

附件

吉林省医疗保险异地就医管理办法

第一章 总 则

第一条 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，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，以下简称“22号文件”），结合我省实际，制定本办法。

第二条 本办法所称异地就医是指参保人员在参保地以外其他地区（以下简称“就医地”）的定点医药机构发生的就医购药行为。

第三条 本办法适用于享受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管理。

第四条 异地就医工作实行全省统一管理、分级负责。按照“就医地目录、参保地政策、就医地管理”的原则，通过政策主动推送、待遇择优识别、业务通接通办的模式，为异地就医人员提供精准、优质、便捷的医保服务。

第五条 省级医疗保障行政部门负责全省异地就医行政管理，市（州）级医疗保障行政部门负责所辖地区异地就医行政管理，

县（区）级医疗保障行政部门按照市（州）级医疗保障行政部门管理要求负责本地区行政责任落实。

各级财政部门负责会同医疗保障部门管理财政专户、医保部门支出户，按规定时限完成异地就医资金清算、划拨，合理安排医保部门工作经费，加强与医保经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符。

第六条 省级经办机构负责全省异地就医经办综合管理，协同全省异地就医管理服务，建设省级异地就医结算系统，为异地就医管理服务和费用结算提供支撑。市（州）级经办机构负责所辖地区异地就医经办管理，县（区）级经办机构按照省级和市（州）级经办机构要求落实各项经办工作。

第七条 根据异地就医人员异地就医需求不同，异地就医管理分以下情况：

（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。

第八条 根据异地就医人员就医地范围不同，异地就医管理分

以下情况：

（一）跨省异地就医：参保人员在参保关系所在省以外的其他省份定点医药机构发生的就医购药行为。

（二）省内异地就医：参保人员在参保关系所在县域（含省本级、市州本级）以外的省内其他定点医药机构发生的就医购药行为。具体分为：

1. 市（州）内跨县域就医：参保人员离开参保地至市（州）本级或其他县域的。

2. 跨市（州）非县域就医：参保人员离开参保地至省本级或其他市（州）本级的。

3. 跨市（州）县域就医：参保人员离开参保地至其他市（州）内县域的。

长白山管委会、梅河口市在异地就医范围分类时可按照县域认定。

第九条 根据异地就医人员异地就医结算方式不同，异地就医管理分以下情况：

（一）直接结算：异地就医人员持医保电子凭证或身份证或社会保障卡等有效凭证（以下简称“医保凭证”）在定点医药机构直接结算医药费用的。

（二）非直接结算：异地就医人员在定点医药机构就医购药，现金垫付后到经办机构按规定报销的。

第二章 待遇管理

第十条 省内异地就医人员及跨省异地就医非直接结算人员发生的医疗费用执行全省统一的支付范围、支付标准及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等），跨省异地就医直接结算人员发生的医疗费用原则上执行就医地的支付范围、支付标准及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等）。

第十一条 异地就医人员医保待遇的起付标准、最高支付限额、门诊慢特病病种范围、特药等待遇给付规定执行参保地有关政策。

第十二条 异地就医的参保人员门诊待遇执行参保地规定的本地就医支付比例，住院待遇支付比例根据异地就医需求和范围不同，执行以下三档待遇：

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。包括本条中一档待遇、二档待遇规定外的其他异地就医人员。

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。

第十三条 按照国家及省有关规定，重大疫情响应机制启动后，符合条件的参保人员在异地就医时免申即享一档待遇。

第三章 就医管理

第一节 省内异地就医

第十四条 省内异地就医全部实行直接结算。符合条件的异地就医人员依据不同情形直接或备案后享受异地就医待遇。

第十五条 参保人员有以下情形之一的直接享受异地就医直接结算服务：

- （一）市（州）内跨县域就医的；
- （二）跨市（州）县域就医的；
- （三）门诊（含定点药店）就医购药的；
- （四）执行第三档待遇的。

第十六条 跨市（州）非县域就医参保人员以下情形办理异地就医备案后可享受异地就医待遇：

（一）异地长期居住人员：其中异地安置退休人员、异地居住人员（职工医保在职人员和达到法定退休年龄的城乡居民医保参保人员）取得就医地户籍证明或居住证明的备案长期有效；常驻异地工作人员（包括其随同子女）根据参保单位提供的材料确认备案有效期限；长期异地学习人员根据提供的材料确认备案有

效期限；异地生育人员备案在当次生育后失效。

（二）转诊和急诊人员：转诊人员凭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病历或疾病诊断书等办理备案，有效期为6个月，有效期内可在就医地多次就诊；急诊由就医地定点医疗机构根据病情在就诊时进行备案后，参保地视同已备案，当次就医直接结算后失效。

