

索引号:	11220000MB19566296/2019-04395	分类:	医药服务管理、医保经办管理;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2019 年 06 月 26 日
标题:	吉林省医疗保障局 吉林省财政厅关于扎实做好 2019 年全省异地就医服务管理工作的通知		
发文字号:	吉医保联〔2019〕9 号	发布日期:	2019 年 06 月 27 日

吉林省医疗保障局 吉林省财政厅 关于扎实做好 2019 年全省异地就医服务管理工作的通知

吉医保联〔2019〕9 号

各市（州）、长白山保护开发区医疗保障局、财政局，梅河口市、公主岭市医疗保障局、财政局：

为切实贯彻落实 2019 年全国两会《政府工作报告》精神，按照《国家医保局 财政部关于切实做好 2019 年跨省异地就医住院费用直接结算工作的通知》（医保发〔2019〕33 号）要求，结合我省实际，现就扎实做好 2019 年全省异地就医服务管理工作通知如下：

一、全面对照排查，确保各项政策落地落实

各统筹区应全面梳理异地就医工作启动以来国家和我省的各项部署安排。要重点对照《人力资源社会保障部 财政部关于做好基本医疗保险跨省异地就医住院费用直接结算工作的通知》（人社部发〔2016〕120 号）、《关于切实做好当前跨省异地就医住院费用直接结算工作的通知》（医保发〔2018〕6 号）、《关于切实做好农民工和就业创业人员异地就医备案工作的通知》（国医保电〔2018〕3 号）、《关于加快解决群众办事堵点问题的通知》（国医保电〔2018〕14 号）、《关于做好新型农村合作医疗跨省就医直接结算资金回款工作的通知》（医保办发〔2019〕4 号）、《关于印发吉林省医疗工伤生育保险异地就医管理办法的通知》（吉人社联字〔2017〕79 号）、《关于印发〈基本医疗保险异地就医宣传工作方案〉的通知》（吉医保办〔2018〕5 号）、《关于进一步规范异地就医经办管理的通知》（吉医保办〔2018〕6 号）等政策要求，全面梳理排查，总结经验，查摆问题，针对未落实事项，要列单、建账、明责，即查即改。

二、明确目标任务，推进定点医药机构全面纳入直接结算范围

（一）自本通知印发之日起，全省所有新增医保定点医药机构须同步开通本地及异地就医直接结算业务。各统筹区应积极鼓励本辖区内原定点医药机构开展异地就医直接结算业务，逐步将本辖区内全部定点医药机构纳入异地就医

直接结算范围。2019 年年底前，将所有提供住院服务的定点医疗机构及 50% 以上其他定点医药机构纳入直接结算范围。2020 年年底前，将所有定点医药机构纳入直接结算范围。

（二）新增提供住院服务的异地定点医疗机构须同步开通省内及跨省异地就医直接结算业务，原仅开通省内异地就医直接结算业务的定点医疗机构须在 2019 年 9 月底前开通跨省异地直接结算业务。不提供住院服务的其他定点医药机构暂开通省内异地就医直接结算业务，随着国家异地就医工作推进，逐步开通跨省异地就医直接结算业务。

（三）长春市内同属省直定点和长春市定点的医药机构，由省社会医疗保险管理局负责异地就医业务开通、结算和管理；其余属长春市的定点医药机构，由长春市医保经办机构负责异地就医业务开通、结算和管理。同属地市级和所辖县（市、区）的定点医药机构，由市本级经办机构负责异地就医业务开通、结算和管理。

（四）各统筹区应积极组织拟开通异地就医直接结算的定点医药机构进行系统改造、测试及服务协议签订工作，并及时登录“吉林省异地就医管理平台”，调整定点医药机构异地就医直接结算服务开通标识。

（五）各统筹区应严格落实国家医保局等四部门《关于切实做好当前跨省异地就医住院费用直接结算工作的通知》（医保发〔2018〕6 号）中上传全部定点医疗机构信息的要求，各级经办机构应及时将本地库内定点医疗机构信息变动情况上传至省平台，对暂未开通住院联网服务的定点医疗机构按照“住院开通标识为否，结算状态为暂停结算”进行标识。要重点自查所有定点医疗机构上传数量、医疗机构级别、医疗机构分类等关键信息，做好动态维护，确保医疗机构信息的完整性、准确性和真实性。

（六）各统筹区要全面梳理本地定点医药机构具体情况，对于尚未接入异地就医结算系统的定点医药机构，逐一建立工作台账，明确接入异地就医结算系统时限，并填写《基本医保定点医药机构接入工作台账》（附件 1），于 6 月 28 日前以传真和电子邮件方式报送至省医疗保障局。

三、优化备案服务，进一步便民利民

（一）各统筹区应进一步优化异地就医直接结算备案流程，于 6 月底前落实转诊直接备案到就医地统筹区的要求；11 月底前实现转诊转院备案院端全流程办理，有条件的地区可探索医院备案即时生效；12 月底前实现为参保人员提供至少一种便捷备案渠道，如电话、网络、APP 等，实现长期异地就医备案及急诊备案业务“零跑动”。

