

索引号:	11220000MB19566296/2023-02838	分类:	医保经办管理;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2023年08月10日
标题:	关于印发《吉林省医疗保险异地就医经办规程》的通知		
发文字号:	吉医保规〔2023〕4号	发布日期:	2023年08月14日

## 关于印发《吉林省医疗保险异地就医 经办规程》的通知

吉医保规〔2023〕4号

各市（州）医疗保障局、财政局，长白山管委会医疗保障局、财政局，梅河口市医疗保障局、财政局：

为完善吉林省医疗保险异地就医经办管理体系，提升医疗保障服务水平，根据《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）和《关于印发吉林省医疗保险异地就医管理暂行办法的通知》（吉医保联〔2022〕30号），结合我省实际，制定了《吉林省医疗保险异地就医经办规程》，现印发给你们，请遵照执行。

吉林省医疗保障局 吉林省财政厅

2023年8月10日

### 吉林省医疗保险异地就医经办规程

#### 第一章 总 则

**第一条** 为加强吉林省医疗保险异地就医经办业务管理，规范经办业务流程，根据《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）、《关于印发吉林省医疗保险异地就医管理暂行办法的通知》（吉医保联〔2022〕30号）（以下简称“办法”），结合我省实际，制定本规程。

**第二条** 本规程适用于参加吉林省基本医疗保险（含生育保险）、补充医疗保险（包括一体化结算的由商业保险机构承办的险种）等参保人员的异地就医经办管理。

## 第二章 备案及就医管理

**第三条** 具有以下材料（其中 3、4、5 提供任意一项即可）的参保人员可以办理长期异地就医备案：

1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡；
2. 《吉林省医疗保险异地就医登记备案表》（见附件 1）（办理时不需提供，系统可自动生成，以下简称“备案表”）；
3. 异地安置认定材料（“户口簿首页”、本人“常住人口登记卡”）；
4. 长期居住认定材料（本人就医地身份证或户口簿或能够证明参保人员在就医地长期居住的材料）；
5. 异地工作证明材料（能够证明参保人员在就医地工作、进修（学习）等的材料）；

参保人员办理异地生育备案时需提供医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡和异地生育认定材料（《母子健康手册》）。

**第四条** 具有以下材料的参保人员可以办理转诊转院备案：

1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡；
2. 《备案表》；
3. 参保地具有转诊权的定点医疗机构或省级以上区域医疗中心出具的转诊转院证明材料（病历或疾病诊断书等有效医疗证明文书）。

**第五条** 异地急诊抢救人员视同已备案，除危急重症患者抢救外，在非医保定点医药机构发生的医疗费用不予医保支付。

**第六条** 符合本规程第三、四条情形，但无法及时提供备案材料的，可申请承诺制备案。

（一）承诺制备案有效期 6 个月，承诺制备案开始至补齐材料时间内不得变更备案信息。

（二）参保人员根据实际情况，申请办理工作地（常驻地、居住地）和户籍地两个就医地同时生效的异地就医备案，但仅能有一条有效的承诺制备案，参保人员在履行承诺事项补齐备案材料后等同于非承诺制备案，享受同等待

遇。承诺制备案到期后，参保人员未履行承诺补齐材料的，不得再次申请承诺制备案。

（三）办理时需同时提供以下材料：

1. 医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡；
2. 备案表；
3. 《吉林省医疗保险异地就医备案个人承诺书》（见附件2）。

**第七条** 《办法》中第七条规定的其他外出就医人员无需备案。

**第八条** 符合办理异地就医备案的异地就医人员可补办异地就医备案手续，备案有效期根据提供的材料确定；补办备案后，参保人员在备案有效期内就诊且在《办法》执行后结算的医疗费用可享受相应待遇。

**第九条** 参保人凭医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡进行备案撤销。

**第十条** 已办理异地就医备案的参保人员在就医地确因病情需要异地转诊的，按照参保地或就医地具有转诊权的定点医疗机构转诊转院证明材料申请转诊转院备案。转诊有效期结束后，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，提供医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡申请转诊转院备案。

