市人社局市财政局市卫生健康委关于印发

《天津市工伤保险跨省异地就医直接结算

试点经办管理办法》的通知

各区人力资源和社会保障局、卫生健康委员会，市社会保险基金管理中心，有关单位：

为进一步规范本市工伤保险异地就医管理，做好工伤保险跨省异地就医直接结算试点工作，现将《天津市工伤保险跨省异地就医直接结算试点经办管理办法》印发给你们，并就有关事项通知如下：

一、自2024年4月1日起，选择本市部分工伤保险协议机构启动工伤保险跨省市异地就医直接结算试点，实行工伤人员持社会保障卡（含电子社会保障卡）直接结算跨省异地就医住院工伤医疗费用、住院康复费用和辅助器具配置费用。试点期限为一年。

二、工伤保险异地就医直接结算工作是落实国务院“跨省通办”、人社信息化便民服务创新提升行动要求的重要任务，各相关部门要高度重视，加强领导，统筹协调推进。市人社部门牵头做好试点情况总结和报送工作。各级社会保险经办部门扎实组织试点实施工作，加强数据统计分析，及时研究解决工作中的问题，不断完善工作措施，确保试点工作稳妥推进。市财政部门按规定及时划拨跨省异地就医资金，合理安排工作经费，加强与经办机构对账管理，确保账账相符、账款相符，按职责落实好资金管理相关工作。各级卫生健康部门要指导相关医疗机构积极配合落实跨省异地就医各项任务，提高服务能力，保障医疗质量和安全。

 市人社局 市财政局 市卫生健康委

 2024年4月1日

（此件主动公开）

天津市工伤保险跨省异地就医直接结算

试点经办管理办法

# 第一章　总　则

 第一条 为贯彻落实《人力资源社会保障部财政部国家卫生健康委关于开展工伤保险跨省异地就医直接结算试点工作的通知》（人社部发〔2024〕11号）要求，进一步规范本市工伤保险异地就医管理，做好工伤保险跨省异地就医直接结算试点工作，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市工伤职工在异地就医（工伤医疗、康复、配置或更换辅助器具，下同）备案管理、费用结算和异地工伤职工在本市就医（工伤住院医疗、住院康复、配置或更换辅助器具，下同）费用直接结算经办管理服务工作。

第三条 符合条件的本市工伤职工在异地已开通工伤保险跨省异地就医直接结算的协议医疗机构、康复机构、辅助器具配置机构（以下简称直接结算协议机构）就医，或异地工伤职工在本市直接结算协议机构就医，发生的无第三方责任住院工伤医疗、住院工伤康复和辅助器具配置（含更换，下同）等合规跨省异地就医费用，可以按照本办法的规定直接结算（工伤职工只需向协议机构支付应由个人负担的费用）。

本市工伤职工在异地就医发生的门诊工伤医疗（康复）费用、未直接结算的住院工伤医疗（康复）费用、辅助器具配置费用等合规跨省异地就医垫付费用（以下简称未直接结算垫付费用），以及住院期间的住院伙食补助费、转异地工伤医疗或康复发生的统筹地区外就医交通食宿费，按照本市有关规定垫付报销。

第四条 参加本市工伤保险并已办理工伤登记的以下工伤职工，可以申请跨省异地就医：

1. 异地长期居住（工作）工伤职工：指在异地长期居住生活或被用人单位长期派驻异地工作半年（含）及以上，需要在居住（工作）地就医的工伤职工。
2. 异地转诊转院工伤职工：指因本市协议机构限于医疗技术和设备不能诊治或配置，需要转诊转院到异地就医的工伤职工。

第五条 异地工伤职工在本市直接结算协议机构住院工伤医疗或康复，通过本市工伤保险支付系统以接口模式接入全国工伤保险异地就医结算信息系统（以下简称全国工伤异地就医系统）开展跨省异地就医直接结算；在本市直接结算协议机构配置或更换辅助器具，暂以登录模式通过全国工伤异地就医系统开展跨省异地就医直接结算，逐步向接口模式过渡。

