

# 南通市医疗保障局 南通市财政局

通医保发〔2023〕2号

## 南通市医疗保障局 南通市财政局转发江苏省 医疗保障局 江苏省财政厅关于加强和改进 全省基本医疗保险异地就医 经办服务的通知

各县（市、区）医疗保障局、财政局，市各有关单位：

现将《江苏省医疗保障局 江苏省财政厅关于加强和改进全省基本医疗保险异地就医经办服务的通知》（苏医保发〔2022〕75号）转发给你们，请认真遵照执行。



南通市医疗保障局

（此件公开发布）



2023年1月6日

# 江苏省医疗保障局 文件 江苏省财政厅

苏医保发〔2022〕75号

---

## 江苏省医疗保障局 江苏省财政厅关于加强 和改进全省基本医疗保险异地就医 经办服务工作的通知

各设区市医疗保障局、财政局：

为贯彻落实党的二十大“落实异地就医结算”重大部署安排，持续优化完善全省异地就医经办管理服务，进一步规范经办业务流程，扎实推进业务协同联动，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《通知》）等文件精神，结合我省实际，

省医保局、省财政厅修订形成了新的《江苏省异地就医经办服务规程》(以下简称《经办服务规程》),现印发给你们,并就加强和改进全省基本医疗保险异地就医经办服务工作提出如下要求,请一并贯彻执行。

**一、加强组织领导。**落实异地就医结算工作是党的二十大作出的重大决策部署,是深化医疗保障制度改革的重要内容。各地要进一步提高政治站位,加强组织领导,统筹谋划推进,严格考核管理,以落实《经办服务规程》为契机,健全完善异地就医直接结算制度体系和经办管理服务体系,持续提升异地就医直接结算服务能力,实现政策优化集成、管理规范统一、业务协同联动、工作稳妥有序、服务高效便捷,确保2025年底前异地就医门诊、住院直接结算率稳定在85%以上,切实增强参保群众在异地就医领域的获得感、幸福感和安全感。

**二、优化政策衔接。**各地要认真对照《经办服务规程》,全面梳理健全相关政策措施,及时调整不相符的政策举措,确保2022年12月底前与国家、省政策相衔接。要结合本地实际,全面落实允许参保人员在出院结算前补办异地就医备案并享受直接结算服务、不将在本地住院作为开具转诊的先决条件、将无第三方责任外伤人员和异地急诊抢救人员费用纳入异地就医直接结算、住院期间院外检查治疗和购药费用纳入异地结算范围等新政策新举措,细化政策管理规范。要进一步优化办理流程,简化办理材料,缩短办理时间,

落实好承诺制备案、多地备案等便民举措，探索开展省内异地就医免备案，为参保群众提供更加便捷高效的异地就医结算服务。

**三、强化资金管理。**各地要认真落实《经办服务规程》资金管理要求，落实就医地和参保地监管责任，加强工作协同和联动，确保医保基金安全合理使用。就医地经办机构应将异地就医人员纳入本地统一管理，在医疗信息记录、绩效考核、医疗行为监控、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，并在定点医药机构医疗保障服务协议中予以明确。就医地医保部门要把异地就医直接结算作为日常监管、专项检查、飞行检查等重点内容，结合本地实际和异地就医直接结算工作特点，严厉打击各类欺诈骗保行为。参保地医保部门要定期开展异地就医医保基金使用情况分析，精准锁定可疑问题线索，积极开展问题核查，加强异地就医直接结算资金监管。

**四、提升支撑保障。**各地要安排专人专职负责异地就医管理和服务工作，深化全国统一的医保信息平台全流程应用，按规范与相关部门共享数据，安全稳妥推进业务系统改造，合理有序做好医药机构服务指导，强化信息系统边界防护，保障数据安全，确保业务平稳衔接和系统稳定运行。要统一规范异地就医报错提示信息，及时响应问题协同处理，准确做好故障定位，建立常态化响应处理机制，及时解决群众诉求。各地医保部门要打造专业可靠的运维管理团队，构建基础设施、网络安全、云平台、业务子系统等领域的运维管理流程，形成科学有效的运维管理制度体系。要依托国家医保

服务平台、江苏医保云平台、医保移动支付平台、医保电子处方流转平台等服务支撑，推进零星报销等更多服务“省内通办”“跨省通办”，让参保群众享有更加便捷高效、公平可及的异地就医结算服务。

**五、做好宣传引导。**各地要加强异地就医政策制度宣传引导，充分利用微信公众号、门户网站、手机APP、咨询服务热线、医药机构窗口等服务渠道，加大政策宣传力度，实现参保群众有需要即可有途径全面方便了解异地就医政策。要采用社会公众喜闻乐见的形式做好政策解读工作，提高政策解读精准性，及时回应群众关切，合理引导社会预期，持续提升异地就医服务工作的知晓度和参保群众的满意度，切实树立好医保部门关注民生、服务民生、保障民生的良好形象。

附件：江苏省异地就医经办服务规程



(联系处室单位：省医保中心)

