

天津市医疗保障局
天津市财政局文件
天津市卫生健康委员会

津医保局发〔2022〕80号

市医保局 市财政局 市卫生健康委关于
进一步做好天津市基本医疗保险
异地就医直接结算工作的通知

各区医疗保障局、财政局、卫生健康委，各定点医药机构，有关单位：

为深入学习贯彻党的二十大精神，认真贯彻落实市第十二次党代会精神，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)，不断完善异地就医直接结算制度，做好异地就医直接结算工作，现就有关事项通知如下：

一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的二十大精神，认真贯彻落实市第十二次党代会精神，按照党中央、国务院和市委、市政府的决策部署，立足新发展阶段，贯彻新发展理念，构建新发展格局，坚持政策优化集成、管理规范统一、业务协同联动、服务高效便捷，全面深化我市基本医疗保险异地就医结算改革，实现异地就医直接结算的制度体系再完善、业务管理再规范、备案服务再优化、覆盖机构再增长、互认范围再扩大、异地报销再便捷，提升人民群众异地就医结算的获得感、幸福感和安全感。

二、工作目标

2022 年底前，完善天津市异地就医结算办法，优化异地就医备案服务，深化京津冀异地就医协同发展。2023 年底前，拓展异地就医直接结算线上服务渠道，开展异地就医医疗费用线上报销试点。2025 年底前，进一步健全异地就医直接结算制度体系和经办管理服务体系，强化全国统一的医保信息平台支撑作用，提升异地就医结算服务能力，异地就医住院费用直接结算率达到 70% 以上，开通异地就医普通门诊直接结算服务的定点医药机构基本实现“全覆盖”，高血压、糖尿病等 5 种门诊慢特病异地就医直接结算的定点医疗机构基本实现“全覆盖”，异地就医备案

服务更加规范便捷，实现医保报销线上线下跨省通办。

三、完善异地就医直接结算制度

（一）明确异地就医直接结算支付政策。本市参保人员在异地就医直接结算发生的住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用，原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围），执行参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。

（二）明确无第三方责任外伤参保人员异地就医直接结算政策。本市参保人员在异地发生的符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用可纳入异地就医直接结算范围；外地参保人员在我市发生的符合规定的无第三方责任外伤费用，定点医疗机构应将其纳入异地就医直接结算范围；就医地经办机构应按规定将相关费用纳入核查范围。

（三）明确跨省异地就医人员医保报销政策。本市参保人员按规定办理异地就医备案手续后，可以在备案地和参保地双向享受医保待遇。对于参保人员存在多次往返两地就医结算或同时段发生双向就医结算等疑似违规行为的，医保监管部门应重点核查。异地转诊就医人员在转入医疗机构就医发生的普通门诊和住院医疗费用，纳入医保报销范围，报销比例按本市有关规定执行。

（四）明确异地就医直接结算定点医药机构覆盖范围。结合本市定点医药机构发展趋势，积极推动扩大异地就医普通门诊和

住院直接结算定点医药机构范围，及时将各区新增定点医疗机构和具备条件的定点零售药店纳入覆盖范围。充分动员推动各区定点医疗机构参与异地就医门诊慢特病直接结算试点工作，2022年底前开通260家以上定点医疗机构，“十四五”期末，我市门诊慢特病异地就医直接结算的定点医疗机构基本实现“全覆盖”。

四、优化异地就医备案服务

（一）统一异地就医备案人员范围。本市参保人员属于跨省异地长期居住或跨省临时外出就医人员范围的，可办理相应异地就医备案手续后享受异地就医直接结算服务。

1. 跨省异地长期居住人员：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在天津市参加职工或居民基本医疗保险，长期在天津市以外省（区、市）工作、居住、生活的人员；

2. 跨省临时外出就医人员：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跨省临时外出就医人员。

（二）统一异地就医备案有效期限。跨省异地长期居住人员办理登记备案后，备案长期有效，参保人员可根据实际情况设定备案有效期限并进行变更或取消。跨省临时外出就医人员办理登记备案后，备案有效期限最长为12个月，有效期内，根据病情需要，可在就医地多次就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。