**第十一条** 符合门诊慢特病、双通道药品待遇认定办理条件的参保人员，可申请异地门诊慢特病、双通道药品待遇认定，认定通过后可在异地就医备案统筹区内门诊慢特病、双通道药品定点医药机构享受待遇。

（一）参保人员在参保地已办理门诊慢特病、双通道药品待遇认定的，有异地就医备案或跨市（州）县域就医或市（州）内跨县域就医的直接变更至异地就医备案统筹区。

（二）省内异地就医人员未在参保地办理门诊慢特病、双通道药品待遇认定，由就医地门诊慢特病、双通道药品定点医疗机构进行认定并上传认定信息，办理材料同就医地。

（三）跨省异地就医人员未在参保地办理门诊慢特病、双通道药品待遇认定，由参保人员向参保地经办机构进行申请办理，办理材料同参保地。

（四）参保人员可凭医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡撤销异地门诊慢特病、双通道药品待遇。

（五）需在就医地享受门诊慢特病、双通道药品待遇的参保人员应办理异地就医备案，未按规定办理且无法补办的，享受普通门诊待遇。

**第十二条** 参保人员办理异地就医备案时，省内备案到统筹区，跨省备案到就医地市（州）级统筹区或直辖市等，参保人员到海南、西藏等省级统筹地区 and 新疆生产建设兵团就医的，可备案到就医省和新疆生产建设兵团。

**第十三条** 备案有效期内已办理入院手续的，不受备案有效期终止时间限制，可直接结算相应医疗费用。

**第十四条** 因参保地变更或在职工医保和居民医保间跨制度转换时，需重新办理备案手续。

**第十五条** 参保人员异地就医医疗费用未直接结算的，在次年年底前可向受理单位（包括经办机构、下沉服务网点以及三方合作机构等）申请手工报销，办理材料按相关规定执行。

**第十六条** 按照出院时间核定待遇，对于参保人员住院治疗过程未跨自然年度的，按照出院时间所在年度计算起付线、年度限额累计等；住院治疗过程跨自然年度的，只计算一次起付线，参保地计算日均费用后，根据跨年度前后的住院天数，将住院医疗费用进行分割，确定基金和个人费用分担额度、年度限额累计等。

**第十七条** 全省异地相关业务应严格按照政务服务事项清单规定时限办结，按照“线上线下一致”的原则，全省范围实现省内通办，业务无差别受理、同标准办理。

**第十八条** 为参保人员提供异地就医服务时应遵循待遇择优原则：

（一）参保人员就诊时，存在多条异地就医备案的，选择相对应最高待遇备案类别进行结算。

（二）要根据参保人员实际情况，指引未办理异地就医备案人员及时办理备案手续，主动协助异地就医人员在就医时选择最优医保待遇。

（三）参保人已进行门诊慢特病、双通道药品备案的，定点医疗机构应根据备案信息进行相应待遇类别的结算。

**第十九条** 当参保人员身份信息、备案信息变更等引起参保待遇发生变化时，经办机构应主动推送相关政策及办理流程。

**第二十条** 参保人员跨省异地就医出院结算时，就医地经办机构将其住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息传输至参保地，参保地按照当地政策有关规定计算出应由参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传至就医地定点医疗机构，用于定点医疗机构与参保人员直接结算。就医地经办机构在参保人员发生住院费用跨省直接结算后3日内将医疗费用明细上传，参保地经办机构可查询和下载医药费用明细及其明细项目。

参保人员跨省门诊费用异地就医直接结算时，就医地经办机构按照就医地支付范围和规定对每条费用明细进行费用分割传输至参保地，参保地按照当地政策有关规定计算出应由参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传至就医地定点医药机构，用于定点医药机构与参保人员直接结算。

**第二十一条** 参保人员省内异地就医直接结算时，就医地经办机构按照就医地支付范围和规定对每条费用明细进行费用分割，参保地按照当地政策有关规定计算出应由参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传至就医地定点医药机构，用于定点医药机构与参保人员直接结算。