(此件公开发布)

附件

# 江苏省异地就医经办服务规程

## 第一章 总则

**第一条** 为贯彻落实党的二十大“落实异地就医结算”重大部署安排，优化完善全省异地就医经办服务，持续规范经办业务流程，推进业务协同联动，提高服务水平，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）、《国家医疗保障局关于优化医保领域便民服务的意见》（医保发〔2021〕39号）、《江苏省医疗保障局关于印发〈江苏省异地就医经办服务规程〉的通知》（苏医保规〔2019〕1号）、《江苏省医疗保障局关于进一步规范参保人员异地就医相关待遇标准的通知》（苏医保发〔2019〕92号）、江苏省医疗保障局办公室《关于进一步优化异地就医经办服务的通知》（苏医保办发〔2022〕28号）等文件要求，制定本规程。

**第二条** 本规程所称异地就医是指参加我省基本医疗保险的职工、城乡居民参保人员（以下简称参保人员），在参保地以外的定点医药机构发生的就医、购药行为。

**第三条** 异地就医费用结算方式分为直接结算和零星报销两种。直接结算是指参保人员在异地联网定点医药机构就医、购

药时,通过异地就医系统,按规定支付应由个人负担的医药费用,其他费用由就医地经办机构与联网定点医药机构按医疗保障服务协议(以下简称医保服务协议)约定审核后支付。零星报销是指参保人员在异地定点医药机构就医、购药时,先行全额垫付医药费用,再回参保地经办机构,报销应由医保基金支付的医药费用。

**第四条** 异地就医工作实行统一管理、分级负责。省级医保部门会同财政部门负责制定全省异地就医待遇政策、经办规程和服务标准,建设和完善省级异地就医系统。省级经办机构负责统一组织协调并实施异地就医各项管理服务工作。各设区市医保部门及经办机构按本规程做好本地区异地就医经办管理服务工作,及时出台本地配套政策,做好参保人员异地就医备案管理、问题协同处理、资金结算清算、零星报销等工作。

各级财政部门与同级医疗保障部门按规定及时划拨异地就医预付金和清算资金,合理安排医疗保障经办机构的工作经费,加强与医疗保障经办机构对账管理,确保账账相符、账款相符。

**第五条** 异地就医直接结算费用医保基金支付部分实行先预付后清算,预付资金原则上来源于参保人员所属统筹地区的医疗保险基金。

**第六条** 各级医保部门应优化服务流程,支持医保电子凭证、社会保障卡等作为有效凭证,提供便捷高效的异地就医直接结算服务,实现基本医疗保险门诊(含门慢、门特、门统)待遇、

住院待遇以及大病保险、公务员医疗补助、医疗救助及补充医疗保险等待遇纳入“一站式”、“一单制”结算。

## 第二章 范围对象

**第七条** 参加基本医疗保险的下列人员，可以申请办理异地就医直接结算。

（一）长期异地居住人员，包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保地外工作、居住、生活的人员。

（二）临时外出就医人员，包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他临时外出就医人员。

## 第三章 登记备案

**第八条** 参保地经办机构按规定为参保人员办理异地就医备案手续，所需材料如下：

（一）异地安置退休人员备案，需提供本人有效身份证明材料（医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡）和异地安置认定材料（“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”或《长期异地居住人员个人承诺书》）（以下简称“个人承诺书”，见附件1）。

（二）异地长期居住人员备案，需提供本人有效身份证明材料



料（医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡）和长期居住认定材料（居住证明或个人承诺书）。

（三）常驻异地工作人员备案，需提供本人有效身份证明材料（医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡）和异地工作证明材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、工作合同任选其一或个人承诺书）。

（四）异地转诊人员备案，需提供本人有效身份证明材料（医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡）和参保地规定的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料。

（五）异地急诊抢救人员视同已备案。

（六）其他临时外出就医人员备案，需提供本人有效身份证明材料（医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡）。

**第九条** 参保人员办理异地就医备案登记、变更、取消，可通过医保经办窗口办理，也可以选择线上“不见面”方式办理。

（一）经办窗口备案：异地就医人员携带本人有效身份证明材料和相关备案材料，前往参保地经办机构窗口办理。代办时还需携带代办人身份证明材料。参保地经办机构确认信息后，当天将备案信息上传至省级异地就医系统。

（二）“不见面”备案：异地就医人员可利用参保地经办机构开通的线上办理渠道或国家医保服务平台 APP、国家异地就医备案小程序、江苏医保云 APP 等多种渠道，申请办理异地就医备案手续。通过线上备案渠道申请办理异地就医备案的，原则上

参保地经办机构应在一个工作日完成审核备案。

(三) 医疗机构备案：异地转诊人员在具有转诊资质的医疗机构，通过医疗机构信息系统直接办理异地转诊备案手续。

**第十条** 长期异地居住人员登记备案后，未申请变更备案信息或参保状态未发生变更的，备案长期有效。临时外出就医人员备案后，有效期原则上不少于6个月。通过异地安置认定材料、长期居住认定材料或异地工作证明材料等非个人承诺方式办理长期异地居住人员，可以随时变更或取消异地就医备案登记。通过签署个人承诺书办理长期异地居住人员，需满6个月方可申请变更备案或取消备案。