（三）统一异地就医备案办理规定。本市参保人员异地就医前，可通过国家医保服务平台APP、津医保APP、津心办APP、

国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序等线上渠道自助开通异地就医直接结算服务或到各区医保分中心办理异地就医备案手续并享受异地就医直接结算服务。本市参保人员办理异地就医备案手续，可直接备案到就医地市或直辖市等，参保人员到海南、西藏等省级统筹地区 and 新疆生产建设兵团就医的，可备案到就医省和新疆生产建设兵团。异地就医门诊慢特病直接结算试点期间，参保人员可在原本人选定的门诊慢特病定点医疗机构基础上，额外选择 2 家备案地已开通门诊慢特病直接结算服务的定点医疗机构，作为本人异地就医门诊慢特病直接结算定点医疗机构。

（四）统一异地就医补办备案和免备案规定。参保人员跨省出院结算前补办异地就医备案的，就医地联网定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用跨省直接结算。本市医保经办部门要加强异地就医结算政策宣传解读，指导本市定点医疗机构为符合条件的异地参保人员补办异地就医备案手续并联网结算。本市参保人员跨省异地就医出院自费结算后，可递交相关证明材料并补办备案手续，发生的医疗费用可按规定办理医保手工报销。深化京津冀医疗保障协同发展，2023 年 1 月 1 日启动京津冀异地就医普通门诊直接结算“免备案”试点，优先选择我市承接非首都功能疏解项目的重点行政区域开展试点，试点范围内的本市参保人员前往北京市、河北省已开通异地就医直接结算的定点医疗机构就医发生的普通门诊医疗费用可直接结算，总结试点经验，逐步扩

大试点区域和医疗费用范围。

五、做好异地就医结算管理服务

（一）做好参保人员就医凭证管理。本市参保人员跨省异地就医时，应在就医地的跨省联网定点医药机构主动表明参保身份，出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证。本市异地就医联网定点医药机构应做好外地参保人员的参保身份验证工作，指引未办理备案人员及时办理备案手续，为符合就医地规定门（急）诊、住院患者，提供合理规范的诊疗服务及方便快捷的跨省异地就医直接结算服务。

（二）做好异地就医费用结算。跨省异地就医直接结算时，就医地应将住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息，将门诊费用（含普通门诊和门诊慢特病）按照就医地支付范围及有关规定对每条费用明细进行费用分割，经国家、省级异地就医结算系统实时传输至参保地，参保地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。参保人员因故无法直接结算的，本市异地就医联网定点医药机构应根据医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证采集参保人员有关信息，并将医疗费用明细、诊断等就诊信息及时上传至国家医疗保障信息平台，支持全国开展跨省异地就医手工报销线上办理试点。

（三）做好就医地医保管理。本市医保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、区域点数法总额预算等方面提供与本市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。结合我市医保支付方式改革工作实际，适时探索DRG/DIP等医保支付方式改革在异地就医结算中的应用，引导定点医疗机构合理诊疗。

（四）做好异地业务协同管理。市区两级医保经办部门应建立健全工作机制，形成分工明确、职责明晰、流程统一的跨省异地就医业务协同管理体系，在问题协同、线上报销、费用协查、信息共享等方面全面提升医保经办业务协同管理能力。市医保中心负责在全市范围内统一组织、协调并实施跨省异地就医直接结算管理服务工作，按国家和我市要求做好跨省异地就医直接结算管理服务工作。

六、强化异地就医资金管理和监督检查

（一）加强异地就医资金管理。严格执行“先预付后清算”资金管理规定，市医保经办部门和市财政部门应按照《基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程》（以下简称《经办规程》）和本市有关规定做好异地就医资金预付、清算资金划拨和收款等工作。划拨跨省异地就医资金过程中发生的银行手续费、银行票据工本费不得在基金中列支。预付金在就医地财政专户中产生的利息归就医地所有。跨省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。

