

吉林省人力资源和社会保障厅 吉林省财政厅 文件

吉人社联字〔2017〕79号

关于印发吉林省医疗工伤生育保险  
异地就医管理办法的通知

各市（州）、长白山管委会、梅河口市、公主岭市、各县（市、区）人力资源和社会保障局、财政局：

根据人力资源社会保障部、财政部《关于做好基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算工作的通知》（人社部发〔2016〕120号），吉林省人力资源和社会保障厅、财政厅、卫生和计划生育委员会《关于进一步做好吉林省医疗工伤生育保险异地就医管理工作的意见》（吉人社联发〔2015〕27号），吉林省财政厅、人力资源和社会保障厅《关于印发吉林省医疗工伤生育保

险异地就医基金结算管理暂行办法的通知》(吉财社〔2015〕350号)要求,省人力资源和社会保障厅、财政厅制定了《吉林省医疗工伤生育保险异地就医管理办法》。现印发给你们,请遵照执行。

附件:吉林省医疗工伤生育保险异地就医管理办法

吉林省人力资源和社会保障厅

吉林省财政厅

2017年9月30日

---

吉林省人力资源和社会保障厅办公室 2017年9月30日印

# 吉林省医疗工伤生育 保险异地就医管理办法

## 第一章 总 则

**第一条** 根据人力资源社会保障部、财政部《关于做好基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算工作的通知》(人社部发〔2016〕120号),吉林省人力资源和社会保障厅、财政厅、卫生和计划生育委员会《关于进一步做好吉林省医疗工伤生育保险异地就医管理工作的意见》(吉人社联发〔2015〕27号),吉林省财政厅、人力资源和社会保障厅《关于印发吉林省医疗工伤生育保险异地就医基金结算管理暂行办法的通知》(吉财社〔2015〕350号)等有关规定,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统筹区以外的其他地区(以下简称“就医地”)的定点服务机构发生的就医购药行为。

**第三条** 本办法适用于吉林省职工医疗保险、居民医疗保险及工伤保险、生育保险(包括一体化结算的由商业保险经办机构经办的险种)参保人员的异地就医管理。

**第四条** 省人力资源和社会保障行政部门负责全省异地就医行政管理,各统筹地区人力资源社会保障行政部门负责所辖地区

异地就医行政管理。

**第五条** 省社会医疗保险管理局(省医疗保险异地就医结算中心,以下简称“省医保局”)建立异地就医管理平台,负责全省异地就医综合经办管理,指导协调全省异地就医管理服务工作,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;承担制定并实施全省异地就医结算业务流程、标准规范,全省异地就医数据管理与应用,异地就医资金结算清算、智能监控、运行监测,业务协同管理和争议处理等职能。

**第六条** 各统筹地区社会医疗保险经办机构(以下简称“经办机构”)按要求建立和完善本地区异地就医管理平台,负责所辖地区异地就医经办管理,建立异地就医内部审计、财务管理、预算管理、定点服务机构支付管理、协议管理、考核等制度,规范开展异地就医经办工作,定期审查异地就医专项基金运行情况;负责统筹地区内异地就医结算业务流程、标准规范在本辖区内的组织实施,承担本统筹地区异地就医业务数据管理、直接结算、资金清算、智能监控、运行监测、业务协同管理和争议处理等职能。

**第七条** 根据参保人员异地就医的时效不同,异地就医管理分以下情况:

(一) 长期异地就医:参保人员(居民医保除外)根据户籍管理规定取得居住地户籍或根据居住证管理规定取得居住地居住证(或居住登记6个月以上,下同)的;参保人员(居民医保除外)因公在外地长期工作6个月以上的(以下简称“长期驻外人”)

员”);居民医保参保人员达到法定退休年龄,且在异地取得当地居住证,非因本人原因无法参加当地基本医疗保险的。

(二)临时异地就医:参保人员(含符合国家和省计划生育规定的无工作单位的男职工配偶)因需要到异地生育的(以下简称“异地生育”);参保人员因参保地定点服务机构条件所限或因危重症,符合分级诊疗和转诊转院政策规定需要转外就医的(以下简称“转诊”,并区分危重症转诊、普通转诊);参保人员因急、危、重症需要就近到医疗机构(国外及港、澳、台地区除外,包括本地非定点服务机构)治疗的(以下简称“急诊”)。