参保人员确因病情需要转外就医，应在参保地规定的定点医疗机构开具转诊转院证明并办理转诊备案，备案有效期不低于6个月。

**第十一条** 为因工作生活需要多地长期居住的参保人员，开放多地长期居住备案服务。长期异地居住人员申请多地备案时，不可使用承诺制备案，需提供有效异地安置认定材料、长期居住认定材料或异地工作证明材料等。

**第十二条** 参保地经办机构应及时为参保人员办理异地就医备案登记、变更和取消业务。为参保人员办理异地就医备案时，应直接备案到就医地市或省份，并将异地就医备案、门诊慢特病认定资格等信息实时上传至国家和省级异地就医系统，方便就医地经办机构和定点医药机构查询。

**第十三条** 参保人员办理异地就医备案后,备案有效期内可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。备案有效期内已办理入院手续的,不受备案有效期限限制,可正常直接结算相应医疗费用。

**第十四条** 有条件的地区可探索异地就医免备案直接结算服务。

#### 第四章 医保待遇

**第十五条** 参保人员在省内异地就医直接结算时发生的就医、购药费用,执行江苏省统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目及耗材和医疗服务设施标准范围(以下简称医保目录及范围),医疗保险待遇执行参保地的政策。参保人员在跨省异地就医直接结算时发生的就医、购药费用,执行就医地规定的医保目录及范围,医疗保险待遇执行参保地的政策。异地就医人员同时享受多个门诊慢特病待遇的,由参保地确定待遇享受规则。

**第十六条** 办理了异地就医备案的参保人员,持医保电子凭证或江苏省统一社会保障卡(以下简称“社会保障卡”)在异地联网定点医药机构就医、购药时,可通过异地就医系统直接结算。

**第十七条** 异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员在备案地就医,发生的符合规定的医药费用,基本医疗保险基金的支付比例应与在参保地相应医药机构就医支付比

例一致。上述参保人员在备案地确需转诊至备案地外就医的，执行参保地转诊转院待遇政策。

**第十八条** 按规定转诊到设区市外就医的参保人员，基本医疗保险的支付比例在参保地相应医疗机构支付比例的基础上可适当降低，降低幅度不超过5个百分点。未按参保地规定办理备案手续，直接至参保地外异地就医的，基本医疗保险的支付比例在参保地相应医疗机构支付比例的基础上可适当降低，降低幅度不超过20个百分点。参保人员在参保地规定时限内补办异地就医备案手续的，零星报销待遇按照参保地规定执行。

**第十九条** 因突发急、危、重病抢救或医疗机构认为须立即治疗的参保人员，就近在非参保地医疗机构发生的急诊医疗费用，不降低支付比例。除急诊和抢救外，参保人员在非定点医疗机构就医发生的费用医疗保障基金不予支付。

**第二十条** 长期异地居住人员可在参保地和就医地双向享受直接结算服务。长期异地居住人员因工作、生活需要，临时返回参保地就医或在多个备案地就医，按照参保地政策直接结算，发生的符合规定的医药费用，基本医疗保险基金的支付比例应与在参保地相应医药机构就医支付比例一致。

## 第五章 就医管理

**第二十一条** 异地就医人员在就医地联网定点医药机构就

医购药时，应主动表明参保身份，出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证，应遵循就医地定点医药机构就医、购药管理流程和服务规范。

**第二十二条** 各级经办机构应将本地符合条件的定点医药机构纳入异地就医联网结算范围。就医地经办机构按要求做好异地就医联网定点医药机构基础信息、医保服务协议状态等信息动态维护工作，异地就医联网定点医药机构发生地址信息变更、中止医保服务、被取消或新增定点资格等情形的，各设区市经办机构应及时进行信息系统维护，并将变更信息上传至省级异地就医系统备案。

**第二十三条** 各级经办机构对不同投资主体、经营性质的异地就医联网定点医药机构应一视同仁、平等对待，实行同样医保政策、管理和服务。

**第二十四条** 异地就医联网定点医药机构对异地和本地参保人员提供同等、合规、必要的医疗服务。异地就医联网定点医药机构在接诊异地就医人员时，需认真核对就医人员身份，做到人卡（码）一致，如发现冒名顶替等情况应暂停其就医行为，并及时报告当地医保部门。

**第二十五条** 异地就医联网定点医药机构应对异地就医患者进行身份识别，为符合就医地医保部门规定的门（急）诊、住院、无第三方责任外伤就医和住院期间在双通道等定点药店发生的院外购药等患者，提供合理规范的诊治服务及方便快捷的异地

就医直接结算服务，实时上传就医和结算信息。提供门诊慢特病异地就医直接结算服务时，应专病专治，合理用药。参保人员未办理异地就医备案的，可在定点医药机构指引下，申请办理登记备案手续，出院结算前完成登记备案的，异地就医联网定点医疗机构应提供异地就医直接结算服务。