第六条 本市工伤保险跨省异地就医经办服务工作实行统一管理、分级负责。

市社会保险基金管理中心（以下简称市社保中心）负责跨省异地就医经办管理系统信息化建设，并与全国工伤异地就医系统对接，实现跨省异地就医登记备案、直接结算信息电子化传递；按照国家有关要求并结合本市实际，确定本市直接结算协议机构，并与其签订相关服务协议；组织、指导各区社保分中心开展跨省异地就医经办管理服务；向本市直接结算协议机构拨付异地工伤职工就医直接结算的工伤保险基金支付费用；协调市财政部门及时划拨跨省异地就医资金；协调解决跨省异地就医经办工作中的有关问题。

各区社保分中心负责受理、审核本市工伤职工通过分中心窗口线下或通过天津人社单位网厅、个人网厅、天津人力社保APP（以下统称本市社保服务平台）或国家社会保险公共服务平台、人社政务服务平台、掌上12333APP、电子社会保障卡等全国统一服务入口（以下统称国家社保平台）线上申请办理跨省异地就医备案登记；受理、审核异地工伤职工在本市直接结算协议机构就医发生的直接结算费用，并将本市直接结算协议机构为异地工伤职工提供住院工伤医疗、住院工伤康复、辅助器具配置直接结算服务纳入协议管理；受理、审核本市工伤职工申报跨省异地就医未直接结算垫付费用、住院伙食补助费和统筹地区外就医交通食宿费。

# 第二章　备案管理

第七条 工伤职工跨省异地就医实行备案管理制，工伤职工应在跨省异地就医前办理备案登记。

本市工伤职工可通过国家社保平台，按照平台有关要求线上办理跨省异地就医备案登记；也可按照本办法的规定，通过本市社保服务平台线上办理跨省异地就医备案登记，或到本市任一区社保分中心窗口线下办理。

第八条 工伤职工通过本市社保服务平台线上或到社保分中心窗口线下申请办理跨省异地就医备案登记，需提供以下申报材料：

（一）异地长期居住工伤职工：

1．《天津市工伤保险跨省异地就医备案表》（见附件1，以下简称《跨省异地就医备案表》）。

2．异地长期居住佐证材料：居住地为户籍所在地的提供户籍相关材料，居住地为非户籍所在地的提供居住证、村（居）委会证明等长期居住佐证材料。

3．其他申报材料：工伤职工近亲属申请办理的，须提供其有效身份证件和与工伤职工的关系佐证材料；工伤职工委托他人申请的，须提供授权委托书。

（二）常驻异地工作工伤职工：

1．《跨省异地就医备案表》。

2．常驻异地工作佐证材料：参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同等。

3．其他申报材料：工伤职工近亲属申请办理的，须提供其有效身份证件和与工伤职工的关系佐证材料；工伤职工委托他人申请的，须提供授权委托书。

（三）异地转诊转院工伤职工：

1．《跨省异地就医备案表》（需本市工伤协议三级医疗机构、康复机构或辅助器具配置机构出具转诊转院意见）。

2．其他申报材料：工伤职工近亲属申请办理的，须提供其有效身份证件和与工伤职工的关系佐证材料；工伤职工委托他人申请的，须提供授权委托书。

第九条 工伤职工办理备案时原则上直接备案到就医地市或直辖市。工伤职工完成备案后，备案有效期内可在就医地所有直接结算协议机构享受住院工伤医疗、住院工伤康复或辅助器具配置费用直接结算服务。

异地长期居住（工作）工伤职工在办理备案登记时，也可同时自愿选择备案登记1-2家就医地尚未开通工伤保险跨省异地就医直接结算的医疗、康复或辅助器具配置机构（以下简称非直接结算机构），作为本人在就医地直接结算协议机构不能充分满足工伤医疗、康复或辅助器具配置需要的补充，且备案登记的非直接结算机构原则上应为就医地工伤协议或医保定点机构。

