

索引号:	11220000MB19566296/2025-00996	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:	2025 年 05 月 29 日
标题:	关于进一步加强异地就医直接结算管理服务的通知		
发文字号:	吉医保联〔2025〕9 号	发布日期:	2025 年 05 月 29 日

关于进一步加强异地就医直接结算 管理服务的通知

吉医保联〔2025〕9 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：

根据《国家医保局 财政部关于进一步加强异地就医直接结算管理服务的通知》（医保发〔2024〕21 号）要求，现就完善异地就医结算工作，加强异地就医直接结算管理服务，切实维护医保基金安全，有关事项通知如下：

一、加强异地就医备案管理

（一）强化异地就医备案管理。参保人员办理异地就医备案后可以享受异地就医直接结算服务，各级医保部门要严格执行异地就医备案政策，原则上“先备案，后结算”，按照不同情形办理异地就医备案：

1. 异地长期居住人员备案。在就医地长期居住、生活的职工参保人员、城乡居民参保人员，提供异地安置认定材料（异地户籍或异地身份证）或长期居住认定材料可办理异地就医备案。其中，提供异地户籍或异地身份证备案的有效期为长期有效；提供长期居住认定材料的根据材料上标明的有效期确定有效期，提供长期居住认定材料未注明有效期的，备案有效期为一年。

在职职工参保人员长期驻外工作、进修（学习）的，提供异地工作证明材料（能够证明参保人员在就医地工作、进修（学习）等材料）可办理异地就医备案，备案有效期根据提供材料标明的有效期确定，提供材料未注明有效期的，备案有效期为一年。

2. 转诊转院人员备案。参保人员办理异地长期居住备案或转诊转院备案后，可由就医地具有转诊权的定点医疗机构办理再转诊业务。跨省异地定点医疗机构暂不支持此项业务办理前，由参保人员经线上或线下途径向参保地经办机构申请办理再转诊业务。

3. 其他临时外出就医备案。其他临时外出就医人员在异地就医备案后，可在就医地直接结算。

因参保人本人原因（如就医时未主动告知医疗机构参保身份导致医疗机构按照自费方式结算、在结算时自行选择了自费结算等情形），应直接结算未直接结算的，回参保地报销时医保支付比例在相应待遇档基础上降低 10 个百分点。

（二）完善异地就医备案服务。符合办理异地就医备案条件（除其他临时外出就医外），但无法及时提供备案材料的，可申请承诺制备案。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。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。

结算前补办异地就医备案参保人员，提供的备案材料应证明住院前在就医地已经长期居住（工作、生活），且起始时间最长可提前 30 日（以申请备案日期为准）。

各统筹区要规范线上备案告知书，明确不同类型备案人员备案材料、备案时效、变更时限、补办政策，注明统筹区经办服务电话等。对于省本级和省会城市均开通就医地服务的（包括省本级与长春市市本级），参保地要做好就医地医保区划编码关联和政策解释，保证参保人备案到省本级或省会城市时，均可按规定享受异地就医直接结算服务。医疗费用直接结算的异地就医人员在长春市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。

（三）完善异地就医备案办理流程。各统筹区要严格执行《吉林省医疗保障经办政务服务事项清单（2024 年版）》，规范异地就医备案材料名称和办理流程，做到省内与跨省、线上与线下、吉林省办理渠道与国家统一办理渠道保持一致。各统筹区要在《吉林省医疗保险异地就医备案个人承诺书》和《告知书》中明确承诺的具体内容、要求以及违反承诺相应的处理办法，细化办事承诺方式，完善容缺受理服务关键要素，做好事中事后校验核实工作。完善正常备案参保人员线上备案取消业务流程，允许参保人自主取消备案（自助备案除外）

二、合理确定异地就医结算报销政策

各统筹区应根据经济社会发展水平、人民健康需求、医保基金支撑能力和分级诊疗要求，依据就医类型合理确定异地就医差异化结算报销政策。基金累计结余可支付月数少于 6 个月、参保人异地就医需求多的统筹区应加强医保基金运行风险防范，自行完善异地就医结算报销政策。自行政策调整须提前报省级医疗保障、财政部门备案同意后执行。

三、做好参保地服务管理

（一）优化异地就医直接结算经办服务。参保地各级医保部门要加强宣传培训，引导参保群众有序就医。要加强异地就医业务协同管理，健全工作机制，明确责任分工，在问题协同、业务审核、信息共享等方面加快提升各级经办业务协同能力。要建立健全每日报错治理机制、系统运维报告机制、系统应急处置机制，切实强化异地就医直接结算信息系统支撑保障作用。要加强资金