## 第六章 零星报销

**第二十六条** 参保人员异地就医符合下列情况之一的，可以按参保地医保部门规定办理零星报销：

（一）参保人员办理异地就医备案登记后，在就医地定点医药机构因未联网结算、未激活社会保障卡等原因而未能刷卡直接结算发生的医药费用；

（二）参保人员未办理异地就医备案手续，因突发急、危、重病抢救或医疗机构认为需立即治疗，就近在非参保地医疗机构发生的急诊医疗费用；

（三）参保学生在寒暑假期间回原籍地发生的医药费用。

（四）参保人员异地生育，在就医地定点医疗机构发生的生育医药费用。

（五）参保地医保部门规定的其他可以零星报销的情形。

**第二十七条** 参保人办理零星报销所需材料如下：

（一）住院费用：有效身份证明材料（医保电子凭证、有效

身份证件或社会保障卡)、医院收费票据、住院费用清单、诊断证明(或出院小结)。

(二)门诊费用:有效身份证明材料(医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡)、医院收费票据、门诊费用清单、门诊处方底方(或门诊病历)。

(三)急诊费用:有效身份证明材料(医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡)、医院收费票据、医药费明细清单、急诊诊断证明(或急诊病历)。

(四)生育费用:有效身份证明材料(医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡)、生育或产前检查医药费票据、医疗费明细清单、出院小结等。

除上述材料外,抢救需补充提供门诊抢救病历、出院小结、死亡记录及死亡证明;意外伤害就医的需补充提供交通事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料,无法提供的应先填写个人承诺书;“双通道”管理及单独支付药品需补充提供《参保患者“双通道”管理及单独支付药品用药申请表》;外购药品需补充提供外购发票、住院医嘱单或外购药处方原件复印件。参保地经办机构需要增加其他材料必须事前公示,并报省级医保部门备案。参保人递交上述材料不全的,应一次性告知补齐材料。

**第二十八条** 参保地经办机构从收齐零星报销材料之日起,单次门诊1千元以下的小额费用办理时限为5个工作日,一般业

务办理时限为 10 个工作日，特殊情况不超过 20 个工作日，有条件的经办机构可现场核报并结付医药费。不能在上述期限内完成报销的应提前告知参保人员。推进零星报销线上办理，参保人员因故无法直接结算回参保地零星报销的，参保地经办机构可依托异地就医联网定点医药机构上传至异地就医系统的医疗费用明细、诊断等就诊信息实现线上报销。

## 第七章 预付金管理

**第二十九条** 预付金是参保地经办机构预付给就医地经办机构用于支付参保地异地就医人员医疗费用的资金，资金专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。预付金原则上来源于各统筹地区医疗保险基金。

### 第三十条 省内异地就医预付金管理

#### (一) 省内预付金的划拨

每年 2 月初，省级经办机构依据上年费用差出设区市的异地就医直接结算基金支出差出额的 20%，生成本年度省内异地就医预付金额度，编制《江苏省省内异地就医费用预付金明细表》(见附件 2)，向费用差出设区市经办机构下达《\_\_\_\_市省内异地就医预付金付款通知书》(见附件 3)。

差出设区市经办机构应于收到预付金付款通知书 10 个工作日内，将本市应付预付金上解至省级异地就医结算户。



## （二）省内预付金的使用

每月省内异地就医直接结算费用清算生成后，在差出设区市清算费用未上解到位前，使用省内预付金先行支付差进设区市应收的清算费用，收到差出设区市上解的清算费用后，补足已使用的预付金。

### 第三十一条 跨省异地就医预付金管理

#### （一）跨省预付金年度调整

每年2月初，省级经办机构通过国家异地就医系统下载预付金额度调整付款通知书，根据各设区市上年跨省异地就医直接结算基金支出占比，生成本年度转出跨省异地就医预付金额度，编制《江苏省跨省异地就医费用预付金明细表》（见附件4），向各设区市经办机构下达《\_\_\_\_\_市跨省异地就医预付金额度调整付款通知书》（见附件5）。

各设区市经办机构应于收到预付金额度调整付款通知书5个工作日内，向同级财政部门申请拨款。市级财政部门在收到拨付申请5个工作日内将本市应付预付金上划至省级财政专户。

省级财政部门归集后，于每年2月底前将本年应付的跨省预付金拨付至外省省级财政专户。

#### （二）跨省预付金紧急调增

预付金使用率为预警指标，是指异地就医月度清算资金占预付金的比例。当我省付外省的预付金使用率达到90%及以上时，可启动预付金紧急调增流程。由省级经办机构根据国家医保局核

定的调增额度，清分并下达《\_\_\_\_\_市跨省异地就医预付金额度紧急调增通知书》(见附件6)。各设区市经办机构应于收到预付金调增通知书5个工作日内，向同级财政部门申请拨款。市级财政部门依据同级经办机构提交的付款申请，在5个工作日内将应付的调增预付金上划至省级财政专户，由省级财政部门拨付至就医省财政专户。

