

盐城市医疗保障局文件 盐城市财政局

盐医保发〔2025〕2号

转发江苏省医疗保障局 江苏省财政厅 关于进一步做好异地就医直接结算 管理服务的通知

各县（市）医疗保障局、市医疗保障局大丰分局、市医疗保险基金管理中心，各县（市、区）财政局：

现将《江苏省医疗保障局 江苏省财政厅关于进一步做好异地就医直接结算管理服务的通知》（苏医保发〔2024〕56号）转发给你们，并提出如下意见，请一并遵照执行。

一、明确临时外出就医人员待遇标准

临时外出就医人员市外门诊、住院的基本医疗保险报销比例

较参保地同级别医疗机构报销比例保持合理差异。其中，异地急诊抢救参保人员报销比例不降低；由市级三级医院办理转诊手续的，降低 5 个百分点；由各县（市、区）级医疗机构办理转诊手续的，降低 10 个百分点；非急诊且未办理转诊手续（含自主备案）的，降低 20 个百分点。

二、明确长期异地居住人员承诺制备案待遇享受原则

采用承诺制备案的，原则上在 15 日内补齐有效的证明材料。其中，在医疗费用结算前按规定补齐材料的，享受长期异地居住人员报销待遇；在医疗费用结算前未按规定补齐材料的，享受办理自主备案手续的临时外出就医人员报销待遇。

本通知从发文之日起执行。

附件：《江苏省医疗保障局 江苏省财政厅关于进一步做好异地就医直接结算管理服务的通知》（苏医保发〔2024〕56 号）

盐城市医疗保障局

盐城市财政局

2025 年 3 月 14 日

（此件公开发布）

江苏省医疗保障局 江苏省财政厅文件

苏医保发〔2024〕56号

江苏省医疗保障局 江苏省财政厅关于进一步 做好异地就医直接结算管理服务的通知

各设区市医疗保障局、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，结合我省实际，进一步优化异地就医直接结算管理服务，切实维护医保基金安全，现就有关事项通知如下：

一、完善异地就医备案管理

各地医保部门要持续优化备案服务，提高备案办理效率，及时为参保人员办理异地就医备案登记、变更和取消业务。参保人

员可以在参保地的线下医保经办窗口或者国家医保服务平台、苏服办 APP、江苏医保云 APP 等线上渠道申请异地就医备案，备案成功后可以享受异地就医直接结算服务。

（一）规范异地就医备案材料

各地医保部门要强化异地就医备案材料管理，原则上“先备案，后结算”。异地就医人员包括长期异地居住人员和临时外出就医人员两类。

1. 长期异地居住人员备案

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。申请备案时，应分别提供有效的异地安置认定材料、异地长期居住认定材料、异地工作认定材料，具体材料参照最新版《江苏省医疗保障经办政务服务事项清单和办事指南》要求。如办理材料不全，各地医保部门可容缺受理，允许其进行承诺制备案，并告知承诺事项，备案完成后，参保人可及时享受异地就医直接结算。采用承诺制备案的，原则上在 15 日内补齐有效的证明材料，未在参保地规定的时间内补齐材料的，医保部门将撤销备案，参保人不再享受承诺制备案服务。参保地可根据实际情况调整补齐材料的时限。

2. 临时外出就医人员备案

临时外出就医人员包括异地转诊人员、异地急诊抢救人员、其他临时外出就医人员。申请备案时，异地转诊人员提供参保地

规定的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料；非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员无需提供相关证明。异地急诊抢救人员视同已备案，无需办理备案手续，由医疗机构上传急诊标志即可直接结算。

（二）明确异地就医备案有效期

长期异地居住人员备案有效期应与参保人提交的认定材料有效期保持一致。长期异地居住人员 6 个月内不得取消备案。临时外出就医人员备案有效期原则上不少于 6 个月且不超过一年，可随时取消备案。

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。出院前备案被撤销的，参保人可重新办理备案，确保出院前正常直接结算。未办理备案自费结算的，可按参保地规定申请医保手工报销。

（三）稳妥执行异地就医备案新政策

以上政策自 2025 年 1 月 1 日起执行。各地医保部门要认真梳理此前与新政策不相符的备案信息，通过电话沟通、短信提醒、公告通知等途径，稳妥有序督促补齐材料，其中备案有效期超过 2025 年 6 月 30 日的，可统一调整至 2025 年 6 月 30 日。备案到期后，参保人须按照新政策重新办理备案。

二、合理调整异地就医结算待遇

长期异地居住人员在备案地直接结算时，门诊、住院的基金

支付比例不降低，可以在备案地和参保地双向享受医保待遇。

临时外出就医人员报销水平应与参保地同级别医疗机构报销水平保持合理差异。原则上，异地转诊人员和异地急诊抢救人员门诊、住院的基金支付比例降幅在 10 个百分点左右，非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员门诊、住院的基金支付比例降幅在 20 个百分点左右。

各地医保部门依据备案类型合理确定异地就医差异化结算报销政策，对于基金累计结余可支付月数少于 6 个月、参保人外出就医需求多的地区，应加强基金风险防范，及时调整异地就医结算报销政策，调整前须提前报省级医保、财政部门备案同意后执行。

三、做好省内异地就医费用 DRG/DIP 付费工作

根据《江苏省医疗保障局关于省内异地就医直接结算住院病例纳入就医地 DRG/DIP 付费的通知》(苏医保发〔2024〕42 号)，各地要研究细化相关政策举措，规范工作流程，2024 年 12 月 1 日起，将省内异地就医直接结算住院病例纳入就医地 DRG/DIP 付费体系，按就医地费用申报、受理、审核、结算、拨付和年度费用清算工作流程开展，按就医地 DRG/DIP 支付标准、结算流程、结算时效等与医疗机构进行月度预结算和年度清算。