**第八条** 根据参保人员异地就医的结算方式不同,异地就医管理分以下情况:

(一)直接结算:参保人员持社会保障卡在定点服务机构就医,直接结算医疗费用的。

(二)非直接结算:参保人员在定点服务机构就医,现金垫付后回参保地按规定报销的。

**第九条** 根据参保人员跨地区就医的范围不同,异地就医管理分以下情况:

(一)省内跨统筹地区异地就医(以下简称“省内异地就医”):参保人员离开参保统筹地区至省内其他统筹地区就医的。

(二)跨省异地就医:参保人员离开参保省份至其他省份就医的。

(三)市(州)统筹地区内跨县域就医:在以市(州)为单

位的统筹地区内，参保人员离开参保县域至其他县域就医的。

## 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（包括：吉林省基本医疗保险、工伤保险、生育保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准）；跨省异地就医直接结算人员发生的医疗费用执行就医地的支付范围（包括：就医地基本医疗保险、工伤保险、生育保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准）。

**第十一条** 异地就医人员医疗保险基金的起付标准和最高支付限额等执行参保地规定的本地就医时的标准。异地就医人员工伤保险、生育保险待遇执行参保地标准。

**第十二条** 急诊、职工医保长期异地就医人员医疗保险基金支付比例执行参保地就医时的支付比例。

按照分级诊疗制度，符合转院病种范围且在规定时间内办理转诊手续的，根据异地定点服务机构的级别，医疗保险基金支付比例执行参保地就医时的支付比例；不符合转院病种范围但治疗过程中出现并发症及危、急、重症情况的，办理相应的转诊手续转出后，按转入定点服务机构的级别，其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 20%。

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%。

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%。

因本人原因，应直接结算未直接结算的异地就医人员，医疗保险基金支付比例在原基础上降低 10%。

异地就医人员存在多种医疗保险基金降低支付比例情形时，降低的支付比例根据实际情况叠加计算。

### 第三章 就医管理

#### 第一节 省内异地就医

**第十三条** 省内异地就医人员享受参保地待遇，纳入就医地管理。长期异地就医、转诊、异地生育、急诊的医疗费用实行直接结算，均纳入直接结算管理。

**第十四条** 符合条件的参保人员可向参保地经办机构提出申请，经核准后到指定的异地就医定点服务机构持社会保障卡结算，享受异地就医待遇。

**第十五条** 长期异地就医人员可在居住地（市州统筹区内非跨县域）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（市州统筹区内）的非直接结算定点服务机构中再选择 4 家（三级、二级、一级和专科各一所）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；同时可在居住地开通的异地定点零售药店购药；临时异地就医人员选择 1 家异地就医定点服务机构就医，其他特定待遇备案范围按国家、省有关规定执行。

**第十六条** 长期异地就医人员自经办机构审核异地就医申请通过之日起待遇生效，一个自然年度可申请居住地和参保地就医变更登记 2 次。职工医保参保在职职工取得就医地户籍、职工医保参保退休人员取得就医地户籍或居住证的，异地就医待遇长期有效；职工医保参保在职职工及居民医保参保人员取得就医地居住证的，居住证有效期即为异地就医有效期限，期满后可凭居住证有效期申请延期；长期驻外人员根据参保单位提供的材料确认有效期限。经办机构适时对异地就医待遇有效性进行核查验证。

**第十七条** 急诊应自就诊之日起 3 个工作日内向参保地经办机构备案登记，有效期至当次住院治疗结束，患者需进一步治疗的应及时转入居住地定点服务机构继续治疗。

**第十八条** 转诊应申请办理登记备案手续，申请通过后异地就医待遇生效，有效期至当次住院治疗结束。

**第十九条** 异地生育人员自经办机构审核异地生育申请通过之日起异地生育待遇生效，其有效期至本次生育结束。

**第二十条** 具备直接结算管理条件、医疗费用能够直接结算的异地就医人员，所发生的医疗费用全部纳入直接结算管理。

**第二十一条** 异地就医待遇生效期间本地待遇封锁，异地就医有效期满后异地就医待遇自动终止，本地就医待遇自动恢复。医疗费用直接结算的长期异地就医人员待遇有效期间发生的定点服务机构变更、居住地和参保地就医变更、急诊、转诊，纳入居住地经办管理范围。医疗费用直接结算的异地转诊人员有效期间发生的再转诊登记手续纳入就医地管理，医疗费用回参保地报销。