### (三) 跨省预付金的使用

每月跨省异地就医直接结算费用清算生成后，在外省应付我省的清算费用未到位前，使用省财政专户留存的外省预付金先行支付各市应收的清算费用，收到外省拨付的清算费用后，补足已使用的预付金。

(四)各级财政部门在完成跨省异地就医预付金及调增资金的收付后，应及时通知同级经办机构，双方共同做好账务记载工作。

**第三十二条** 省内和跨省异地就医费用预付金每年清算一次，每年年末余额结转抵减下一年度预付金额度。

## 第八章 医疗费用结算

**第三十三条** 医疗费用结算是指就医地经办机构与本地定点医药机构对异地就医医疗费用对账确认后，按协议或有关规定向定点医药机构支付费用的行为。医疗费用对账是指就医地经办

机构与定点医药机构就门诊就医、购药以及住院医疗费用确认医保基金支付金额的行为。

**第三十四条** 参保人员省内异地就医直接结算时，就医地经办机构将其费用明细信息经省级异地就医系统实时传输至参保地，参保地经办机构按照当地政策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。参保地经办机构可通过省级异地就医系统及时查询和下载医药费用及其明细项目。

**第三十五条** 参保人员跨省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，将其费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息，经国家异地就医系统传输至参保地，参保地经办机构按照当地政策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。

**第三十六条** 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遵循相关病种诊疗规范及用药规定合理诊疗。参保人员同时享受多个门诊慢特病待遇的，由参保地医保部门根据本地规定确定报销规则。

**第三十七条** 参保人员因急诊抢救就医的，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，参保地应视同已备案，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。

**第三十八条** 就医地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7），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”两个接口参数，如实上传参保人员外伤就医情况。

**第三十九条** 就医地定点医疗机构对于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双通道定点药店购药的，需提供《住院期间外院检查治疗或双通道定点药店购药证明》（见附件8），加盖定点医疗机构医疗保险办公室章，相关费用纳入本次异地就医住院费用直接结算。

**第四十条** 参保人员在就医地联网定点医药机构凭医保电子凭证或者社会保障卡等有效凭证就医、购药，根据《\_\_\_\_市异地就医住院结算单》（见附件9）、医疗收费票据等，结清应由个人负担的费用，就医地经办机构与定点医药机构按医保服务协议

结算医保基金支付的费用。

**第四十一条** 省内异地就医直接结算，由省级异地就医系统每日自动生成日对账信息，由就医地市级经办机构与就医地定点医药机构完成结算对帐后发起，完成与省级异地就医系统和参保地系统的三方对账。如出现对账信息不符的情况，市级经办机构应及时查明原因，对问题数据信息进行冲正等处理，确保数据信息一致。

**第四十二条** 跨省异地就医直接结算，由国家异地就医系统每日自动生成医疗费用日对账信息，省级异地就医系统在参保地、就医地系统核对成功后，与国家异地就医系统进行三方对账。如出现对账信息不符的情况，市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，确保数据信息一致。

**第四十三条** 就医地经办机构需与就医地定点医药机构完成结算对帐后，再与参保地经办机构进行对帐。原则上，就医地和参保地经办机构应于当日完成省内和跨省异地就医结算费用对账，每月3日前完成上月所有异地就医结算费用对账。

**第四十四条** 对参保人员住院治疗过程跨自然年度的，就医地经办机构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。参保地经办机构根据本地跨年度费用结算办法，可以按一笔费用整体结算；也可以计算日均费用后，根据跨年度前后的住院天数，将住院医疗费用分割到两个年度，确定基金和个人费用分担额度。

**第四十五条** 对参保人员普通门诊费用异地就医直接结算后合理的退费需求，参保地经办机构应提供隔笔退费、跨年退费和清算后退费服务。

**第四十六条** 异地就医发生的医药费用由就医地经办机构按照就医地的基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围进行费用审核，对发生的不符合规定的医疗费用按就医地医保服务协议规定予以扣除。

## 第九章 费用清算

### 第四十七条 省内异地就医费用清算

(一) 省内异地就医直接结算费用按月实行差额清算。

(二) 各设区市于每月 20 日前，完成三方对账成功的清算明细上传。省级经办机构于每月 28 日前登录省级异地就医系统，根据各市确认的医疗费用的清算信息，生成《江苏省异地就医医疗费用清算平衡总表》(见附件 10)。各差出设区市经办机构在 10 个工作日内，将应支付的差额费用上解至省级异地就医结算户。由省级经办机构及时支付各差进地市的差进费用。

### 第四十八条 跨省异地就医费用清算

(一) 跨省异地就医直接结算费用按月实行清算。

(二) 向外省拨付异地就医清算费用流程：

1. 各设区市于每月 20 日前，完成三方对账成功的清算明细

上传。省级经办机构于每月 28 日前登录省级异地就医系统，下载国家异地就医系统本期清算信息，生成《江苏省跨省异地就医费用清算明细表》(见附件 11)，向各市经办机构下达《\_\_\_\_\_市跨省异地就医清算费用付款通知书》(见附件 12)。

