

苏州市医疗保障局文件

苏医保待医〔2019〕11号

关于印发《苏州市社会基本医疗保险 异地就医管理办法》的通知

各市、区医疗保障局，苏州工业园区劳动和社会保障局，城
区分局，市社保中心，各定点医药机构：

为贯彻落实国家和省有关要求，加强和改进异地就医经
办服务，提升群众医疗保障获得感，推进医保联网结算工作，
根据《人力资源社会保障部办公厅关于切实做好跨省异地就
医直接结算备案管理等有关工作的通知》（人社厅函〔2017〕
108号）、《关于切实落实异地就医各项政策要求的通知》（国
医保监函〔2019〕1号）、《关于加强和改进医疗保险异地就
医直接结算服务的紧急通知》（苏医保发〔2019〕32号）、《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）等文件精神，我们制定了《苏州市社
会基本医疗保险异地就医管理办法》，现发给你们，并提出

以下要求，请一并贯彻执行。

一、医保经办机构具体负责异地就医人员备案工作，应严格按《基本医疗保险跨省异地就医住院医疗费用直接结算经办规程》（苏人社发〔2016〕120号）、《江苏省异地就医经办服务规程》（苏医保规〔2019〕1号）等国家和省文件要求，做好跨省和省内异地人员备案登记工作。对异地就医人员就医行为和医疗费用的监管和稽核由各统筹区按管理权限实施。

二、各地要贯彻落实“三个一批”具体要求，全面优化医保经办窗口各项服务，加强对新政策新业务的学习和解读，不断改进窗口服务，及时做好宣传解释工作。不断完善备案便民措施，创新新的备案方式，利用微信微业务、门户网站、手机APP、自助一体机等方式，逐步实现“零跑腿”、“不见面”备案的高水平覆盖。

苏州市医疗保障局

2019年11月15日

（此件公开发布）

苏州市社会基本医疗保险 异地就医管理办法

第一条 根据《苏州市基本医疗保险管理办法》(苏州市人民政府第 138 号令), 为加强我市参保人员异地就医医疗和费用结算管理, 特制定本办法。

第二条 本办法适用于苏州大市范围社会基本医疗保险参保人员跨省、省内异地就医的情形。

第三条 本办法所称的异地就医人员, 是指异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员和异地转诊人员。

异地安置退休人员: 指退休后在异地定居并且户籍迁入定居地的人员。

异地长期居住人员: 指在异地居住生活且符合参保地规定的人员。

常驻异地工作人员: 指用人单位派驻异地工作且符合参保地规定的人员。

以上三类人员简称为居外人员。

异地转诊人员: 指因患有限于本市医疗技术和设备条件不能诊治的疑难重症疾病, 经市、县级以上医院诊断需要转往外地医院治疗的人员。

第四条 异地就医人员在就医地异地联网结算定点医疗

机构就诊，应持省标准社会保障卡直接划卡结算。

第五条 居外人员居外医疗备案程序：符合异地就医条件的参保人员，须事先向参保地医保经办机构提出申请，提供社会保障市民卡、居民身份证等材料，医保经办机构为其办理异地就医备案登记。未领取省标准社会保障卡人员领取相应省标准社会保障卡。

第六条 居外人员办理异地就医备案手续后，冻结社会保障卡在参保地划卡就医直接结算功能。参保人员回到参保地，应及时到医保经办机构办理居外就医取消手续，医保经办机构为其恢复社会保障卡本地使用功能。居外就医取消手续在办理备案手续 60 天后方可办理。

第七条 异地转诊人员转外医疗程序：参保人员确需转诊治疗的，应由具有转诊资质医院副主任以上医师根据病情填写医院转诊单，医院医保管理部门审核盖章，通过医疗机构信息系统报医保经办机构备案。未领取省标准社会保障卡的参保人员向医保经办机构领卡。

第八条 转诊备案手续有效期为一年。

第九条 异地就诊医疗机构包括所有异地联网结算定点医疗机构，就医地医保定点的其他医院和社区（村）卫生服务机构。

第十条 居外人员在备案地区异地就医，不需转诊。发生的符合规定的医疗费用，基本医疗保险基金的支付比例应

与在参保地相应医疗机构就医的支付比例一致。

第十一条 未按参保地规定办理转诊手续，直接到参保地外异地就医的，发生的符合医疗保险给付规定的医疗费用，按规定由相应医疗保险统筹基金（包括职工基本医疗保险统筹基金、居民基本医疗保险统筹基金、地方补充医疗保险统筹基金、大额医疗费用社会共济基金）按比例给付的部分，按原规定给付比例的80%给付报销。

第十二条 居外人员住院起付标准按本市同级医院标准确定。转诊人员住院起付标准：在职职工1000元；退休人员、居民800元；学生500元。

第十三条 对养老金已实行异地社会化发放、未办理门诊特定项目、办妥跨省异地备案手续（已开通门诊直接结算地区除外）的我市企业退休人员，在本人申请后，其当年个人账户预划金额和往年个人账户余额，由医保经办机构于每一医保结算年度初始医疗保险个人账户更新后通过养老金社会化发放渠道一次性发放给个人。上述人员每一结算年度内发生的门诊费用在个人账户发放额和地方补充医疗保险自负段以内的，不再需要回苏报销；超过上述金额需要报销的，退休人员持本人本地社会保障卡及本结算年度所有门诊医疗费用（包括发放金额和自负段以内费用）原始凭证，到医保经办机构办理审核给付手续。医保经办机构冲抵已发放个人账户额和自负段后，再按地方补充医疗保险规定给付。

第十四条 异地就医人员医疗费用零星报销结付。

(一) 异地就医人员医疗费用零星报销按我市医疗保险有关规定和标准结付，超出参保地社会基本医疗保险药品、诊疗项目和特殊医用材料目录发生的医疗费用，社会医疗保险基金不予结付。医保经办机构对发生数额较大或有疑问的医疗费用，须经调查核实后方可结付。

(二) 以下情形不降低报销比例：

1. 因突发急、危、重病抢救或医疗机构认为须立即治疗，就近在非参保地医疗机构发生的急诊医疗费用。

2. 户籍或学籍在外地的本市参保学生，未办理异地就医备案手续，在其户籍或学籍地发生的符合医疗保险规定的医疗费用。

3. 离休干部发生的异地医疗费用另行规定。

第十五条 本办法自 2019 年 12 月 1 日起执行，在此时间节点之后发生的医疗费用按本办法规定执行。《苏州社会基本医疗保险转外和居外人员医疗管理办法》（苏劳社医〔2007〕27 号）同时废止，《关于贯彻长三角地区跨省异地就医门诊费用直接结算工作的通知》（苏医保办〔2019〕29 号）与本规定不一致的，按本规定执行。

苏州市医疗保障局办公室

2019年11月15日印发