**第二十二条** 手工报销、生育津贴（补贴）等待遇发放类业务办理材料由受理地传输至参保地，参保地按照当地政策有关规定计算出应给付金额，并将结果回传至受理地，由受理地给付。

### 第三章 定点服务管理

**第二十三条** 异地就医人员在就医时，应在定点医药机构主动表明异地参保人员身份，持有效凭证就医、结算，遵守就医地就医、购药有关流程和规范。

**第二十四条** 各市（州）定点医药机构应全部纳入异地就医直接结算范围，定点医药机构按医保服务协议为异地就医人员提供所有的异地就医服务。

**第二十五条** 定点医疗机构应以患者病情为出发点制定合理的诊疗方案，不得将在本地住院作为开具转诊的先决条件。

**第二十六条** 参保人员因急诊抢救就医的，需向救治定点医疗机构声明参保人员身份，定点医疗机构在为参保人员办理“门诊结算”或“入院登记”时，应按接口标准规范要求如实上传“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”。对于“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”为“急诊”的，参保人员未办理异地就医备案的，参保地应视同已急诊备案且即时生效，允许参保人员按参保地异地急诊抢救相关待遇标准直接结算相关门诊、住院医疗费用。

**第二十七条** 参保人员在参保地外发生外伤后，应如实向就医地医疗机构告知。定点医疗机构应加强外伤人员身份认证，对于符合就医地基本医疗保险支付范围，参保人员主诉无第三方责任的医疗费用，定点医疗机构可结合接诊及参保人员病情等实际情况，由参保人员填写《外伤无第三方责任承诺书》（见附件3），为参保人员办理异地就医直接结算。定点医疗机构在为参保人员办理入院登记时，应按接口标准规范要求，通过“外伤标志”和“涉及第三方标志”两个接口，如实上传参保人员外伤就医情况。

**第二十八条** 异地就医患者住院期间确因病情需要到其他定点医疗机构检查治疗或到定点药店购药的，由就诊定点医疗机构提供《住院期间外院检查治疗或定点药店购药单》（见附件4），并加盖本定点医疗机构医疗保险管理内设科室印章，相关费用纳入本次住院费用直接结算。

**第二十九条** 就医地定点医疗机构提供门诊慢特病直接结算服务时，应专病专治，合理用药。参保人员因门诊慢特病异地就医时，就医地有相应门诊慢特病病种及限定支付范围的，执行就医地规定；没有相应门诊慢特病病种的，定点医药机构及接诊医师要遵循相关病种诊疗规范及用药规定合理诊疗。

**第三十条** 参保人员出院后应及时结算医疗费用，根据《吉林省异地就医住院结算单》（见附件5）、医疗收费票据等，结清应由个人负担的费用。有医疗费用未医保结算的，下次就诊将无法使用医保就医。

**第三十一条** 就医地经办机构与定点医药机构完成异地就医医疗费用本地对账、三方对账后按医保服务协议向定点医药机构支付相应费用。

**第三十二条** 各级经办机构和定点医药机构要支持参保人员普通门诊费用直接结算后合理的退费需求，提供隔笔退费、跨年退费和清算后退费服务。

## 第四章 资金管理

### 第一节 周转金管理

**第三十三条** 周转金实行年度管理，按年清算。省级经办机构负责综合考虑上一年度异地医疗保障业务（包括省内个人账户资金转移、集中带量采购药品及耗材结余留用、大病保险等跨域、跨部门、跨机构业务，下同）结算额度和国家预付金收取额度，确定周转金额度并统一收拨。市（州）级经办机构应按时、足额上缴本统筹区周转金。周转金上解不受险种、账户限制，可统筹使用各险种资金。

**第三十四条** 每年1月底前，省级经办机构确定周转金额度后，通过吉林省医疗保障信息平台异地就医子系统（以下简称“异地平台”）生成《吉林省省平台异地医保业务周转金额度调整明细表》（见附件6-1）、《吉林省XXXX统筹区异地医保业务周转金额度调整明细表》（见附件6-2），出具《吉林省XXXX统筹区XXXX（期别）XXXX（类别）收款通知书》（见附件7）（以下简称“收款通知书”）、《吉林省XXXX统筹区XXXX（期别）XXXX（类别）付款通知书》（见附件8）（以下简称“付款通知书”），市（州）级经办机构于2月20日前完成周转金上缴。