2. 各设区市经办机构应于收到清算费用付款通知书 5 个工作日内，向同级财政部门申请拨款。市财政部门在收到拨付申请 5 个工作日内将本市应付清算费用上划至省级财政专户。

3. 省财政部门归集后，应于每月 25 日前将应付清算费用划拨至外省省级财政专户。

(三) 向各设区市拨付异地就医清算费用流程：

省级经办机构于每月 28 日前登录省级异地就医系统，下载国家异地就医系统清算信息，生成《江苏省跨省异地就医费用清算明细表》，向各设区市经办机构下达《\_\_\_\_\_市跨省异地就医清算费用收款通知书》(见附件 13)。省级财政部门在收到省级经办机构提交的拨款申请后，及时拨付各设区市应收的清算费用。

(四) 各级财政部门在完成跨省异地就医清算费用的收付后，应及时通知同级经办机构，共同做好账务记载工作。

**第四十九条** 原则上，当月异地就医直接结算费用应于次月 20 日前完成申报并纳入清算，清算延期最长不超过 2 个月。当年异地就医直接结算费用，最晚应于次年第一季度清算完毕。

## 第十章 稽核管理

**第五十条** 异地就医医疗费用稽核实行就医地管理。就医地经办机构将异地就医医疗费用稽核工作纳入定点医药机构协议管理范围，细化和完善协议条款，保障参保人员权益。

**第五十一条** 就医地医保部门应当建立异地就医人员的投诉渠道，及时受理投诉并将投诉处理结果告知投诉人。对查实的重大违法违规行为按相关规定执行，并逐级上报省医疗保障局。

**第五十二条** 就医地经办机构应当对查实的违法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，并逐级上报国家医疗保障局。

**第五十三条** 就医地经办机构对定点医药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扣除，用于冲减参保地异地就医结算费用。对定点医药机构违反医保服务协议约定并处以违约金的，由就医地经办机构按规定处理。

**第五十四条** 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，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水平、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。



## 第十一章 业务协同

**第五十五条** 省级医保部门负责统一组织协调并实施异地就医结算业务协同管理工作，各设区市医保部门按国家和省级要求做好业务协同工作。各级经办机构可依托国家异地就医系统业务协同管理模块等多种渠道发起异地就医问题协同，并按要求做好响应和处理。

**第五十六条** 参保地医保部门对一次性异地住院医疗总费用超过3万元（含3万元）的疑似违规费用，可以通过国家异地就医系统提出费用协查申请。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。

就医地医保部门接到协查申请后，原则上需于次月26日前完成费用协查工作，并及时上传费用协查结果至国家异地就医系统。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”的具体原因方能上传结果。

参保地医保部门收到就医地医保部门返回的协查结果后，5个工作日内在国家异地就医系统上进行确认。对协查结果存在异议的，应及时与就医地医保部门进行沟通处理。

**第五十七条** 各级医保部门可根据异地就医结算业务协同问题的紧急程度，通过国家异地就医系统提出问题协同申请，需明确待协同机构、主要协同事项、问题类型等，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，各级医保部门在接收协同申请后即作为第一响应人，需在规定时限内完成问题处理，根据实际情况标注问题类型，并在国家异地就医系统上进行问题处理登记，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。

各级医保部门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，国家异地就医系统默认结果确认。对问题处理结果有异议的或尚未解决的，可重新发起问题协同，申请上一级医保部门进行协调处理。

## 第十二章 附则

**第五十八条** 异地就医医疗费用结算和清算过程中形成的预付款项和暂收款项按相关会计制度规定进行核算。异地就医业务档案由参保地经办机构 and 就医地经办机构按其办理的业务分别保管。

**第五十九条** 各设区市医疗保障部门可根据本规程，制定本地区异地就医直接结算实施细则。本经办规程由江苏省医疗保障局会同江苏省财政厅负责解释。

**第六十条** 本经办规程自2023年1月1日起实施，原《江苏省异地就医经办服务规程》即行废止。

- 附件：1. 长期异地居住人员个人承诺书
2. 江苏省省内异地就医费用预付金明细表
  3. \_\_\_\_市省内异地就医预付金付款通知书
  4. 江苏省跨省异地就医费用预付金明细表
  5. \_\_\_\_市跨省异地就医预付金额度调整付款通知书
  6. \_\_\_\_市跨省异地就医预付金额度紧急调增通知书
  7. 外伤无第三方责任承诺书
  8. 住院期间外院检查治疗或双通道定点药店购药证明
  9. \_\_\_\_市异地就医住院结算单
  10. 江苏省异地就医医疗费用清算平衡总表
  11. 江苏省跨省异地就医费用清算明细表
  12. \_\_\_\_市跨省异地就医清算费用付款通知书
  13. \_\_\_\_市跨省异地就医清算费用收款通知书