(二) 加强异地就医基金监管。不断健全跨省异地就医直接结算基金监管机制，按照国家要求，进一步完善本市与异地区域协作、联合检查等工作制度。认真落实就医地和参保地监管责任，将外地参保人员在我市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，严厉打击各类欺诈骗保行为，积极配合参保地做好相关核查。定期开展本市参保人员跨省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，确保医保基金安全合理使用。跨省异地就医监管追回的医保基金、扣款等按原渠道返回参保地账户，行政处罚、协议违约金等由就医地医保部门按规定处理。

七、推进跨省异地就医子系统建设

(一) 深化异地就医子系统信息化建设。市医保信息部门全力做好编码动态维护和深化应用，完善医保信息化运维管理体系，全力构建基础设施、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。积极推进数据共享，深化医保电子凭证、医保移动支付、医保电子处方流转、医保服务平台网厅、APP 和小程序等推广应用，不断完善跨省异地就医管理子系统，推进与定点医药机构接口改造适配工作，加快推动医保电子凭证、居民身份证作为就医介质，优化系统性能，减少响应时间，提升参保人员异地就医直接结算体验。

(二) 深化异地就医子系统规范化管理。市医保信息部门按规定做好系统停机切换时的事前报备、事中验证、事后监测，解

决好个人编号等信息变更对在途业务的影响，确保业务平稳衔接和系统稳定运行。严格落实安全管理责任，提升系统安全运维能力，强化信息系统边界防护，严禁定点医药机构连接医保系统的信息系统接入互联网，规范跨省异地就医身份校验，保障数据安全。统一规范异常交易报错信息质控标准，做好问题分类，简明扼要、通俗易懂地描述错误原因，方便异常交易的问题定位，并及时响应处理。

八、工作要求

(一)加强组织领导。做好异地就医直接结算是深入贯彻落实党的二十大精神和市第十二次党代会精神的重要内容，是深化医疗保障制度改革的重要任务，是构建更加完善的社会保障体系的重要抓手，是倾听民生诉求、提高医保治理能力的重要体现，做好此项工作事关长远、意义重大。各区、各部门要进一步统一思想、提高认识，加强统筹谋划，协同推进工作，形成工作合力；要进一步分解、细化工作任务，健全工作台账，压实工作责任，纳入目标任务考核管理。市财政部门要按规定及时划拨跨省异地就医资金，合理安排经办机构工作经费，加强与经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符。

(二)提升经办服务。各区、各部门要认真贯彻落实国家文件精神，按照本通知和《经办规程》有关内容，及时调整不相符的政策、经办和信息系统，按时与国家和我市政策做好衔接。市医保经办机构要全面贯彻落实《国家医保公共服务事项清单》，结

合本地实际，进一步细化和优化经办管理服务，精简办理材料，简化办理流程，压缩办理时限，推动做好信息系统建设和衔接工作，确保跨省异地就医直接结算工作平稳过渡。

(三)加强队伍建设。市、区医保行政部门安排专人负责异地就医直接结算工作；市医保中心、市医保结算中心设立专门部门协同推进工作；各区医保分中心合理配置工作人员，每区安排不少于1人负责异地就医经办工作，保证服务质量，提高工作效率。

(四)做好宣传引导。加强异地就医直接结算宣传工作，通过电视台、电台等主流媒体做好宣传报道，采用群众喜闻乐见的形式做好宣传解读。推动12393咨询服务热线和各区医保分中心咨询电话，共同做好异地就医直接结算工作的咨询服务，及时回应群众关切，合理引导社会预期。

本通知自2023年1月1日起执行，有效期五年，之前与本通知不符的，按照本通知规定执行。本通知未尽事宜，按照我市有关规定执行。



(此件主动公开)

抄送：市医保中心、市医保结算中心、市医保监督检查所。

天津市医疗保障局办公室

2022年12月26日印发