第十条 工伤职工通过国家社保平台或本市社保服务平台线上申请办理跨省异地就医备案登记，社保分中心应在5个工作日内审核完毕，工伤职工可通过申请平台线上查询备案审核结果；工伤职工到社保分中心窗口线下申请办理跨省异地就医备案登记，社保分中心应即时审核，并将审核结果告知申请人。

对于申报材料不齐全的，应一次性告知需补正的材料。

第十一条 异地长期居住（工作）医疗备案有效期为1年、康复备案有效期为停工留薪期内或经鉴定的职业康复天数内且最多不超过1年；异地转诊转院医疗备案有效期为60天、康复备案有效期为停工留薪期内或经鉴定的职业康复天数内且最多不超过60天。

备案有效期内，工伤职工可在备案就医地所有直接结算协议机构和备案登记的非直接结算机构多次就医。备案有效期内已办理异地工伤医疗或康复入院手续的，本次住院出院时间不受备案有效期限制。备案有效期结束后仍有异地工伤医疗或康复需求的，需重新办理备案登记。

备案有效期内，工伤职工因死亡、解除劳动关系或中断缴纳工伤保险费丧失工伤医疗（康复）待遇资格的，备案有效期终止或中止；恢复缴纳工伤保险费的，备案有效期恢复。

第十二条 异地配置辅助器具备案有效期为60天。备案有效期内，工伤职工可在备案就医地所有直接结算协议配置机构或备案登记的非直接结算配置机构配置或更换辅助器具。

备案有效期内未配置或更换辅助器具，且备案有效期结束后仍有异地或转异地配置需求的，需重新办理备案登记。

第十三条 异地长期居住（工作）工伤职工，备案有效期内居住（工作）地、备案登记的非直接结算机构等信息发生变更，或结束异地长期居住（工作）的，应及时办理备案信息变更或取消备案。

第十四条 本市工伤职工跨省异地就医备案登记、备案变更或取消备案及审核结果信息，及时上传至全国工伤异地就医系统。

第十五条 工伤职工未按规定办理跨省异地就医备案登记，或备案登记后未在备案就医地直接结算协议机构或备案登记的非直接结算机构就医，发生的异地就医费用，工伤保险基金不予支付。确有紧急情况或不可抗力等原因，需向社保分中心补报申请并说明情况，经核实后可按本市有关规定垫付报销。

# 就医管理与费用结算

第十六条 工伤职工可通过国家社保平台，实时查询备案就医地直接结算协议机构信息。在备案就医地直接结算协议机构就医时，应主动表明身份，出示社会保障卡（含电子社会保障卡，以下统称社会保障卡）等有效身份凭证，遵守就医地就医流程和服务规范。

# 第一节 本市工伤职工在异地就医管理

第十七条 本市工伤职工办理异地医疗或康复备案登记后，备案有效期内持社会保障卡在备案就医地工伤医疗或康复，在直接结算协议机构发生的住院医疗（康复）费用可联网刷卡直接结算；发生的未直接结算垫付费用，和在备案登记的非直接结算机构发生的门诊或住院医疗（康复）费用，以及住院期间的住院伙食补助费、转异地医疗或康复发生的统筹地区外就医交通食宿费，可按本市有关规定垫付报销。

第十八条 本市工伤职工办理异地配置辅助器具备案登记后，备案有效期内持社会保障卡、配置费用核付通知单，在备案就医地配置或更换辅助器具，在直接结算协议机构发生的配置费用可直接结算；发生的未直接结算垫付费用，或在备案登记的非直接结算机构发生的垫付费用，可按本市有关规定垫付报销。

第十九条 本市工伤职工在备案地就医直接结算的住院医疗（康复）费用，执行就医地工伤保险诊疗项目目录、工伤保险药品目录、工伤保险住院服务标准、工伤康复服务项目等有关规定；直接结算的辅助器具配置费用，执行本市工伤职工辅助器具配置项目、最高支付限额和最低使用年限有关规定。属于工伤保险支付范围的费用由直接结算协议机构与就医地社会保险经办机构结算，工伤保险支付范围外的费用由工伤职工负担。

