

索引号:	11220000MB19566296/2019-06293	分类:	政策解读;其他
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2019年09月30日
标题:	吉林省医疗保障局《优化异地就医十六条具体举措》解读		
发文字号:		发布日期:	2019年09月30日

## 吉林省医疗保障局《[优化异地就医十六条具体举措](#)》解读

日前,吉林省医疗保障局在广泛调研基础上,就广大群众在异地就医医保服务方面反映突出的问题进行了全面梳理,印发了《关于优化异地就医十六条具体举措的通知》(吉医保发〔2019〕34号)(以下简称“《十六条举措》”),在现有政策规定前提下,补充完善了异地就医待遇,简化了办事流程,以切实回应群众需求,不断提升参保群众获得感和幸福感,《十六条举措》2019年10月1日全省执行。现对有关内容解读如下:

### 一、《十六条举措》补充完善了参保群众哪些待遇?

长期以来,为解决城乡二元化和异地就医服务不充分的问题,满足参保群众的基本需求,吉林省各级医疗保障部门在异地就医医保待遇兑现和服务方面做了大量工作。《十六条举措》印发后:一是完善了城乡居民参保人员长期异地就医待遇。城乡居民参保人员达到法定退休年龄(男性满60周岁、女性满55周岁)或长期外出务工、就业创业,取得居住地户籍、居住证或居住证明,均可以办理长期异地就医备案。长期异地就医基金支付比例为参保地规定的本地就医支付比例基础上降低10%。二是完善了城乡居民参保人员未履行转诊转院手续或经核定不符合急诊规定的自行异地就医情形,发生的医疗费用自2019年10月1日起,按照合规费用的20%的比例支付待遇。三是进一步明确了参保人员在特药定点门诊、药店购药的待遇支付方式。

### 二、异地就医人员的就医范围有哪些新变化?

《十六条举措》印发执行后,长期异地就医备案人员,可以在居住地已开通直接结算服务的定点医疗机构就医并直接结算。考虑到外出务工城乡居民或灵活就业参保人员的实际需求,长期异地就医备案人员还可以在居住地自愿选择4家不能直接结算的定点医疗机构就医,所发生的医疗费用回参保地经办机构申请报销。有门诊特殊疾病待遇的,可以在长期异地就医选定医院范围内选择1家医疗机构作为门诊特殊疾病定点。城乡居民参保人员长期异地就医取消了公立医院和非公立医院的限制。

### **三、长期异地就医备案生效后，参保地医疗保险待遇同时有效吗？回参保地就医购药需要暂停或撤销异地就医手续吗？**

同时有效，且不需要办理暂停或撤销异地就医手续。《十六条举措》结合吉林省退休人员“候鸟式”迁徙养老和外出农民工较多的实际情况，取消了“长期异地备案后封锁参保地医保待遇的规定”，参保人员在异地就医备案后，在有效期内，可以自行选择在参保地或居住地就医、购药，不需要办理异地就医备案暂停或终止。但是，在参保地和居住地同时发生费用，且不能提供有效证明的，医保基金不予支付，不能享受待遇。

### **四、在外地发生了急诊，急诊报销有哪些便民举措？**

《十六条举措》结合广大群众的意见，取消了急诊“自就诊之日起3个工作日内向参保地经办机构备案登记”的规定，符合规定的医疗费用可在年度待遇支付截止日期前申请兑现，即参保人员在异地发生急诊就近治疗的，不再需要向参保地经办机构进行急诊登记，发生的医疗费用出院结算后回参保地经办机构申请报销，符合急诊条件的，按急诊兑现待遇，不符合急诊条件的，按自行异地就医兑现待遇。

### **五、在转诊转院办理流程 and 时限方面有哪些便民举措？**

《十六条举措》印发执行后，由各统筹区内具备转诊转院资格的定点医疗机构按照分级诊疗的原则，根据临床治疗需要为参保人员办理转诊转院手续，参保人员无需再到经办机构办理审核手续。同时延长了转诊转院备案手续有效期至参保年度内，但转诊治疗应符合转诊时确定的病情或诊断，且当次有效。

### **六、申请报销需要的材料和申请截止时间如何执行？**

为减轻参保人员办事成本，参保人员到医保经办机构申请报销时，仅提供医疗费用票据、病历、费用清单作为报销依据材料。经办机构自收齐报销材料之日起，完成报销时间原则上不超过22个工作日。全省统一申请报销的截止时间为次年3月31日前。参保人员在出院即时结算报销时不需要提供病历复印件，经办机构与定点机构结算时，也不再必须提供住院病历复印件。

### **七、参保人员需要注意的事项有哪些？**

如果参保人员因本人原因应直接而未直接结算的，医疗保险基金支付比例在原基础上降低10%。异地就医人员同时存在多种医保基金降低支付比例情形时，降低的支付比例将根据实际情况予以叠加计算。