第十七条 异地就医人员可根据实际情况，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。

第十八条 异地就医人员可在就医地开通直接结算的全部定点医药机构就医购药，所发生的医疗费用全部直接结算。

第十九条 异地备案待遇生效期间，参保地和就医地医保待遇均保持有效状态。

第二十条 异地就医人员在就医时，应在定点医药机构主动表明参保身份，持医保凭证结算，医保按规定支付后，个人承担部分由个人支付。

第二十一条 符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用可纳入异地就医直接结算范围。

第二十二条 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。

第二十三条 异地就医人员因系统故障等不可抗力原因发生

的非直接结算费用，可由本人先全额垫付后向经办机构申请报销结算。

第二十四条 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。

第二十五条 异地就医人员在就医地跨自然年度住院治疗的，应以出院结算日期为结算时点，按一笔费用整体结算，并将医疗费用信息传回参保地。参保地根据本地跨年度费用结算办法计算应由异地就医人员个人负担和各项医保基金支付额度，并将结果返回就医地直接结算。

第二十六条 异地就医人员参保地、参保险种等参保关系发生变更后，应重新办理异地就医备案。

第二节 跨省异地就医

第二十七条 跨省异地就医人员备案后享受直接结算服务，未备案的执行非直接结算。备案管理依据本办法第十六条中跨市（州）非县域备案管理执行。

第二十八条 跨省异地就医备案到就医地统筹区。

第二十九条 跨省异地就医的其他事项参照本章第一节相关规定执行。

第四章 定点医药机构管理

第三十条 异地就医直接结算定点医药机构实行动态管理。原则上全部医保定点医药机构均应具备为异地就医人员提供服务的能力，各级经办机构与定点医药机构签订服务协议时，将异地就医服务管理纳入协议管理，及时维护异地就医服务信息，更新定点结算状态，确保信息准确。

第三十一条 定点医药机构应对异地就医患者进行身份识别，验证医保信息，实时上传就医和结算信息，为异地就医人员提供与本地参保人员相同的医药、医保服务。

第三十二条 定点医药机构要根据参保人员实际情况，指引未办理异地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，推进实现省内异地就医人员就医购药过程中同步备案。

第三十三条 定点医药机构应支持开展异地就医手工报销线上办理，实现异地就医人员发生的非直接结算费用，由本人先全额垫付后，可在就医地或参保地线上申请报销。

第五章 医保服务

第三十四条 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。

第三十五条 各级经办机构要利用大数据、云计算、人工智能、移动互联网等技术，通过信息共享、数据交互方式，获取参保人员退休、异地安置等信息，主动识别具备异地就医资格的参保人员，及时推送待遇信息，实现参保人员在异地就医时最优待遇免申即享。

第三十六条 各级经办机构应实现异地就医业务线上线下全渠道省内通接通办，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。

第三十七条 各级经办机构应不断拓展线上办理渠道，通过国家级和省级医保服务平台网厅、APP、小程序、政务服务平台等途径办理业务，规范流程，简化操作，实现各途径体验一致，方便快捷。

第三十八条 各级经办机构要切实做好异地就医结算政策宣传解读，建立健全服务告知制度，在参保人员办理医保业务、就医购药、事务咨询等业务时，预先告知参保人员异地就医相关政策和办事流程，提高参保人员认知度。

第三十九条 参保人员可通过个人承诺的方式申请异地就医备案，承诺制备案有效期6个月，承诺制备案开始后至补齐材料时间内不得取消、变更备案，如回参保地就医暂执行第三档待遇。参保人员以承诺制方式办理备案手续的，履行承诺事项补齐备案材料后等同于普通备案人员，享受同等待遇。

第四十条 各级经办机构应建立健全异地就医人员投诉渠道，及时响应参保人员诉求。

第四十一条 异地就医人员直接结算的，推进全量信息实时传输至参保地。因故无法直接结算的，定点医药机构应根据医保凭证采集异地就医人员有关信息，并将医疗费用明细、诊断等就诊信息及时上传至医疗保障信息平台，支持开展异地就医手工报销线上办理。

第四十二条 各级医保部门要扎实推进编码动态维护和深化应用，不断提升医保数据治理水平，利用医保大数据简化业务办理流程。

第四十三条 各级医保部门要推进系统优化完善，加强医保信息化运维管理体系和安全保障，提升系统安全运维能力，及时响应处理系统问题，改善异地就医人员直接结算体验。

第六章 资金管理

第一节 周转金管理

第四十四条 建立健全异地就医基金周转机制，按照国家有关规定的跨省异地就医直接结算预付资金纳入异地就医周转金管理，异地就医周转金统一并入医疗保障周转金管理（以下简称“周转金”），预付金原则上来源于各统筹区医保基（资）金。统一规范周转金使用范围及渠道，统筹用于医疗保障业务结算（包括跨域、跨部门、跨机构等业务收支）时资金垫付使用。