第二十条 本市工伤职工办理跨省异地就医备案登记后，备案有效期内回本市就医（工伤医疗、康复、配置或更换辅助器具）和费用结算，按照本市工伤保险政策和经办管理规定执行。

# 第二节 异地工伤职工在本市就医管理

 第二十一条 本市直接结算协议机构应严格按照工伤保险政策有关规定，为异地工伤职工提供与本市工伤职工同等的工伤医疗、康复、辅助器具配置服务，因伤施治，伤病分离管理，合理诊疗，合规配置。

第二十二条 异地工伤职工在本市直接结算协议机构办理工伤医疗或康复住院手续时，协议机构通过刷社会保障卡核验工伤职工身份信息和跨省异地就医备案信息，核验成功后为其办理联网住院；在本市直接结算协议机构配置或更换辅助器具时，协议机构通过全国工伤异地就医系统，核验工伤职工身份信息和跨省异地就医备案信息，查验配置费用核付通知单及配置项目、最高支付限额等信息后提供配置服务。

第二十三条 异地工伤职工在本市直接结算协议机构联网住院医疗或康复，执行本市工伤保险诊疗项目目录、工伤保险药品目录、工伤保险住院服务标准、工伤康复服务项目等有关规定；在本市直接结算协议机构配置或更换辅助器具，执行参保地辅助器具配置目录有关规定。

第二十四条 异地工伤职工在本市直接结算协议机构发生的直接结算住院医疗（康复）费用、辅助器具配置费用，由协议机构协议管辖所属区社保分中心负责审核。对于治疗非工伤所发生的费用、就医中发生的超标准超目录范围和不符合诊疗常规的费用及其他违反工伤保险有关规定的费用，按规定予以审核扣除。

第二十五条 异地工伤职工在本市直接结算协议机构联网住院医疗或康复出院时，协议机构应再次核验工伤职工身份信息和备案信息，并在48小时内与工伤职工完成费用结算。属于工伤保险基金支付的费用由协议机构垫付，超出工伤保险基金支付范围的费用由工伤职工负担。

直接结算住院费用明细和结算相关信息，及时上传本市工伤支付系统。

第二十六条 社保分中心应及时审核协议机构上传的直接结算住院医疗（康复）费用。应由工伤保险基金支付的费用，在社保分中心与协议机构完成对账确认后，由市社保中心向协议机构按月据实拨付（按项目审核支付，不预留质量保证金）。

相关费用审核及月度结算信息，上传至全国工伤异地就医系统。

第二十七条 异地工伤职工在本市直接结算协议机构配置或更换辅助器具完成后，协议机构通过全国工伤异地就医系统录入配置信息，与工伤职工结算配置费用。配置项目和最高支付限额内应由工伤保险基金支付部分费用由协议机构垫付；超出配置项目或最高支付限额部分费用由工伤职工负担。

第二十八条 本市直接结算协议机构在与异地工伤职工完成配置费用结算后，应及时向社保分中心申报垫付的配置费用相关材料。社保分中心通过全国工伤异地就医系统审核相关配置费用，并将配置费用及审核信息录入本市工伤支付系统。应由工伤保险基金支付的费用，在社保分中心与协议机构完成对账确认后，由市社保中心向协议机构按月据实拨付（不预留质量保证金）。

协议机构、社保分中心、市社保中心通过全国工伤异地就医系统完成对账确认及月度结算相关业务。

第二十九条 异地工伤职工在本市直接结算协议机构住院工伤医疗、住院工伤康复、配置或更换辅助器具，因网络系统、就医凭证等故障导致无法直接结算的，相关费用回参保地按参保地规定手工报销。本市直接结算协议机构应根据工伤职工需要，为其提供手工报销所需材料。

