

索引号:	11220000MB19566296/2022-04852	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11月03日
标题:	《吉林省医疗保险异地就医管理办法》政策解读		
发文字号:		发布日期:	2022年11月03日

《吉林省医疗保险异地就医管理办法》政策解读

近日，吉林省医疗保障局与财政厅联合印发了《吉林省医疗保险异地就医管理办法》（吉医保联〔2022〕30号）（以下简称《办法》），现就有关内容解读如下。

一、《办法》印发的背景

为完善我省医疗保险异地就医服务管理体系，提升医疗保障服务水平，解决目前异地就医工作中存在的盲点、堵点问题，切实做好基本医疗保险异地就医直接结算管理工作，落实《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）工作要求，吉林省医疗保障局与吉林省财政厅联合印发了本《办法》。

二、《办法》的重要意义

《办法》的印发是对吉林省异地就医工作的一次全面整合和优化，是一个具有里程碑意义的文件。首先《办法》是对《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）工作要求的全面落实，是对我省医疗保险异地就医服务管理体系的进一步完善。更为重要的是《办法》正面回应了参保群众关注的异地就医“备案难”“结算慢”“待遇低”等问题。《办法》印发的意义还在于对异地就医管理机制的一次创新，在全省统一管理机制的基础上，进一步创新升级，实现参保人员部分异地待遇“免申即享”“择优识别”，极大的方便参保人员异地就医待遇的享受。同时，《办法》是对经办服务的进一步优化，通过规范、优化备案、结算、报销等异地就医全流程，持续提升人民群众的获得感、幸福感。

三、《办法》中有哪些主要内容？

《办法》共包括总则、待遇管理、就医管理、定点医药机构管理、医保服务、资金管理等十个章节。对全省异地备案、待遇支付、财务管理、费用结算、费用清算等异地就医直接结算各个环节的工作流程和操作规范进行了统一。

为满足参保人员需要，《办法》采取了重大举措，一是实现异地就医全省通接通办，《办法》中明确规定“各级经办机构应实现异地就医业务线上线下同渠道省内通接通办，逐步探索实现将通办业务覆盖到包括参保登记、信息变

更、待遇认定及发放等全部医疗保障服务事项。”二是新增待遇救济方式，为保证部分可以直接结算但因特殊原因，未能直接结算或备案的参保人待遇享受，《办法》规定“符合办理异地就医备案的异地就医人员，在与定点医药机构结算前补办异地就医备案手续的，办理后可享受直接结算服务；结算后补办异地就医备案手续的，可向经办机构申请医保手工报销”。三是实现异地就医经办业务服务下沉，《办法》中对服务下沉进行了明确安排，要求“建立健全省、市、县、乡镇（街道）、村（社区）五级经办服务体系，利用经办机构、合作单位、委托机构，为参保人员提供异地就医备案、就医、结算等便捷服务”。四是全面实现省内直接结算，《办法》从政策层面规定了省内异地就医要实现全面直接结算，包括住院、门诊、药店购药等各医疗类别。五是提高最低待遇保障，与原执行政策相比，《办法》将不符合备案条件未履行备案手续的“其他外出就医人员”纳入直接结算范围，并且将医疗保险基金待遇支付比例由原来的仅支付“20%”调整增到“在参保地规定的本地就医支付比例基础上降低 20 个百分点”。

四、《办法》从什么时候开始执行？

本《办法》自 2022 年 11 月 1 日起施行。由于国家医保信息平台支撑和各省异地就医政策执行时点不同等原因，我们设置了衔接过渡期，衔接过渡期至 2022 年 12 月 31 日止。过渡期内全省各统筹区逐步落实各项政策，确保参保人员及时享受异地就医直接结算服务。

附件：《吉林省医疗保险异地就医管理办法》政策问答

附件

《吉林省医疗保险异地就医管理办法》政策问答

一、哪些参保人员可以申请异地就医备案？

参保人员可根据异地就医需求不同，申请异地就医备案。

（一）异地长期居住人员：异地安置退休人员、异地居住人员、常驻异地工作人员（包括其随同子女）等长期在参保地以外工作、居住、生活、学习的人员。异地生育人员按照本类人员管理。

（二）转诊和急诊人员：因病情需要转诊转院至参保地以外治疗的人员；因工作、旅游等原因在参保地以外急诊治疗或抢救的人员。

（三）其他外出就医人员：不符合上述两类情形的其他外出就医人员。”

二、哪些人员可以无需备案“免申即享”？

参保人员有以下情形之一的可以直接享受异地就医直接结算服务：一是市（州）内跨县域就医的；二是跨市（州）县域就医的；三是省内门诊（含定点药店）就医购药的；四是省内异地执行第三档待遇的。例如：吉林蛟河市参保人至吉林市市本级就医的、吉林蛟河市参保人至长春榆树市就医的可以“免申即享”。

三、需要备案的参保人员可以通过什么方式备案？

我们将异地备案的方式也在《办法》中予以了明确规定，参保人员异地就医前，可通过经办机构、合作单位、委托机构等线下渠道或国家级和省级医保服务平台网厅、APP、小程序、政务服务平台等线上途径为参保人员提供异地就医备案服务。

四、参保人员在就医地就医购药怎么结算？

参保人员完成异地就医备案的或符合无需备案条件的，在就医地的异地就医定点医药机构主动表明参保身份，持医保电子凭证或身份证或社会保障卡等有效凭证直接结算医药费用，享受直接结算服务。

五、参保人员在异地就医执行哪些待遇？

异地就医的参保人员住院待遇支付比例根据异地就医需求和范围不同，执行三档待遇。一档待遇：执行参保地规定的本地就医支付比例。包括跨省和跨市（州）非县域就医的异地长期居住人员、市（州）内跨县域就医、跨市（州）县域就医的人员。二档待遇：在参保地规定的本地就医支付比例基础上降低 10 个百分点。包括跨省和跨市（州）非县域就医的转诊和急诊人员。三档待遇：在参保地规定的本地就医支付比例基础上降低 20 个百分点。包括一档待遇、二档待遇规定外的其他异地就医人员。提高了参保人员异地就医待遇的同时，使整体异地就医服务体系更加完善。

因本人原因，应直接结算未直接结算的异地就医人员，医保支付比例在相应待遇档基础上降低 10 个百分点。

六、就医前没有备案，可否有补救措施？

符合办理异地就医备案的异地就医人员，在与定点医药机构结算前补办异地就医备案手续的，办理后可享受直接结算服务；结算后补办异地就医备案手续的，可向经办机构申请医保手工报销。

异地就医人员直接结算后，发现待遇支付错误的可通过以下两种方式解决：

（一）在原就医定点医药机构办理退费重新结算。

(二) 向经办机构申请复核，确有待遇给付不足的，经办机构核定后予以轧差报销。