**第二十二条** 就医地经办机构应将异地就医人员纳入本地统一管理，在定点服务机构确定、医疗信息记录、医疗行为监控、医疗费用审核和稽核等方面提供与本地参保人员相同的服务和管理。

**第二十三条** 各级经办机构应加快推进《社会保险药品分类与代码》、《社会保险医疗服务项目分类与代码》等技术标准的应用，明细信息要统一使用药品、医疗服务项目、耗材等编码并按规定上传。

## 第二节 跨省异地就医

**第二十四条** 跨省长期异地就医人员可在居住地（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）的非直接结算定点服务机构中再选择4家（三级、二级、一级和专科各一所）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；临时异地就医人员选择 1 家异地就医定点服务机构就医。其他特定待遇及国家有明确备案范围的按国家、省有关规定执行。

**第二十五条** 参保人员跨省异地就医期间发生的相关信息变更、备案登记等业务由参保地经办机构负责办理。

**第二十六条** 跨省长期异地就医人员，其异地就医待遇生效期间，非因本人原因门诊医疗费用不能直接结算的，可向参保地经办机构提出提取个人账户资金申请，经办机构核对后于次年 1 月末前将本人个人账户余额按实际情况定额划转给个人，供其在门诊购药时使用。

**第二十七条** 跨省异地就医的其他事项参照第三章第一节相关规定执行。

### 第三节 市（州）统筹地区内跨县域就医管理

**第二十八条** 市（州）统筹地区内跨县域就医，通过统筹区域内信息系统、经办流程、基金管理、缴费标准、保障范围、就医管理、待遇水平、服务标准等统一管理，实现医疗费用直接结算。

**第二十九条** 市（州）统筹地区内跨县域就医按照分级诊疗管理规定，参照省内异地就医管理，享受医疗保险待遇。

## 第四章 定点管理

**第三十条** 对异地就医直接结算的定点服务机构实行动态管理。各统筹地区定点服务机构均可申请作为异地就医定点服务机构，省医保局定期公布异地就医定点服务机构名单。

**第三十一条** 各级经办机构与定点服务机构签订服务协议时，应将异地就医服务管理纳入协议管理，定期开展定点服务机构履约能力评估工作。

**第三十二条** 就医地定点服务机构应对异地就医患者进行身份识别，确认相关信息，为异地就医人员提供与本地参保人员相同的医疗服务。

**第三十三条** 就医地定点服务机构应向经办机构及时准确上传就医信息。

## 第五章 清算和结算

**第三十四条** 在确保基金安全的前提下，按照建立机制、提高效率的要求，医疗保险异地就医基金实行“省级管理，分级清算”。

**第三十五条** 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医疗费用的应收或应付额，据实划拨的过程。

**第三十六条** 建立省、市两级清算管理平台。省医保局负责与其他省份经办机构及省内各统筹地区经办机构进行费用清算，省内各统筹地区与各省间、省内各统筹地区间不相互清算；省内各统筹地区经办机构与本地区县（市、区）经办机构进行费用清算，省内各县（市、区）间不相互清算。

**第三十七条** 跨省异地就医费用医疗保险基金支付部分在地区间实行先预付后清算。跨省异地就医清算按照部级统一清分，省、市两级清算的方式执行，部级清分按国家有关规定执行，省、市清算同省内异地就医费用清算一并执行。

**第三十八条** 建立异地就医直接结算周转金制度，跨省异地就医直接结算预付资金，按照国家有关规定执行，并入周转金管理。省医保局负责确定我省各统筹地区周转金额度，并统一收拨，各统筹地区经办机构应按时足额上缴周转金。

**第三十九条** 省级异地就医管理平台每日自动生成日对账信息，实现参保地、就医地管理平台和省管理平台的三方对账，做到数据相符。省医保局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清算依据。出现对账信息不符情况时，各级经办机构应及时查明原因，必要时提请省医保局协调处理。