**第三十五条** 省级经办机构通过国家跨省异地就医管理子系统下载预付金额度调整收付款通知书，于5个工作日内提交同级财政部门。省级财政部门在10个工作日内进行划款，省级财政部门划拨预付金时，注明业务类型（预付金或清算资金），完成划拨后5个工作日内将划拨信息反馈至省级经办机构。

**第三十六条** 周转金使用率作为周转金预警和调增机制的基础预警指标，是指清算资金占周转金的比例。周转金使用率达到50%时，为蓝色预警，省级经办机构发布风险提示；周转金使用率达到70%时，为黄色预警，市（州）级经办机构应做好紧急调增准备；周转金使用率达到90%及以上时，为红色预警，就医地可于当月清算后3个工作日内通过省平台启动周转金紧急调增流程。国

家发起预付金紧急调增时，我省同步发起。省级经办机构可根据周转金使用情况和各类异地资金清算情况适时发起紧急调增。

**第三十七条** 启动紧急调增后，省级经办机构生成《吉林省省平台异地医保业务周转金额度调整明细表》、《吉林省 XXXX 统筹区异地医保业务周转金额度调整明细表》，向涉及当次紧急调增的收款统筹区出具收款通知书、向涉及当次紧急调增的付款统筹区出具付款通知书，调增周转金于下月清算时一并上缴。

**第三十八条** 周转金在省级异地结算财政专户、省级异地结算支出子账户中产生的利息由省级经办机构根据当年各市（州）周转金上解额度按比例分配。周转金在市（州）级经办机构产生的利息归市（州）所有。

## **第二节 结算和清算**

**第三十九条** 异地医疗保障业务资金清算全省统一管理，通过月度清算、年终清结的方式，由业务发生地使用周转金垫付各类业务应拨付资金，省级经办机构汇总各市（州）的垫付金额后，与各市（州）按支付额清结清算。

**第四十条** 原则上，市（州）级经办机构应完成当日结算信息的对账工作，每月 3 日前完成上月所有结算费用的三方对账。如对账信息不符，市（州）级经办机构应及时查明原因，必要时提请省级经办机构协调处理。

**第四十一条** 符合以下条件的异地费用纳入月度清算范围：

（一）完成三方对账且完成本地月度结算的异地就医费用（含大病保险及垫付的异地待遇费用等）；

（二）参保人员在我省内因参保关系转移产生的个人账户资金转移；

（三）各市（州）垫付的本统筹区外我省参保人员在本地医疗机构就医产生的集中带量采购药品和耗材结余留用资金；

（四）其他跨统筹区域的业务资金或因社会性突发事件、政策调整等因素导致的异地业务资金，经对账确认无误的。

**第四十二条** 各市（州）级经办机构应于每月 16 日前申报本统筹区申请清算的各类异地费用，清算延期最长不超过 2 个月。每年 3 月 16 日前应完成上年度全部异地费用的清算申请。

## **第四十三条 月度清算**

（一）异地业务费用清算由省级经办机构统一组织，按月清算，市（州）级经办机构按时限支付。

(二) 省级经办机构于每月 26 日生成《吉林省异地医保业务费用清算表》(见附件 9), 下发《吉林省 XXXX 统筹区异地医保费用收款清算表》(见附件 10) 和《吉林省 XXXX 统筹区异地医保费用付款清算表》(见附件 11), 市(州)级经办机构在清算确认时, 可通过《吉林省 XXXX 统筹区异地职工医保基金明细表》(见附件 12)、《吉林省 XXXX 统筹区异地居民医保基金明细表》(见附件 13)、《吉林省 XXXX 统筹区异地费用扣款分项明细表》(见附件 14) 查询明细信息。各市(州)级经办机构应在每月月底前完成清算数据确认, 如超期未确认的, 省级经办机构将强制确认, 发生的数据差异由各市(州)自行负责。