第四十五条 周转金筹集时，各统筹区按照省级经办机构确定

的数额，结合本地各项资金（包括其他暂存在医疗保障财政专户下的基金）实际情况，自行确定支出账户，按时完成上缴并进行会计核算。基本医疗保险实现省级统筹后，资金可从省级管理资金中统一划拨。周转金使用时，统筹区按照业务实际拨付、会计核算。

第四十六条 省级经办机构按上年度各统筹区异地清算资金额度及增长率，结合异地就医费用结算周期等因素，确定周转金额度。

第四十七条 建立周转金预警和调增机制。周转金使用率为基础预警指标，预警后就医地可启动周转金紧急调增流程。原则上周转金紧急调增额度应于下期清算之前完成拨付。

第四十八条 周转金在就医地财政专户中产生的利息归就医地所有。

第四十九条 省级经办机构按规定组织各级经办机构做好周转金筹集、调整、使用、清算及对账，逐步优化流程，提高效率，确保周转金合理有效使用。

第二节 结算和清算

第五十条 在确保基金安全的前提下，按照建立机制、提高效率、省级管理、统一清结的原则，医疗保险异地费用实行“先结算，后清算”。

第五十一条 省级经办机构每日自动生成日对账信息，组织督

导参保地和就医地完成与省级经办机构的三方对账，做到数据相符。省级经办机构以日为周期进行日常对账和数据固化，并以固化后的数据作为月度费用结算和清算依据。

第五十二条 就医地经办机构负责结算在本辖区发生的异地就医费用。其中，同属省本级和长春市的定点医药机构，其费用由省级经办机构负责结算；同属地市级和所辖县（市、区）的定点医药机构，其费用原则上由地市级经办机构负责结算。市（州）内跨县域就医的，其费用由市（州）经办机构负责组织结算。就医地经办机构按协议或有关规定向定点医药机构支付异地就医费用。

第五十三条 异地就医费用清算是指省级经办机构之间、省级经办机构与辖区内经办机构之间确认有关异地就医费用的应收或应付额，据实划拨的过程。

第五十四条 省级经办机构负责与其他省份经办机构及省内各级经办机构进行费用清算，省内各级经办机构与各省间、省内其他经办机构间不相互清算。跨省异地就医清算资金由省级财政专户与外省级财政专户进行划拨。省级经办机构和财政部门应按照国家相关规定要求，协同做好清算资金划拨和收款工作。省级经办机构负责协调和督促各地按规定及时拨付资金，各级经办机构要按照规定时间向同级财政部门报送清算表单，财政部门审核无误后，及时完成拨付、确认。

第五十五条 清算周期统一执行月度清算。跨省异地就医清算按照国家统一清分、省级统一清算的方式执行，其中跨省异地就

医省内清算部分同省内异地就医清算一并执行。

第五十六条 各级经办机构间清算以就医地经办机构与定点医药机构间结算的支付额为准，省级经办机构汇总各地的结算额后，与各地据实清结清算，多退少补，划拨资金。

第五十七条 涉及跨区域基金收支业务，全部纳入异地就医清算范围。

第三节 支付管理

第五十八条 异地就医直接结算支付管理实行“总额预算，复合支付”。

第五十九条 参保地经办机构应在基金收支总体预算中预留异地就医费用；就医地经办机构应将异地就医费用纳入本地总额预算管理。

第六十条 就医地经办机构应综合考虑定点机构服务性质、规模以及服务量增减变化、医疗保障政策执行、医疗服务提供等情况，将异地就医直接结算费用纳入本地多元复合支付方式管理。支付方式和标准、结算程序和办法、考核管理和保证金返还应同本地保持一致，与本地相关标准同步执行，实现一体化管理。

第六十一条 经办机构与定点医药机构间结算以就医地付费标准为准，付费执行中发生的超支、结余或月度差异、年度差异，经核算后由省级经办机构发起异地年终清算。

第七章 财务管理

第六十二条 省级财政部门设立异地结算财政专户，统一管理异地结算资金。

省级经办机构在基金支出户下设立异地结算支出子账户，用于收付异地结算财政专户、各级经办机构的异地结算资金。

第六十三条 统一规范会计核算账务处理

(一) 周转金账务处理

1. 各级经办机构向省级异地结算支出子账户上解周转金，借记“暂付款”科目，贷记“支出户存款”科目；省级异地结算支出子账户借记“支出户存款”科目，贷记“暂收款”科目；退回记相反分录。