# 预付金管理与费用清算

第三十条 预付金是参保省预付给就医省用于支付参保省异地就医工伤职工就医费用的资金，资金专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。原则上根据上年度工伤保险跨省异地就医结算资金季度平均值的两倍核定年度预付金额度，按年调整。就医省可调剂使用各参保省的预付金。

本市工伤职工跨省异地就医直接结算费用工伤保险基金支付部分，由本市向工伤职工就医省先预付后清算，预付金来源于本市工伤保险基金；异地工伤职工在本市就医直接结算费用工伤保险基金支付部分，由工伤职工参保省向本市先预付后清算。

第三十一条 预付金初始额度为可支付半年资金，根据往年跨省异地就医工伤保险基金支付金额并结合政策实施后释放效应预估上报。预付金初始额度经人力资源社会保障部社保中心核定确认后，市社保中心通过全国工伤异地就医系统接收预付金收付款通知书，并在5个工作日内，将《\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金付款通知书》（附件2）、《\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金收款通知书》（附件3）、《天津市工伤保险跨省异地就医应付明细表》（附件4），报请市财政部门付款和收款。

市财政部门对预付金付款业务进行审核后，应在收到市社保中心所提交通知书10个工作日内，通过财政专户向各就医省市拨付预付金，划拨时注明业务类型“预付金”。市财政部门完成预付金拨款后，在5个工作日内将划拨信息反馈到市社保中心。

市社保中心依据财政专户付款、收款银行回单等信息，在全国工伤异地就医系统进行到账确认。

第三十二条 每年1月底，人力资源社会保障部社保中心根据上年结算资金季度平均值的两倍核定各省级经办机构本年度应付、应收预付金，在全国工伤异地就医系统发布。

市社保中心接收《\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额度调整付款通知书》（附件5）、《\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额度调整收款通知书》（附件6）。按照预付金初始额度流程手续和时间要求，市社保中心报请市财政部门付款和收款。原则上，应于每年2月底前完成年度预付金调整额度的收付款工作。

年度调整时，就医省应收参保省预付金额度低于上年额度的，应返还参保省相应资金，返还资金列入本年度就医省跨省异地就医预付金额度调整付款通知书，并在对应参保省名称前加注“\*”。参保省应收就医省返还的资金列入本年度参保省跨省异地就医预付金额度调整收款通知书，并在对应就医省名称前加注“\*”。

第三十三条 建立预付金预警和调增机制。预付金使用率为预警指标，是指异地就医清算资金占预付金的比例。当某一参保省的预付金使用率达到70%，为黄色预警。预付金使用率达到80%及以上时，为红色预警，启动针对该参保省的预付金紧急调增流程。

当预付金使用率出现红色预警时，市社保中心在当期清算签章之日起3个工作日内登录全国工伤异地就医系统向人力资源社会保障部社保中心提出预付金额度调增申请。原则上每季度最多提出1次紧急调增申请，每次申请最高额度为本季度待与协议机构月结金额的两倍。

人力资源社会保障部社保中心审核确认各省市预付金额度调增申请后，市社保中心在全国工伤异地就医系统下载《\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额度紧急调增付款通知书》（附件7）或《\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额度紧急调增收款通知书》（附件8）。按照预付金初始额度流程手续和时间要求，市社保中心报请市财政部门付款和收款。原则上预付金紧急调增额度应于下期清算前完成拨付。

第三十四条 异地工伤职工在本市直接结算协议机构就医发生的直接结算费用，由工伤保险基金支出账户按月拨付协议机构。市社保中心每月向市财政部门报送工伤保险基金支出用款计划，应单独注明计划拨付的异地就医费用，市财政部门应按时足额拨付。