（二）各级医疗保障部门要对重点救助对象和建档立卡贫困人员做好身份标识，建立贫困人口专项管理台账，做好数据跟踪和结算服务。

（三）各统筹区需填写《异地就医备案管理便捷服务工作台账》（附件2），并于6月28日前以传真和电子邮件的方式报送至省医疗保障局。

四、强化对账管理，确保结算资金按时拨付

（一）各级经办机构要做好异地就医直接结算费用日对账工作，未建立日对账机制的地区应尽快建立，做到数据相符。遇有特殊情况，要及时向省社会医疗保险管理局报备。各级经办机构应先行与定点医药机构结算，再发起清算申请，在确保定点医药机构及时回款的基础上，尽可能缩短回款周期。

（二）各级医疗保障部门和财政部门要在规定资金拨付条件和办理时限要求的基础上，进一步优化资金归集和拨付流程，提高资金拨付办理效率，原则上要将当期清算资金于下期清算签章之日前拨付到位。医疗保障部门将签章齐全的预付及清算单于3个工作日内提交省级财政部门，省级财政部门对医疗保障部门提交预付及清算单审核无误后，在7个工作日内向就医地省级财政部门划拨预付和清算资金。就医地省级财政部门依据预付及清算单收款。省级财政部门完成预付和清算资金划拨及收款后，于5个工作日内将划拨及收款银行凭证以书面形式反馈医疗保障部门。遇有特殊情况，各级经办机构要及时上报省社会医疗保险管理局。各级医疗保障部门、财政部门要通力协作，进一步优化审批程序，加强信息共享，确保及时向上归集异地就医周转金和清算资金，做好账目管理，确保账账相符、账款相符。

（三）各统筹区应进一步优化与定点医药机构的结算流程，及时向定点医药机构划拨结算费用，做到本地、异地结算费用同步结算、一单拨付，进一步提高医保基金使用效率。

五、加强宣传培训，提高政策流程知晓率

（一）开展异地就医直接结算集中宣传。在人员密集或异地就医人员必经的机场、地铁、定点医药机构等场所，通过张贴海报、设立宣传栏等形式开展宣传；利用电视、广播、报纸等媒体，通过播放宣传字幕和公益广告、走进直播间、开设专栏、采访纪实等形式，营造良好的宣传氛围；继续开展进社区、进农村、进医院、进用人单位、进车站“五进”集中宣传活动，方便流动人员和随迁老人知晓政策和办理流程。

（二）重点针对异地就医直接结算的新政策、新要求以及新工作人员、新定点医药机构，系统设计、精心组织专题政策和业务培训。

六、深化全流程管理，进一步提升异地就医服务水平

（一）各统筹区要全面梳理在异地定点医药机构纳入方面是否存在歧视性规定，将不同投资主体、经营性质的医保定点医药机构按规定一视同仁纳入异地就医直接结算覆盖范围，享受同样的医保政策、管理和服务。各统筹区应定期核实确认已开通异地就医直接结算的定点医疗机构是否具备接诊异地患者的条件，认真落实就医地管理责任。

（二）各统筹区要将定点医药机构异地就医服务管理情况纳入协议管理。要升级完善就医地智能监控系统，充分发挥智能监控系统作用，结合打击欺诈骗保工作要求，将异地就医医疗服务纳入当地医保监管范围，实现费用审查全覆盖，与本地医疗行为同步监控、同步考核、同步审查。

（三）各统筹区要加强对经办人员的培训考核，强化咨询服务管理。要推行“首问负责制”和“一次性告知制”，主动热情回应群众关心的备案、结算等政策和流程问题。各统筹区咨询电话如有变更，要在第一时间上报省社会保险管理局备案。

（四）各统筹区应强化备案管理，定期对异地就医人员备案有效性、合规性进行核查，及时清理无效备案信息。

（五）异地就医人员对异地就医费用结算有疑义的，由参保地经办机构负责解释并协调就医地处理，或根据相关结算凭证等材料按规定予以报销。

（六）各级医保经办机构应严格按照全省统一要求规范手工报销材料，并对参保人员一次性告知。自收齐材料之日起，完成报销时间原则上不超过 22 个工作日。

七、加强组织领导，夯实异地就医服务管理支撑

（一）异地就医直接结算是重大的民生工程，群众期待，社会关注。全省医疗保障系统要充分认识异地就医直接结算工作的重要性、艰巨性和长期性，进一步提高认识，加强领导，明确责任。要结合机构改革，设立专门部门或安排专人负责。要将此项工作列入工作重点，坚持目标、问题双导向，加强全流程管理，切实做好各环节节点接续工作，确保各项政策要求落实到位。

（二）各统筹区要强化责任意识和服务意识，转变工作作风，切实贯彻以人民为中心的服务理念，急群众所急，想群众所想，真心耐心细心做好各项服务，及时妥善解决参保群众异地就医直接结算过程中出现的各种问题。

（三）城乡居民基本医保制度整合完成前，新农合异地就医直接结算暂按原政策执行。

附件：1. 基本医保定点医药机构接入工作台账
2. 异地就医备案管理便捷服务工作台账

吉林省医疗保障局

吉林省财政厅
2019 年 6 月 26 日