

索引号:	11220000MB19566296/2022-03045	分类:	政策解读、医保经办管理;其他
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2022年08月08日
标题:	《关于明确医疗保障待遇零星报销相关政策的通知》政策解读		
发文字号:		发布日期:	2022年08月08日

《关于明确医疗保障待遇零星报销相关政策的通知》政策解读

近日，吉林省医疗保障局印发了《关于明确医疗保障待遇零星报销相关政策的通知》（以下简称《通知》）。现对有关内容解读如下：

一、《通知》出台的背景

目前，我省零星报销业务审核规则不统一，审核效率偏低，导致零星报销业务审核周期较长，医保报销事关群众最直接、最现实的利益，省医疗保障局为统一全省医疗保障零星报销相关政策，进一步优化零星报销业务，提升零星报销业务审核效率，保障参保人员权益，省医疗保障局出台《通知》。

二、《通知》的主要特点

（一）利民便民性

《通知》以我省报销业务工作情况为背景，立足于保障广大参保人员权益，以人民群众满意为目标，提高医保经办服务能力，增强人民群众的获得感，体现了便民利民的服务精神，主要体现在：一是明确急诊留观患者费用待遇核定及急诊待遇认定标准；二是规范直接结算待遇不充分的情况下待遇支付规则；三是简化零星报销受理材料。

（二）便捷高效性

《通知》着眼于提升医保经办服务效能和服务质量，针对不同零星报销业务类型，分类明确和细化零星报销业务，规范全省零星报销业务相关标准，做到“合理、合规、增效”，为参保人员提供更便捷更高效的医保经办服务，体现了一定的高效性，主要表现在：一是规范零星报销目录审核规则；二是统一异地门诊特病病种及生育相关待遇支付标准。

三、《通知》的主要内容

《通知》梳理了8条零星报销政策，从零星报销审核规则、零星报销异地就医（急诊）待遇核定、零星报销业务受理材料等角度进一步明确了零星报销相关政策工作内容。

（一）明确如何核定目录类别。一般情况下，零星报销时按照就医地费用清单上标注的目录类别进行核定。存在以下特殊情况，按照参保地目录类别核定。

1. 就医地目录类别兑现待遇明显低于参保地目录待遇的。
2. 就医地医药机构存在明显的目录对照错误。
3. 费用清单中就医地未标注目录类别的。

（二）明确一张票据中如何划分医疗类别。每张票据核定一种医疗类别（对照应享受的最高待遇的医疗类别）给予核定报销，如一张票据中存在门诊慢特病又有普通门诊的医疗类别，因门诊特病待遇相对较高，故按照门诊特病进行报销。

（三）明确急诊留观患者的待遇核定标准。参保人员在异地发生急诊留观并住院治疗或急诊留观期间死亡的，本次发生的急诊留观医疗费用应按住院待遇进行报销。如果参保人员因为医院无法转住院、疫情期间无床位等特殊情况，在异地发生急诊留观后未收入院治疗，参保人员持就诊医院提供的情况说明，我们视情况将急诊留观发生的门诊费用按住院待遇核定报销。

（四）明确判定急诊医疗类别的标准。医疗机构按急诊收治的就医行为，按照就医实际情况可直接认定为急诊医疗类别，费用按照急诊就医进行报销。

（五）明确参保人在直接结算时未完全享受医保待遇的处理方式。参保人员在就医结算时由于信息系统故障、待遇执行错误、政策制度调整等原因导致直接结算时没有完全享受待遇，参保人员可至参保地提出申请，如参保地核实情况属实的，参保地对未完全兑现的待遇进行补充报销。

（六）明确零星报销门诊特病及生育医疗类别的待遇支付标准。异地门诊特病病种不再执行参保地原待遇政策，统一按照门诊特病待遇核定报销（按同级定点医疗机构的住院支付标准执行）；生育门诊、生育住院不再执行本地定额执行标准，对符合基金支付范围的医疗费用全额支付。

（七）明确零星报销申请材料。申请材料包括医保电子凭证或有效身份证件或社保卡、定点服务机构收费票据、费用清单、诊断证明（门诊提供处方底方）材料即可受理零星报销业务；如需进行急诊待遇认定的，参保人员还需提供病历材料。