第三十五条 跨省异地就医费用清算是指各省间确认有关跨省异地就医费用的应收或应付金额，据实划拨的过程。全国工伤异地就医系统根据就医地经办机构与协议机构对账确认后的费用，于每季度次月21日生成清算信息。经各省市确认后，每季度次月底前，发布《\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医费用付款通知书》（附件9）、《\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医费用收款通知书》（附件10）。市社保中心接收收付款通知书，并按照预付金初始额度流程手续和时间要求，报请市财政部门付款、收款。市财政部门划拨资金时，注明业务类型“清算资金”。

 原则上，当季跨省异地就医直接结算费用应于下季度第二月月底前完成收、付款，收、付款延期最长不超过1个季度。当年跨省异地就医直接结算费用，最晚应于次年第一季度清算完毕。

第三十六条 市社保中心应当在工伤保险基金账簿“暂付款”科目下设置“异地就医预付金”科目，在“暂收款”科目下设置“异地就医资金”科目，按照各省市进行辅助核算，反映参保省、就医省预付金、结算费用收付。

第三十七条 划拨跨省异地就医资金过程中发生的银行手续费、银行票据工本费等不得在工伤保险基金中列支。预付金在就医省产生的利息归就医省所有。

第三十八条 市社保中心与市财政按照财政专户对账机制按月开展对账，确保账目准确、清晰。

# 第五章　稽核监督

第三十九条 本市直接结算协议机构为异地工伤职工提供住院工伤医疗、住院工伤康复、辅助器具配置服务，纳入本市工伤保险服务协议管理、稽核监督和协议考核范围。

协议机构应按照工伤保险政策规定和协议管理有关要求，为异地工伤职工提供合理规范的工伤医疗、康复和辅助器具配置服务，及时传输工伤职工就医、结算及其他相关信息，确保信息真实准确，不得篡改作假。

第四十条 本市直接结算协议机构、社保分中心应建立异地就医工伤职工投诉举报渠道，及时受理投诉举报并将结果告知投诉举报人。

第四十一条 社保分中心在办理工伤职工跨省异地就医备案登记和对工伤职工异地就医中发现疑点问题，或受理投诉举报线索反映问题，需要就医地社会保险经办机构协助调查核实的，应主动联系就医地社会保险经办机构协助调查，必要时可以赴工伤职工就医地现场调查。

异地工伤职工参保地社会保险经办机构需核查工伤职工在本市就医情况及有关病案资料、票据等的，本市直接结算协议机构应予以配合，并保证相关材料、费用真实；市社保中心、社保分中心应予以协助，共同防范和打击伪造病案资料、票据等骗取工伤保险基金行为。

第四十二条 本市直接结算协议机构存在违法违规行为的，按照工伤保险有关规定处理。对查实的重大违法违规行为按相关规定执行，并上报人力资源社会保障部社保中心。

异地工伤职工在本市就医存在严重违规行为的，应暂停其直接结算，并上报人力资源社会保障部社保中心协调工伤职工参保地社会保险经办机构按照相关规定处理。

第四十三条 市社保中心、社保分中心应加强跨省异地就医直接结算运行监控和费用审核，健全工伤保险基金运行风险评估预警机制，定期开展跨省异地就医直接结算运行分析。

# 第六章　附　则

第四十四条 市社保中心、社保分中心、本市直接结算协议机构应按照服务便民工作原则，做好政策宣传和就医指引，依托公共服务网站、经办服务大厅等渠道公布办事指南、就医流程，引导跨省异地就医工伤职工有序就医。

第四十五条 本办法自2024年4月1日起执行。本市现行工伤保险异地就医经办规定与本办法有不一致的，按照本办法执行。

附件：1．天津市工伤保险跨省异地就医备案表

 2．\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金付

 款通知书

 3．\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金收

 款通知书

 4．天津市工伤保险跨省异地就医应付明细表

 5．\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额

 度调整付款通知书

 6．\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额

 度调整收款通知书

 7．\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额

 度紧急调增付款通知书

 8．\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医预付金额

 度紧急调增收款通知书

 9．\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医费用付

 款通知书

 10．\_\_\_\_省（区、市）工伤保险跨省异地就医费用收

 款通知书