(三) 各市(州)确认后, 省级经办机构生成收款通知书和付款通知书在省平台发布。

(四) 各市(州)级经办机构要在收到收款通知书、付款通知书和月度清算表生成后的 5 个工作日内完成清算款上缴及收付确认。

**第四十四条** 省级经办机构按照国家要求按时确认我省跨省清算数据, 并于国家生成跨省异地就医费用收付款通知书的 5 个工作日内提交同级财政部门, 在收到财政部门划拨及收款信息后向国家级经办机构反馈到账信息。原则上, 当期清算资金应于下期清算前完成拨付。

#### **第四十五条** 年终清算

(一) 省级经办机构组织开展年终清算工作, 对经办机构与定点医药机构间结算付费执行中发生的超支、结余、保证金返还或月度差异、年度差异及其他跨统筹区业务年度差异等进行年终清算。

(二) 就医地经办机构应在每年 3 月底前完成上年度全部异地费用的年终结算工作, 并将本统筹区异地费用年终结算方案及《吉林省异地医保业务年终清算申请表》(见附件 15) 通过异地平台上报省级经办机构。

(三) 省级经办机构每年 4 月 15 日前根据各市(州)级经办机构上报的年终结算方案及《吉林省异地医保业务年终清算申请表》, 对照系统数据复核后生成《吉林省异地医保费用年终清算表》(附件 16), 各市(州)级经办机构应在 4 月底前完成清算数据确认, 如超期未确认的, 省级经办机构将强制确认, 发生的数据差异由各市(州)自行负责。

(四) 各市(州)确认后, 省级经办机构生成收款通知书和付款通知书, 并下发《吉林省 XXXX 统筹区异地医保费用年终收款清算表》(附件 17) 《吉林省 XXXX 统筹区异地医保费用年终付款清算表》(附件 18), 市(州)级经办机构在年终清算确认时可通过《吉林省 XXXX 统筹区异地职工医保基金明细表》《吉林省 XXXX 统筹区异地居民医保基金明细表》《吉林省 XXXX 统筹区异地费用扣款分项明细表》查询明细信息。



（五）各市（州）级经办机构要在收到收款通知书、付款通知书后的5个工作日内完成年终清算款上缴及收付确认。

### 第三节 支付管理

**第四十六条** 省内异地就医直接结算费用纳入就医地支付方式改革范围，实行区域总额预算，多元复合式支付方式管理；跨省异地就医直接结算费用根据国家要求统一规范。

#### 第四十七条 付费方案编制流程：

（一）每年年末由省级经办机构统一组织全省各市（州）编制下年度异地就医费用付费方案。

（二）就医地根据异地人员在本统筹区就医发生的基础数据，结合本统筹区付费管理有关规定，拟定异地就医直接结算费用付费方案，方案应包括付费方式及付费标准等内容。

（三）参保地对就医地形成的付费方案开展论证，综合考虑本统筹区下年度基金收入、支出情况、参保人员待遇调整等因素予以完善。

（四）就医地根据参保地完善后的付费方案，与本统筹区定点医药机构展开协商谈判。经协商谈判达成一致后，报省级经办机构审核，纳入就医地经办机构与定点医药机构签署的服务协议。

**第四十八条** 就医地经办机构可根据年度异地就医费用发生实际，提出年中调整计划，征求参保地经办机构意见，报省级经办机构审核通过后执行。

## 第五章 财务管理

### 第一节 周转金账务处理

**第四十九条** 省级经办机构在省级异地账套“暂收款”、“暂付款”一级科目下设立“周转金”二级科目，设置“省内周转”、“跨省预付”，分别按省内统筹区、省级行政区辅助核算。

市（州）级经办机构在医疗保险市级统筹账套（各市州可自行确定在城镇职工或城乡居民市级统筹账套设定）“暂收款”、“暂付款”一级科目下设立“周转金”二级科目；在“支出户存款”一级科目下设置“周转金”二级科目。

**第五十条** 省级经办机构收到市（州）级经办机构上解的周转金，借记“支出户存款”，贷记“暂收款-周转金-省内周转”；向市（州）级经办机构拨付周转金，借记“暂付款-周转金-省内周转”，贷记“支出户存款”。

省级经办机构将周转金中应拨付金额上解至省级异地结算财政专户，借记“财政专户存款”，贷记“支出户存款”。

省级经办机构收到他省拨付到省级异地结算财政专户的预付金，借记“财政专户存款”，贷记“暂收款-周转金-跨省预付”；向他省拨付预付金，借记“暂付款-周转金-跨省预付”，贷记“财政专户存款”。