2. 省级异地结算支出子账户向各级经办机构划拨周转金，借记“暂付款”科目，贷记“支出户存款”科目；各级经办机构借记“支出户存款”科目，贷记“暂收款”科目；退回记相反分录。

3. 各级经办机构“暂付款”科目年底余额中的异地资金部分为上缴省级经办机构的周转金，应与省级异地结算支出子账户“暂收款”科目余额一致。

(二) 异地就医预付金和结算清算资金账务处理

1. 就医地经办机构应及时向定点医药机构拨付异地就医费用。拨付时，借记“暂付款”科目，贷记“支出户存款”科目。

2. 各级经办机构向省级异地结算支出子账户上解异地清算资金，借记“社会保险待遇支出”科目，贷记“支出户存款”；省

级异地结算支出子账户借记“支出户存款”科目，贷记“暂收款”科目；退回记相反分录。

3. 省级异地结算支出子账户向各级经办机构划拨异地清算资金，借记“暂付款”科目，贷记“支出户存款”科目；各级经办机构借记“支出户存款”科目，贷记“暂付款”科目；退回记相反分录。

4. 省级异地结算财政专户收到各省异地预付金、清算资金，借记“财政专户存款”科目，贷记“暂收款”科目；退回记相反分录。

5. 省级异地结算财政专户向各省划拨异地预付金、清算资金，借记“暂付款”科目，贷记“财政专户存款”科目；退回记相反分录。

第六十四条 各级经办机构要确保会计核算凭证和数据资料传递准确并及时更新维护。

第六十五条 异地资金划拨过程中发生的银行手续费、银行票据工本费、异地支付邮寄费等不得在基金中列支。

第六十六条 各级医保、财政部门应确保及时足额拨付资金。因资金拨付不及时影响异地业务运转，造成不良影响的，按相关规定追究责任。

第八章 监督管理

第六十七条 异地就医医疗服务监管实行“就医地管理，参保

地协同”的原则。就医地应将异地就医医疗服务纳入本地监管及定点医药机构协议管理范围，参保地可通过省级异地就医结算系统对异地医药服务行为实施监控。

第六十八条 就医地经办机构应将异地就医人员（包括无第三方责任的外伤人员）纳入本地统一管理，在定点医药机构确定、医疗信息记录、绩效考核、医疗行为监控、医疗费用审核、总额预算等方面提供与本地参保人员相同的服务和管理，并在服务协议中予以明确。

第六十九条 就医地经办机构发现异地就医人员有违规行为的，应暂停其直接结算服务，同时上报省级经办机构协调参保地经办机构，由参保地经办机构根据相关规定进行处理。

第七十条 各级经办机构应对异地就医有关材料进行核准，发现伪造、变造材料等情况，停止该异地就医人员的异地就医待遇，对违规费用和结算资金及时追回，并依法依规处理。

第七十一条 医疗保障监管追回的异地就医医保基金、扣款等按原渠道返回参保地账户，行政处罚、协议违约金等资金由就医地医保部门按相关政策规定处理。

第七十二条 参保人员在异地就医备案、结算等业务中发生失信行为的，不再享受承诺制备案、优先办理等便捷服务。

第九章 协同管理

第七十三条 建立健全异地业务协同管理机制，形成分工明

确、职责明晰、流程统一的异地业务协同管理体系。省级经办机构负责统一组织、综合协调各地区间业务协同。各级经办机构要安排专人按有关要求做好业务协同工作。

第七十四条 就医地经办机构要定期向省级经办机构和参保地经办机构提供异地就医医疗服务监管情况，参保地经办机构对异地就医人员医疗费用有疑义的，可发起费用协查，就医地经办机构应给予配合。

第七十五条 异地就医人员在备案、就医、结算、申请报销的过程中出现问题，应由参保人自行选择经办机构作为问题处理方，各级经办机构要实时受理参保人诉求，对需要其他地区或者外省协同问题，及时发起问题协同。

第七十六条 省级经办机构通过组织异地就医联审互查、网络查询、委托专审等形式，对就医地异地就医相关政策和管理服务要求落实情况进行考评，协调处理因费用审核、基金拨付发生的争议及纠纷。

第十章 附 则

第七十七条 省级经办机构根据 22 号文件和本办法制定经办规程并组织实施。

第七十八条 医疗费用直接结算的异地就医人员在长春市省内省本级定点医药机构异地就医，由省级经办机构负责管理。

第七十九条 医疗救助、长期护理保险异地结算服务参照本办

法执行。

第八十条 本办法由吉林省医疗保障局负责解释。

第八十一条 本办法自 2022 年 11 月 1 日起施行。原印发文件与本办法不一致的以本办法为准。