

吉林省医疗保障局文件

吉医保发〔2019〕34号

关于印发《优化异地就医十六条 具体举措》的通知

各市（州）、长白山保护开发区、梅河口市、公主岭市医疗保障局，省社会医疗保险管理局：

为进一步提升异地就医管理服务效能，切实解决群众异地就医“难点、痛点、堵点”问题，增强群众的获得感和满意度，根据省医疗保障局“不忘初心、牢记使命”主题教育工作安排，结合全省医疗保险异地就医工作实际，省医疗保障局制定了《优化异地就医十六条具体举措》，现印发给你们，请按以下要求认真贯彻执行：

一、各地要切实加强组织领导，强化责任意识，紧密结合“不忘初心、牢记使命”主题教育活动，认真查找差距，强化整改落实，对整合城乡居民医保制度过程中，群众反映强烈的异地就医

等相关问题予以妥善解决，确保主题教育取得实效。

二、省级医保经办部门要制定具体的经办规程，细化急诊、转诊、长期异地等业务流程和标准，加强对全省异地就医工作的业务指导和培训，制定异地就医培训计划和目标、定期举办异地就医政策解读培训班，提高全省各级医保经办部门的业务能力和服务水平。

三、各地要在9月底前做好优化异地就医相关举措的各项准备工作，10月1日后按本通知执行，10月18日前将落实情况上报省医疗保障局。

联系人：王月娟 宋健

联系电话：0431—82883370（传真）

附件：优化异地就医十六条具体举措



（此件主动公开）

附件：

优化异地就医十六条具体举措

一、完善待遇管理

1. 城乡居民医保参保人员达到法定退休年龄或长期外出务工、“双创”人员未参加当地医疗保险的，取得居住地户籍或居住证（居住证明），可以申请长期异地就医待遇。

2. 城乡居民医保长期异地就医人员医疗保险基金支付比例在参保地规定的本地就医支付比例基础上降低 10%（城乡医保待遇整合前原新农合参保人员暂按省级定点医疗机构重大疾病住院支付比例降低 10%执行）。

3. 城镇职工、城乡居民参保人员未履行规定程序，自行异地就医人员的医疗保险基金支付比例为 20%。

4. 城镇职工、城乡居民参保人员因本人原因应直接结算而未直接结算的，医疗保险基金支付比例在原基础上降低 10%。

5. 异地就医人员同时存在多种医保基金降低支付比例情形时，降低的支付比例将根据实际情况予以叠加计算。

6. 异地就医人员在就医地公立定点服务机构和社会办定点服务机构就医时，执行同一政策。

7. 跨省长期异地的城乡居民参保人员，可在居住地（市级统筹区）开通直接结算的全部定点服务机构就医，在此基础上可在

居住地（市级统筹区）非直接结算定点服务机构中自愿选择 4 家（三级、二级、一级和专科各 1 家）就医，有异地门诊特殊疾病待遇的，可在长期异地就医选定医院范围内指定 1 家医院作为特殊疾病定点服务机构。

8. 取消长期异地备案后封锁参保地医保待遇的规定，异地备案后，参保地和居住地医保待遇均保持有效状态。如参保人员在参保地和居住地发生的医疗费用，在时间、空间上出现自相矛盾且无法提供有效证明的，医保基金不予支付。

二、便捷备案流程

9. 取消急诊“自就诊之日起 3 个工作日内向参保地经办机构备案登记”的规定，符合规定的医疗费用可在年度待遇支付截止日期前申请兑现。

10. 简化转诊转院办理流程，按照分级诊疗的原则，由统筹区内具备转诊转院资格的定点医疗机构，根据临床治疗需要为参保人员办理转诊转院手续，参保人员无需再到经办机构办理审核手续。

11. 取消参保人员“转诊证明需当地经办机构盖章”的规定。

12. 延长转诊转院备案手续有效期至参保年度内，但转诊治疗应符合转诊时确定的病情或诊断，且当次有效。

三、优化结算服务

13. 及时兑现符合条件的异地就医特药待遇，加快实现省内特药定点医疗机构（住院、门诊）和特药定点零售药店直接结算。

参保人员在特药定点零售药店直接结算参照门诊特殊疾病待遇执行及管理(城乡医保待遇整合前原新农合参保人员暂按市级定点医疗机构普通疾病住院补偿政策执行)。

14. 简化省内即时结算报销手续,取消参保人员省内即时结算报销需提供住院病历复印件及参保地经办机构与定点医疗机构结算必须提供住院病历复印件的规定。

15. 参保人员到医保经办机构报销时,应提供医疗费用票据、病历、费用清单。经办机构要对参保人员一次性告知,不得擅自增加报销材料。自收齐报销材料之日起,完成报销时间原则上不超过 22 个工作日。

16. 取消异地就医人员“出院一个月之内将相关材料递交参保地经办机构,逾期未提交相关材料不予报销”的规定。参保人员异地就医发生的医疗费用回参保地报销的,待遇支付截止时间为次年 3 月 31 日前。

吉林省医疗保障局

2019 年 9 月 18 日印发