**第五十一条** 市（州）级经办机构向省级经办机构上解周转金，按应付额差额借记“暂付款-周转金”，贷记“支出户存款”；市（州）级经办机构收到省级经办机构下拨的周转金，按应收额差额借记“支出户存款-周转金”，贷记“暂收款-周转金”。

**第五十二条** 周转金紧急调增按照年度周转金收付进行账务处理。调增完毕，“暂收款-周转金”、“暂付款-周转金”余额为当年周转金额度。

**第五十三条** 省级经办机构应与省级财政部门定期对账，确保省级异地结算财政专户余额与“暂收款-周转金”和“暂付款-周转金”的差额一致。

**第五十四条** 会计年度终了，各级经办机构“暂收款-周转金”、“暂付款-周转金”科目期末余额自动结转下年。

## 第二节 定点结算异地费用账务处理

**第五十五条** 市（州）级经办机构在医疗保险市级统筹账套“暂付款”一级科目下设立“异地清算资金”二级科目，按业务类型设置三级明细科目。

**第五十六条** 市（州）级经办机构向定点医药机构拨付异地费用，借记“暂付款-异地清算资金”，贷记“支出户存款-周转金”。

## 第三节 异地清算账务处理

**第五十七条** 省级经办机构在省级异地账套“暂收款”、“暂付款”一级科目下设立“异地清算资金”二级科目，按业务类型设置三级明细科目，按“省内”、“跨省”设置四级明细科目，分别按省内统筹区、省级行政区辅助核算。

**第五十八条** 省级经办机构收到各省划拨到省级异地结算财政专户的异地清算资金，借记“财政专户存款”，贷记“暂收款-异地清算资金”；向各省划拨异地清算资金，借记“暂付款-异地清算资金”，贷记“财政专户存款”。

**第五十九条** 省级经办机构收到市（州）级经办机构上解的异地清算资金，按收款金额借记“支出户存款”，贷记“暂收款-异地清算资金”；向市（州）级经办机构下拨异地清算资金，按付款金额借记“暂付款-异地清算资金”，贷记“支出户存款”。省级经办机构将跨省清算资金差额上解至省级异地结算财政专户，借记“财政专户存款”，贷记“支出户存款”。

**第六十条** 市（州）级经办机构向省级经办机构上解异地清算资金，按付款金额记相应社会保险待遇支出科目；收到省级经办机构下拨的异地清算资金，按收款金额借记“支出户存款-周转金”，贷记“暂付款-异地清算资金”。

#### 第四节 利息账务处理

**第六十一条** 省级经办机构在省级异地账套“暂收款”一级科目下设立“异地利息”二级科目。

**第六十二条** 省级经办机构在省级异地结算财政专户收到利息收入，借记“财政专户存款”，贷记“暂收款-异地利息”。省级异地结算支出子账户收到利息收入，借记“支出户存款”，贷记“暂收款-异地利息”，上解到省级异地结算财政专户，借记“财政专户存款”，贷记“支出户存款”。年终，从省级异地结算财政专户划转至省级异地结算支出子账户，借记“支出户存款”，贷记“财政专户存款”；将异地利息分配给各市（州），借记“暂收款-异地利息”，贷记“支出户存款”。

**第六十三条** 市（州）级经办机构收到周转金产生的利息收入，借记“支出户存款”，贷记“利息收入”；收到省级经办机构分配的利息，借记“支出户存款”，贷记“利息收入”。

## 第六章 监督管理

**第六十四条** 各级经办机构根据“就医地管理、参保地协同”原则，按照本地监管及定点医药机构协议管理范围，对定点机构的异地就医医疗服务开展管理。就医地经办机构应当对查实的违约违规行为按医保服务协议相关约定执行，涉及欺诈骗保等重大违法违规行为应按程序报请医保行政部门处理。

