具转诊的先决条件。转诊的条件范围：

(1) 原就医定点医疗机构难以确诊的疾病；

(2) 原就医定点医疗机构难以治疗的疾病；

(3) 综合性定点医疗机构接诊后按规定需转院转诊的传染病、精神病等专科疾病；

(4) 符合卫生健康部门分级诊疗有关规定的疾病。

(二) 异地就医（转诊）备案。

1. 办理备案。参保人员异地就医备案地为就医地地级市或直辖市，实行基本医疗保险省级统筹的地区可备案到就医省。享受门诊特殊慢性病、单列门诊统筹支付待遇的参保人员应同时选定相应定点医疗机构。

参保人员转到统筹地区外就医的，由统筹地区医疗保障经办机构指定的定点医疗机构出具转诊证明办理。

2. 备案时效。长期异地就医备案长期有效，原则上 6 个月内不得变更或取消备案。短期异地就医备案和异地转诊备案原则上

有效期为 6 个月，有效期内可在就医地多次就诊；备案有效期结束后，参保人员因同种疾病确需在就医地继续治疗或再次转外就医的，可申请将备案有效期延续 6 个月。

（三）异地就医结算。参保人员凭本人医疗保障凭证在就医地联网定点医疗机构享受门诊、住院医疗费用直接结算服务。参保人员符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用纳入异地就医直接结算范围。未直接结算的医疗费用可回参保地医疗保障经办机构办理报销。

第十一条 参保人员异地就医（转诊）发生符合基本医疗保险支付范围的医疗费用按以下规定办理：

（一）支付政策。异地就医直接结算原则上执行就医地规定的基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围及有关政策，执行参保地规定的基本医疗保险起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊特殊慢性病病种范围等有关政策。未直接结算的异地就医医疗费用按参保地基本医疗保险政策执行。

（二）报销比例。

1. 长期异地就医人员、短期异地就医人员办理异地备案后，按参保地就医的报销比例执行。

2. 异地转诊人员办理异地备案后，转诊到自治区内住院的，执行参保地住院治疗报销比例；转诊到自治区外住院的，在参保地住院治疗报销比例的基础上降低 10%；转诊到统筹地区外自治区内国家区域医疗中心住院的，按参保地三级定点医疗机构的报销比例执行。

3. 不符合异地就医（转诊）备案条件的参保人员，在统筹地

区外自治区内、自治区外住院的，在参保地住院治疗报销比例的基础上分别降低 15%、20%。

第十二条 参保人员办理长期异地备案手续后，可在备案地和参保地双向享受医保待遇。参保人员以个人承诺方式办理长期异地备案手续的，应履行承诺事项，可在补齐相关备案材料后在备案地和参保地双向享受医保待遇；不能补齐相关备案材料，备案有效期内非急诊抢救回参保地住院的，报销比例参照本办法第十一条报销比例的第 3 项执行。

第十三条 参保人员出院结算前补办异地备案手续的，定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用直接结算。参保人员自费结算后按规定补办备案手续，可以按参保地规定申请医保手工报销，报销比例按办理异地备案手续同等待遇标准执行。

第十四条 异地就医人员符合转外就医规定的，执行参保地转诊转院政策待遇。

第十五条 实行就医结算一体化管理统筹地区的参保人员，在区域内就医无需办理异地备案手续，享受与参保地就医同等医疗待遇。

第十六条 参保人员或者其他个人在就医过程中有违反《医疗保障基金使用监督管理条例》规定行为的，按《医疗保障基金使用监督管理条例》相关规定处理。

第十七条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起施行。《广西壮族自治区人力资源和社会保障厅关于印发广西基本医疗保险就医管理暂行办法的通知》（桂人社发〔2017〕6 号）同时废止。今后国家、自治区有新规定的，从其规定。

本办法由广西壮族自治区医疗保障局负责解释。

公开方式：主动公开

广西壮族自治区医疗保障局办公室

2022年12月27日印发