**第四十条** 清算周期统一执行月度清算。各级经办机构间清算以就医地经办机构与定点服务机构间结算的医疗、工伤、生育保险支付额为准。

**第四十一条** 医疗费用结算分为各级经办机构与定点服务机

构之间的结算及定点服务机构与参保人员之间的结算。

**第四十二条** 就医地经办机构负责结算在本辖区发生的异地就医医疗费用。其中，同属省本级和省会城市的定点服务机构，其费用由省医保局负责结算；同属地市级和所辖县（市、区）的定点服务机构，其费用原则上由地市级经办机构负责结算。就医地经办机构按协议或有关规定向定点服务机构支付异地就医费用。

**第四十三条** 异地就医可直接结算的参保人员出院时，参保人员可持社会保障卡直接结算，医疗、工伤、生育保险基金按规定支付后，个人承担部分由个人支付。异地就医可直接结算的长期异地就医人员发生的临时异地就医医疗费用，参保人员向参保地经办机构备案登记后，持社会保障卡直接结算。

**第四十四条** 异地就医人员发生的非直接结算费用，由本人先全额垫付，再返回参保地按规定处理。

## 第六章 支付管理

**第四十五条** 异地就医直接结算支付管理实行“总额控制，复合支付”。

**第四十六条** 就医地经办机构要将异地就医直接结算费用纳入本地管理，总额控制标准、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区保持一致，并商参保地经办机

构确定后与本地区相关标准同步执行。

**第四十七条** 就医地经办机构在异地就医直接结算基金预算支出的基础上，根据定点服务机构实际服务情况，综合考虑定点机构服务性质、规模以及服务量增减变化情况、医疗保险政策执行情况、医疗服务提供优劣等情况实施支付总额控制，确定病种付费、单元付费等多种支付方式相结合的多元复合式支付方式，适时纳入本地支付管理体系，实现一体化管理。

**第四十八条** 经办机构与定点服务机构间结算以付费标准为准，付费执行中发生的超支或结余，由就医地经办机构按协议约定提供分配方案，商参保地经办机构确定后进行年终清算。

**第四十九条** 国家对跨省异地就医支付管理规定与上述条款不一致的按照国家规定执行。

## 第七章 监督管理

**第五十条** 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服务机构协议管理范围，参保地可通过异地就医管理平台和网络监控平台对异地就医医疗服务行为实施监控。

**第五十一条** 就医地经办机构要定期向省医保局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，可通过网络查询、委托专审等形式

进行审核，就医地经办机构应给予配合。异地就医人员对异地就医费用结算有疑义的，由参保地经办机构负责解释处理。

**第五十二条** 各级经办机构应建立异地就医参保人员投诉渠道，及时受理投诉并将结果告知投诉人。对查实的重大违规违法行为按相关规定处理，并将处理结果按规定上报。

**第五十三条** 就医地经办机构发现异地就医人员有严重违规行为的，应暂停其直接结算，同时上报省医保局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。

**第五十四条** 就医地经办机构对定点服务机构违规行为涉及的医疗费用不予支付，已支付的违规费用予以追回，用于冲减参保地异地就医结算费用。对定点服务机构违反服务协议规定并处以违约金的，由就医地医疗保险经办机构按规定处理。

**第五十五条** 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，应当立即停止该参保人员的异地就医待遇，对违规待遇及时追回，并依法依规处理。

**第五十六条** 省医保局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。

**第五十七条** 各级经办机构应加强异地就医费用稽核管理，建立异地就医结算运行监控制度，定期编报异地就医结算运行分析报告。

## 第八章 附 则

**第五十八条** 医疗费用直接结算的异地就医参保人员到长春市异地就医，暂由省医保局负责管理。

**第五十九条** 异地就医经办管理规程另行制定。

**第六十条** 本办法由省人力资源和社会保障厅、省财政厅负责解释。

**第六十一条** 本办法自 2017 年 11 月 1 日起执行，原《吉林省医疗工伤生育保险异地就医管理暂行办法》（吉人社办字〔2015〕48 号）废止。