**第六十五条** 就医地经办机构对定点医药机构违规行为涉及的医药费用不予支付，已支付的违规费用予以扣除，用于冲减参保地异地就医直接结算费用。对定点医药机构违反医保服务协议约定做出的行政处罚、协议违约金以及跨省异地就医不予返还的保证金由就医地经办机构按规定处理。

**第六十六条** 各级经办机构应加强异地就医费用审核，建立异地就医直接结算运行监控制度，健全医保基金运行风险评估预警机制，对异地就医次均费用、医疗费用涨幅、报销比例等重点指标进行跟踪监测，定期编报异地就医直接结算运行分析报告。

**第六十七条** 各级经办机构应加强对异地就医备案、转诊转院等业务的管理，定期开展业务审核。

**第六十八条** 对运行监测、业务监测中发现的指标异常、疑点问题等，要加强线索管理，健全线索上报、统计、研判工作机制。对直接结算中的数据异

常、手工报销中的材料疑点等问题，要逐件登记，实行台账管理，定期（季度）报送同级医保行政部门和上级经办机构。

## 第七章 协同管理

### 第一节 业务协同

**第六十九条** 各级经办机构依托异地平台业务协同管理模块开展费用协查、问题协同，并按照要求做好问题响应和处理、信息共享等工作。

**第七十条** 参保地经办机构对一次性住院医疗总费用超过3万元（含3万元）异地就医的疑似费用，可以通过异地平台向就医地经办机构提出费用协查申请。申请费用协查时，需提交待协查参保人员身份证号码、姓名、性别、医疗服务机构名称、住院号、发票号码、入院日期、出院日期、费用总额等必要信息，以确保待协查信息准确。

异地平台于每月26日（节假日顺延）生成上月异地就医结算费用协查申请汇总表，市（州）级经办机构下载当期汇总表，并通过本地医保信息系统进行核查，已生成申请汇总表的费用协查申请原则上不予修改或删除。

就医地经办机构接到本期费用协查申请后，原则上需于次月26日前完成本期费用协查工作。遇有特殊情况确需延期办理的，自动记录至下一期，并记入本期完成情况统计监测。协查结果分为“核查无误”和“核查有误”两类，如协查信息与实际信息不符，需填写“核查有误”的具体原因。

参保地经办机构查看到返回的协查结果后，5个工作日内进行确认。对协查结果存在异议的，应及时与就医地经办机构进行沟通处理。

经办机构对跨省结算中发现的疑点问题，要向就医地及时提交协查申请，并定期向本级医保行政部门报送协查结果和拒付、追回医保基金情况。

**第七十一条** 市（州）级经办机构可根据异地就医结算业务协同问题的紧急程度，通过异地平台提出问题协同申请。通过异地平台提交的问题协同申请需明确待协同机构、主要协同事项、问题类型及协同时限，针对特定参保人员的问题协同需标明参保人员身份信息，其中备案类问题需在2个工作日内回复，系统故障类问题需在1个工作日内回复，其他类问题回复时间最长不超过10个工作日。

问题协同遵循第一响应人责任制，市（州）级经办机构在接收协同申请后即作为第一响应人，需在规定的时限内完成问题处理，根据实际情况标注问题类型，并在异地平台进行问题处理登记，确需其他机构协助的，可在问题处理登记时详细列出其他协同机构。如不能按期完成需及时与申请地沟通延长处理时限。

市（州）级经办机构需在收到协同地区处理结果后进行“处理结果确认”，明确问题处理结果。超过 10 个工作日未确认的，省级经办机构默认结果确认。对问题处理结果有异议的，或尚未解决的可重新发起问题。

**第七十二条** 市（州）级经办机构可通过异地平台发布停机公告、一般公告、医保政策等信息。

常规停机公告需提前 2 个工作日在平台填写停机起止时间、涉及信息系统等信息，异地平台将停机公告信息同步至线上服务渠道供参保人员查询。

市（州）级经办机构需于当年 12 月底前，在异地平台中完成次年基本医保报销政策参数更新，主要包括政策对应医疗服务类型（门诊/住院）、对应险种、对应医疗机构级别、起付线、封顶线、报销比例、政策起始日期、政策结束日期，并上传政策文件扫描件。政策执行期间如需调整，需至少提前 10 个工作日发布公告，并上传最新政策参数及文件，以保证各市（州）业务持续稳定运行。