清算调度，强化医保部门与财政部门协作配合，完善信息交互和资金拨付流程。

（二）完善费用协查工作机制。参保地各级医保部门要对参保人员异地就医费用进行审核，对超过3万元住院疑似违规费用可通过国家跨省异地就医管理子系统业务协同管理模块费用协查功能发起协查工作。对确需就医地协查的未超过3万元的其他费用，可依托国家跨省异地就医管理子系统业务协同管理模块等多种渠道发起问题协同。

（三）加强参保地费用协查联动。参保地各级医保部门要加强与就医地医保部门联动机制，对参保人员在办理承诺制备案期间承诺事项不属实且发生医保基金支付的，经办机构应予以追回。

四、强化就医地管理

（一）做好异地定点医药机构管理。各统筹区医保经办机构应做好异地定点医药机构管理工作，指导各异地定点医药机构做好门诊、住院费用明细信息传输工作。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。定点医药机构提供异地医保服务应与本地服务资质一致。跨省门诊慢特病直接结算服务应在就医地选定的定点医药机构范围内进行。异地就医直接结算定点医药机构实行动态管理，对异地就医相关业务出现违法、违规、违约的定点医药机构，暂停异地就医直接结算服务。

（二）推动将异地就医费用纳入DRG/DIP管理。完善省内异地就医实行DRG/DIP付费管理相关政策措施，各统筹区作为就医地应于每年年末前完成下年度省内异地费用的付费方案编制工作，编制时应充分与参保地协商，达成一致后报省级经办机构备案审核并纳入本地服务协议。对就医地与参保地无法达成一致意见的，由省级经办机构根据统筹区基金收支余情况统筹安排。各统筹区应做好医保基金运行监测，充分总结经验、分析问题、完善机制、优化系统，提高结算清算效率。探索跨省异地就医DRG/DIP付费改革举措。

（三）完善费用协查工作机制。就医地经办机构要按照《吉林省医疗保险异地就医经办规程》要求，做好疑似违规费用的协查工作，按要求做好问题响应和处理，及时反馈费用协查结果。

（四）做好省内异地生育直接结算工作。进一步简化异地生育直接结算的流程，加强对定点医疗机构的监管，督促其严格执行医保政策和服务协议，规范医疗服务行为，保证医疗费用的合理支出。

（五）加强就医地日常审核。压实就医地医保部门属地管理职责，规范异地患者医疗服务行为，促进合理诊疗、因病施治。各就医地经办机构应将异地就医人员纳入本地同质化管理，相关异地就医医疗费用纳入本地智能审核和核查检查范围，加强日常审核，规范定点医疗机构诊疗行为。压实就医地监管责任，将异地就医基金使用无差别统一纳入本地监管。推动建立高效迅速、衔接

流畅的跨区域协同监管机制，探索区域监管联动，实现协同监管、联合检查、联合惩戒。就医地医保部门要强化监督指导，及时跟踪监测异地就医费用审核扣款情况。省医疗保障局将审核扣款情况纳入中央财政医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）绩效评价指标体系，对异地就医直接结算审核扣款率明显低于本地就医平均审核扣款率的地区，降低绩效评价得分。

五、做好异地就医资金清算管理工作

（一）加强异地就医费用结算。各地区在当期清算前要完成所有异地结算资金的对账，做到对账率达到 100%；每期结算数量金额应包括当期全部异地结算数据，要做到结算率达到 100%，不能出现遗漏或延迟结算情况；要对每一笔符合条件的异地清算资金进行申请清算，做到申请清算率达到 100%，保证整个异地清算资金的管理工作高效、准确、规范地进行。

（二）切实做好清算资金收付工作。各地区要保障异地清算资金收付工作的顺利进行，在清算资金的收付过程中，要严格按照规定的要求按时足额拨付清算资金。如因特殊情况不能按时限完成拨付的，须提交申请报告，详细说明不能按时拨付的具体原因和预计完成拨付的时间。

六、加强异地就医直接结算监测工作

各级医保部门要做好住院费用明细和结算清单上传工作，加强日常监测，定期开展异地就医结算运行分析，及时发现基金使用异常情况，加强异地就医结算对医保基金运行影响监测，有效识别并防范基金安全隐患。

加强跨部门协作和信息共享，充分利用大数据手段，精准快速锁定欺诈骗保、违反定点协议的可疑线索，提升精准打击能力。异地就医集中地区的医保部门经费保障应适当向异地就医监管工作倾斜。优化异地就医子系统与监管系统信息互通，完善异地就医子系统预警监测评估处置的功能。完善异地就医追回资金退回工作机制。

此前文件内容与本文件内容不一致的，按照本文件内容执行。

吉林省医疗保障局 吉林省财政厅

2025 年 5 月 27 日