附件 1

## 长期异地居住人员个人承诺书

姓名		性别		联系电话 1	
身份证号				联系电话 2	
参保地			就医地		
人员类别	<input type="radio"/> 异地安置退休人员 <input type="radio"/> 异地长期居住人员 <input type="radio"/> 常驻异地工作人员				
告知事项	异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员（以下简称“长期异地居住人员”）指异地居住、生活、工作 6 个月以上的人员。办理备案后，可在备案的就医地所有异地就医联网医疗机构和定点零售药店就医购药，并实现联网直接结算。长期异地居住人员申请多地备案时，不可使用承诺制备案，需提供有效异地安置认定材料、长期居住认定材料或异地工作证明材料等。长期异地居住人员，需满 6 个月方可申请重新变更备案或取消备案。 <b>【各市可扩展参保地联系电话等其他需告知事项】</b>				
承诺事项	本人确因工作或居住需要前往异地城市，但因无法即时提供异地居住、工作证明材料，现以个人信用为担保，申请办理异地就医备案。				
本人承诺： （一）本人已阅知并同意参保地告知事项和承诺事项的全部内容，并承诺属于适用情形； （二）如有不实，本人愿意承担相关法律责任和失信后果； <b>【相关行为纳入信用信息共享平台或其他相关信息公开系统，暂停医疗费用联网结算等】</b> （三）本人已知晓基本医疗保险相关政策，异地就医过程愿意遵守相关规定； （四）上述承诺是本人真实意思的表示。  <p style="text-align: right;">本人签字：</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>					
说明：本表由参保人填写，由医保经办部门存档，两年内不得销毁。					

附件 2

## 江苏省省内异地就医费用预付金明细表

制表单位：(省级经办机构签章)

单位：万元

地区	上年额度	本年核定额度	实际划款额度
徐州			
连云港			
淮安			
盐城			
...			
合计			

注：本年核定额度计算公式为：上年省内跨市就医直接结算基金支出差出额乘以 20%（以万元为单位，不保留小数）。

单位负责人：

审核人：

复核人：

制表人：

制表日期：

附件 3

## \_\_\_\_市省内异地就医预付金付款通知书

(经办机构全称):

根据《关于建立基本医疗保险省内异地就医直接结算预付金制度的通知》(苏人社发〔2017〕61号)文件规定,请你单位于XXXX年2月XX日前,解缴省内异地就医预付金\_\_\_\_万元至省级异地就医结算户。

### 省内异地就医预付金付款明细表

预付金年度:XXXX年

付款方:XX市

地区	上年额度	本年核定额度	实际划款额度
XX市			

注:本年核定额度计算公式为:上年省内异地就医直接结算基金支出差出额乘以20%。

(落款:由出具单据的部门落款并加盖公章)

签章日期:XXXX年XX月XX日

附件 4

## 江苏省跨省异地就医费用预付金明细表

制表单位：(省级经办机构签章)

年度：

单位：万元

地区		预付金划出													
		南京市	无锡市	徐州市	常州市	苏州市	南通市	连云港市	淮安市	盐城市	扬州市	镇江市	泰州市	宿迁市	合计
预付金划入	北 京														
	天 津														
	河 北														
	山 西														
	内 蒙 古														
	辽 宁														
	吉 林														
	黑 龙 江														
	上 海														
	.....														
	合 计														

单位负责人：

审核人：

复核人：

制表人：

制表日期：

附件 5

## \_\_\_\_市跨省异地就医预付金额度调整付款通知书

(经办机构全称):

请将 XXXX 年跨省异地就医预付金 \_\_\_\_\_ 万元于 XXXX 年 2 月 XX 日前拨付至省级异地就医财政专户。付款明细清单如下:

### 跨省异地就医预付金付款明细表

预付金年度: XXXX 年

付款方: XX 市

单位: 万元

地 区	上年度额度	本年核定额度	实际划款额度
北 京			
天 津			
河 北			
山 西			
内 蒙 古			
辽 宁			
吉 林			
黑 龙 江			
上 海			
.....			
合 计			

注: 上年度额度指省级经办机构核定的上年预付金额(含紧急调整额度)。

(落款: 由出具单据的部门落款并加盖公章)

签章日期: XXXX 年 XX 月 XX 日



附件 6

## \_\_\_\_市跨省异地就医预付金额度紧急调增通知书

(经办机构全称):

根据国家医保局下达的跨省异地就医预付金紧急调增额度,按照你单位在就医省的就医人数及费用情况,核定你单位需补缴跨省异地就医预付金\_\_\_\_\_万元,请于XXXX年XX月XX日前将上述款项拨付至省级异地就医财政专户。

(落款:由出具单据的部门落款并加盖公章)