市（州）级经办机构需及时更新本地备案政策，方便参保人员根据政策要求提交备案申请。各统筹区如遇其他政策、信息系统调整等情况，需至少提前 1 个工作日发布公告，标明涉及地区、险种及起止时间，以便市（州）级经办机构及时响应处理。

## 第二节 管理协同

**第七十三条** 省级医保部门会同省级财政部门建立通报机制，对各地异地就医政策落实、业务经办、解释宣传、定点管理、清算申请、清算确认、清算资金和周转金上解等工作进行通报。

**第七十四条** 省级医保和财政部门将根据通报情况，对表现优异的地区在试点建设、省级资金分配等方面予以倾斜。对问题严重，并且通报后仍不整改的地区采取约谈、通报批评、核减省级资金分配、暂停异地就医直接结算业务等措施。

**第七十五条** 省级经办机构通过异地平台协同管理模块开展全省异地就医经办服务、系统运行、问题处理、应急响应巡检工作。对参保人员备案核定、就医、结算过程每两小时巡检一次，如出现服务延迟、中断等情况即时提醒各统筹区。各市（州）级经办机构应在工作时间内处理完毕，处理时长不得超过两小时。积极探索跨省域协同合作机制，推动与其他省份建立业务代办、待遇给付、联审互查、问题处理等区域合作。

**第七十六条** 各市级经办机构加强统筹区内各县级经办机构协同管理，通过异地平台查询异地就医结算、清算信息，做好本地医疗机构医保服务管理，强化属地管理责任。

**第七十七条** 各级经办机构严格执行本规程。上级经办机构加强对下级经办机构异地就医工作的指导、监督和检查，上级经办机构应将本规程的执行情况纳入年度目标责任制考核内容，并视情况开展对下级经办机构的督导和检查，结果应与经办机构年度评先评优挂钩，对未严格执行本规程造成重大损失或引发重大舆情的经办机构，取消其年度评先评优资格。

## 第八章 附则

**第七十八条** 异地业务档案由参保地和就医地按其办理的业务分别保管。

**第七十九条** 省级经办机构可以根据业务需要进一步完善和修订各项业务用表。

**第八十条** 本规程由吉林省医疗保障局负责解释。

**第八十一条** 本规程自发布之日起实施。原印发文件与本规程不一致的，按本规程规定执行。

附件：1. [吉林省医疗保险异地就医登记备案表](#)

[2. 吉林省医疗保险异地就医备案个人承诺书](#)

[3. 外伤无第三方责任承诺书](#)

[4. 住院期间外院检查治疗或定点药店购药单](#)

[5. 吉林省异地就医住院结算单](#)

[6-1. 吉林省省平台异地医保业务周转金额度调整明细表](#)

[6-2. 吉林省 XXXX 统筹区异地医保业务周转金额度调整明细表](#)

[7. 吉林省 XXXX 统筹区 XXXX（期别）XXXX（类别）收款通知](#)

书

[8. 吉林省 XXXX 统筹区 XXXX（期别）XXXX（类别）付款通知书](#)

[9. 吉林省异地医保业务费用清算表](#)

[10. 吉林省 XXXX 统筹区异地医保费用收款清算表](#)

[11. 吉林省 XXXX 统筹区异地医保费用付款清算表](#)

- [12. 吉林省 XXXX 统筹区异地职工医保基金明细表](#)
- [13. 吉林省 XXXX 统筹区异地居民医保基金明细表](#)
- [14. 吉林省 XXXX 统筹区异地费用扣款分项明细表](#)
- [15. 吉林省异地医保业务年终清算申请表](#)
- [16. 吉林省异地医保费用年终清算表](#)
- [17. 吉林省 XXXX 统筹区异地医保费用年终收款清算表](#)
- [18. 吉林省 XXXX 统筹区异地医保费用年终付款清算表](#)
- [19. 吉林省异地就医备案、结算、周转金、清算流程图](#)