就医地经办机构与参保地经办机构之间通过异地就医结算平台，实行异地就医直接结算病例按项目月度预结算。年度清算

时，省级医保部门统一组织各地通过省内异地就医 DRG/DIP 清算模块进行三方对账和费用清算。

四、强化异地就医审核和监管责任

各级医保行政部门要将异地就医作为飞行检查、日常监管等工作的重要组成部分，在省市级组织的监督检查工作中将其纳入必查内容，每年组织实施不少于一次异地就医联合检查。加强异地就医基金监管跨区域协同合作，主动探索建立协同检查、协同处理、会商会办等工作机制，积极推进地区间开展异地就医联查互审工作。

各级医保经办机构或独立的医保基金监管相关单位应强化费用审核责任，完善费用协查工作机制。就医地应将异地就医人员纳入本地同质化管理，将相关异地就医医疗费用纳入本地日常审核、智能审核和核查检查范围，提升异地就医直接结算审核扣款率。参保地对一次性超过 3 万元（含 3 万元）的跨省住院疑似违规费用发起费用协查，就医地收到后须在次月 26 日前完成协查和答复。

五、加强省内异地就医清算资金管理

进一步优化完善省内跨统筹区异地就医费用清算资金管理，清算资金纳入省级财政专户管理。2024 年 12 月 1 日起，各设区市将清算费用上解至省级社会保障基金财政专户，省级医保部门按月申请资金至支出户后拨付至各设区市。各设区市医保、财政

部门要协同联动，按规定及时做好对账、资金上解和会计核算工作。

六、其他工作要求

各地医保部门要高度重视，加强组织领导，及时调整本地政策措施，进一步明确和细化政策管理规定，做好政策衔接过渡和相关系统改造工作。已探索免备案的地区，要做好基金运行评估和政策宣传解读，及时完善相关政策。要持续优化管理服务，加强宣传培训，及时回应群众关切，做到政策平稳落地，引导参保群众有序就医。在执行过程中如遇重大事项，需及时请示报告。

附件：《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）



（此件公开发布）

附件

国家医保局 财政部 文件

医保发〔2024〕21号

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

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医保局、财政厅（局）：

为贯彻落实党的二十大决策部署和二十届三中全会改革决定，完善异地就医结算，加强异地就医直接结算管理服务，切实维护医保基金安全，现就有关事项通知如下：

一、加强异地就医备案管理

（一）完善异地就医备案办理流程。跨省异地长期居住或跨省临时外出就医的参保人员办理异地就医备案后可以享受跨省异

地就医直接结算服务。地方各级医保部门要严格执行《全国医疗保障经办政务服务事项清单（2023年版）》，规范异地就医备案材料，做到省内与跨省、线上与线下、地方渠道与国家统一渠道保持一致。规范线上备案告知书，应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，注明各统筹地区经办服务电话等。对于省本级和省会城市均开通就医地服务的，参保地要做好就医地医保区划编码关联，确保参保人备案到省本级或省会城市时，均可按规定享受跨省异地就医直接结算服务。

（二）强化异地就医备案管理。地方各级医保部门要严格执行跨省异地就医备案政策，原则上“先备案，后结算”。参保地允许异地就医备案告知承诺和容缺受理的，要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。京津冀、长三角等地区已探索视同备案或示范区内免备案的，做好政策解读和基金运行评估，及时完善相关政策。各省异地就医备案政策有重大调整的，省级医保部门应及时向国家医保局请示报告。

二、合理确定异地就医结算报销政策

各统筹地区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跨省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地区应加强医保基金运行风险防范，及时完善异地就医结算报销政策，跨省临时外出就医人员报销水平

应与参保地同级别医疗机构报销水平保持合理差异，原则上，跨省异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例降幅在 10 个百分点左右，非急诊且未转诊的其他跨省临时外出就医人员支付比例的降幅在 20 个百分点左右，相关政策调整须提前报省级医保、财政部门备案同意后执行。

三、强化就医地管理

（一）加强就医地日常审核。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。就医地省级医保部门要强化监督指导，压实就医地管理责任，及时跟踪监测跨省异地就医费用审核扣款情况。就医地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，对跨省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。

（二）完善费用协查工作机制。就医地经办机构要按照《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）要求做好 3 万元以上跨省住院疑似违规费用的协查工作。参保地确需就医地协查的其他费用，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，就医地经办机构应按要求做好问题响应和处理。

（三）推动将异地就医费用纳入 DRG/DIP 管理。加快启动省内异地就医实行 DRG/DIP 付费，可参照就医地的付费方式和标准进行管理，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。先行先试省份要做好实际付费地区医保基金运行监测，充分总结经验、分析问题、完善规程、优化系统，提高结算清算效率。鼓励有条件的省份探索跨省异地就医按 DRG/DIP 付费改革举措。

四、优化异地就医直接结算经办服务

各地要加强宣传培训，做到政策平稳落地，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。各省要加强资金清算调度，强化省级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。

五、加强异地就医直接结算监测工作

各地要做好住院费用明细和结算清单上传工作，加强日常监测，定期开展省级、统筹地区异地就医结算运行分析，深度挖掘数据，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。

六、完善异地就医基金监管机制

压实就医地监管责任，将跨省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，鼓励有条件的地区推进区域监管联动，实现协同监管、联合检查、联合惩戒。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。完善跨省异地就医追回资金退回工作机制。



(主动公开)