签章日期:XXXX年XX月XX日

附件 7

## 外伤无第三方责任承诺书

承诺人		联系电话	
证件类型		证件号码	
承诺事项	外伤无第三方责任		
<p><b>承诺内容：</b></p> <p>本人同意授权____医保经办机构通过信息共享方式查询本人与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均为真实合法，符合办理业务条件，如伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的，本人愿意承担一切后果；同意____医保经办机构将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系，并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下：</p> <p>本人于____年__月__日__时在_____（地点）发生_____（外伤经过）。现承诺本次意外受伤与第三方责任或工伤责任无关，如与第三方责任或工伤责任有关，则将已享受的医保待遇全额退回医保，并承担相应的法律责任。</p> <p><b>温馨提示：</b></p> <p>1.反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。</p> <p>2.此表可现场填写，由承诺人本人手写签名，患者本人无法签字的由其近亲属代签，并填写身份证号码和联系方式。</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">承诺人（签名）： 日期：      年    月    日</p>			

附件 8

## 住院期间外院检查治疗或双通道定点药店购药证明

姓名\_\_\_\_\_ 性别\_\_\_\_\_ 年龄\_\_\_\_\_ 科别\_\_\_\_\_

证件类型\_\_\_\_\_ 证件号码\_\_\_\_\_

诊断\_\_\_\_\_

外检定点医院或外购定点药店名称：\_\_\_\_\_

外检项目或外购药品：\_\_\_\_\_

外检或外购药原因：\_\_\_\_\_

医师签字：

定点医疗机构医疗保险办公室盖章

日期：XXXX 年 XX 月 XX 日

附件 9

## \_\_\_\_\_市异地就医住院结算单

单位：元（保留两位小数）

患者姓名		性别		年龄		社会保障 号码		社会保障卡 卡号(可选)	
参保地				险种类型					
就医地				医院名称				医院等级	
入院方式				住院号				出院科室	
主要诊断				次要诊断					
入院日期				出院日期				住院天数	
总费用		统筹基金支付 范围内费用		乙类先行 自付费用		超限价自付 费用		自费费用	
基金支付合计金额						个人现金支付金额			
#参保地基金 1						本次起付标准			
#参保地基金 2									
#参保地基金 3									
#参保地基金 4									
#参保地基金 5									
#参保地基金 6									
.....									

注：1.参保地基金按照参保地返回的基金款项名称打印  
 2.总费用=统筹基金支付范围内费用+乙类先行自付费用+超限价自付费用+自费费用  
 3.总费用=基金支付合计金额+个人现金支付金额

附件 10

## 江苏省异地就医医疗费用清算平衡总表

所属日期：XXXX 年 XX 月

单位：元（保留两位小数）

地区	应回收垫付异地的医疗费用			应支付异地垫付的医疗费用			差额		
	小计	职工医疗	城居医疗	小计	职工医疗	城居医疗	小计	职工医疗	城居医疗
南京市									
无锡市									
徐州市									
常州市									
苏州市									
南通市									
连云港市									
淮安市									
盐城市									
扬州市									
镇江市									
泰州市									
宿迁市									
合计									

单位负责人：

审核人：

复核人：

制表人：

制表日期：

附件 11

## 江苏省跨省异地就医费用清算明细表

制表单位：

清算所属月份：XX 年 XX 月

单位：元（保留两位小数）

地 区		无锡市	徐州市	常州市	苏州市	南通市	连云港市	淮安市	盐城市	扬州市	镇江市	泰州市	宿迁市	合计
收款省	北 京													
	天 津													
	河 北													
	山 西													
	内 蒙 古													
	辽 宁													
	吉 林													
	..... 合计													
付款省	北 京													
	天 津													
	河 北													
	山 西													
	内 蒙 古													
	辽 宁													
	吉 林													
	..... 合计													

单位负责人：

审核人：

复核人：

制表人：

制表日期：

附件 12

## \_\_\_\_市跨省异地就医清算费用付款通知书

(经办机构全称):

请你单位将 XXXX 年 XX 月跨省异地就医费用于签章之日起 10 个工作日内上缴至省级财政专户。付款明细清单如下:

### 跨省异地就医费用付款汇总表

清算所属月份: XXXX 年 XX 月

付款方: XX 市

单位: 元 (保留两位小数)

地 区	金 额
北 京	
天 津	
河 北	
山 西	
内 蒙 古	
辽 宁	
吉 林	
黑 龙 江	
上 海	
.....	
合 计	

(落款: 由出具单据的部门落款并加盖公章)

签章日期: XXXX 年 XX 月 XX 日

附件 13

## \_\_\_\_市跨省异地就医清算费用收款通知书

(经办机构全称):

你单位 XXXX 年 XX 月跨省异地就医费用收款明细清单如下:

### 跨省异地就医费用收款汇总表

清算所属月份: XXXX 年 XX 月

收款方: XX 市

单位: 元 (保留两位小数)

地 区	金 额
北 京	
天 津	
河 北	
山 西	
内 蒙 古	
辽 宁	
吉 林	
黑 龙 江	
上 海	
.....	
合 计	

(落款: 由出具单据的部门落款并加盖公章)

签章日期: XXXX 年 XX 月 XX 日



---

抄送：各设区市医疗保障经办机构

---

江苏省医疗保障局办公室

2022年12月7日印发

---

