

鲁人社函〔2024〕32号

山东省人力资源社会保障厅
关于印发《山东省工伤保险异地就医直接结算
经办规程》的通知

各市人力资源社会保障局：

现将《山东省工伤保险异地就医直接结算经办规程》印发给你们，请遵照执行。

山东省人力资源和社会保障厅

2024年3月29日

（此件主动公开）

（联系单位：省社会保险事业中心工伤保险服务处）

山东省工伤保险异地就医直接结算 经办规程

第一章 总 则

第一条 为落实《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）、《山东省人力资源社会保障厅财政厅卫生健康委关于推进工伤保险异地就医直接结算工作的通知》（鲁人社字〔2024〕22号）等文件有关要求，推进工伤保险异地就医费用直接结算，规范异地就医管理，提升服务水平，结合我省实际，制定本规程。

第二条 本规程适用于工伤职工在参保地（设区的市，下同）外（含省内及省外）就医费用直接结算工作。

第三条 参加工伤保险并已完成工伤认定、工伤康复确认或辅助器具配置确认（含工伤复发）的异地转诊转院、异地长期居住（或工作）的工伤职工，可以申请异地就医费用的直接结算。

（一）在参保地外居住（工作）半年，并符合参保地异地就医、康复、辅助器具配置要求的工伤职工。

（二）参保地医疗和康复、辅助器具配置协议机构限于医疗技术和设备不能诊治或配置，符合参保地转诊转院要求的工伤职工。

第四条 符合条件的工伤职工在参保地外的工伤保险协议医疗机构、康复机构和辅助器具配置机构（以下统称协议机构）发生的无第三方责任的工伤医疗、工伤康复和辅助器具配置（含更换，下同）等合规异地就医费用，可以按照本规程的规定直接结算。尚不具备联网结算条件的，采用手工报销方式结算。其中，跨省异地就医直接结算范围为工伤医疗（康复）住院费用和辅助器具配置费用。

第五条 各级社会保险经办机构、工伤保险协议机构依托山东省社会保险信息系统（以下简称省集中社保信息系统）、山东省工伤保险异地就医结算系统（以下简称省级异地结算系统），开展工伤保险异地就医直接结算，实现结算信息电子化传递。

第六条 各级社保经办机构应按照服务便民工作原则，做好政策宣传和就医指引，依托公共服务平台、经办服务大厅等渠道公布办事指南，引导工伤职工异地有序就医。

第七条 山东省人力资源社会保障部门（以下简称人社部门）负责建设完善省级异地结算系统，统一组织协调工伤保险异地就医管理服务工作；各市县人力资源社会保障部门按国家和省要求实施工伤保险异地就医直接结算相关工作。

第二章 备案管理

第八条 工伤保险异地就医直接结算实行备案管理。工伤职工需要到参保地以外就医、康复或者配置辅助器具的，用人

单位、工伤职工或者其近亲属可通过省、市社保公共服务渠道及各级社保经办服务窗口向参保地社保经办机构提出备案申请。

第九条 因医疗条件所限等客观原因需要转诊转院和异地长期居住（工作）需在参保地以外就医、康复的，工伤职工（近亲属）或用人单位应填写提交《山东省工伤保险异地就医（康复）直接结算备案表》（见附件1），异地配置辅助器具工伤职工应填写提交《山东省工伤保险异地配置辅助器具直接结算备案表》（见附件2），并按要求分别提交以下材料：

1. 异地转诊转院需有参保地工伤保险医疗（康复、辅助器具配置）协议机构转诊转院意见；

2. 省外异地长期居住（或工作）的，须提供异地长期居住佐证材料或常驻异地工作佐证材料；

3. 工伤职工委托他人申请的，另须提供其有效身份证明及授权委托书。

线下申请的，经办服务窗口应及时受理并将相关材料扫描上传省集中社保信息系统。

第十条 参保地社保经办机构通过省集中社保信息系统在3个工作日内完成对备案申请信息的审核，审核结果自动上传至省级异地结算系统，并为工伤职工提供审核结果查询服务。对于备案材料不齐全的，应一次性告知需补正的材料；对于不符合备案条件的，应将备案结论告知申请人。

第十一条 参保地社保经办机构应对工伤职工备案信息进行动态管理。参保工伤职工个人信息、就医地发生变更等情况，

用人单位、工伤职工或其近亲属应及时申请变更，参保地社保经办机构做相应处理。

第十二条 工伤异地转诊转院门诊就医备案按照往返当次的就医起止日，住院就医备案按照入院及出院结算日期确定有效期。

异地长期居住（或工作）的工伤异地就医备案有效期为 12 个月，自备案之日起 3 个月后可以变更或取消备案。

备案有效期内已办理住院手续的，不受备案有效期限限制，可正常直接结算相关费用。

第三章 就医管理与费用结算

第十三条 各市社保经办机构按照合理分布、分步纳入的原则，在协议机构范围内，确定异地就医直接结算协议机构，上报省级社保经办机构，建立全省异地就医直接结算协议机构库，并依托省级社保公共服务渠道提供协议机构实时查询服务。

省内异地就医协议机构发生新增、中止或终止协议、停业或歇业等情形的，各市社保经办机构应及时向省级社保经办机构上报，更新协议机构库，实现动态管理维护。

第十四条 就医地协议机构应当为异地就医工伤职工提供与本地工伤职工同等的医疗、康复和辅助器具配置服务。

就医地社保经办机构负责审核在本地区发生的异地就医医疗、康复和辅助器具配置费用。

第十五条 工伤职工须持社会保障卡（含电子社保卡）等

有效身份凭证到备案就医地协议机构就医结算，并应遵守该协议机构的就医流程和服务规范。

第十六条 省内异地就医工伤职工直接结算的工伤医疗费和工伤康复费，执行就医地工伤保险药品目录、诊疗项目目录、住院服务标准（以下简称三目录）的有关规定。工伤康复服务项目、辅助器具配置目录和限额标准执行我省相关规定。

跨省异地就医工伤职工直接结算的住院工伤医疗费和住院工伤康复费，执行就医地工伤保险三目录、工伤康复服务项目等有关规定。辅助器具配置目录和限额标准执行参保地有关规定。

住院伙食补助和因异地转诊转院发生的交通食宿费由参保地社保经办机构按照参保地政策审核报销。

第十七条 工伤职工在就医地协议机构办理入院登记手续或门诊就医（康复）时，就医地协议机构调用省级异地结算系统核验工伤职工备案信息。办理出院结算时，再次核对身份信息和备案信息，按照就医地政策进行审核和直接结算，并上传至省集中社保信息系统。

第十八条 工伤职工到异地配置辅助器具的，协议机构应核对工伤职工身份信息和备案信息提供配置结算服务。就医地协议机构通过省集中社保信息系统与就医地社保经办机构结算应由工伤保险基金支付的费用，超出备案范围和标准的费用工伤保险基金不予支付。

第十九条 就医地社保经办机构应对协议机构上月发生的

异地就医结算费用及时进行审核、对账，完成结算后，省集中社保信息系统自动将结算信息上传至省级异地结算系统。

第二十条 工伤职工异地就医备案后，因结算网络系统、就医凭证等问题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。参保地手工报销前，参保地社保经办机构应切实履行审查职责，核实工伤职工是否已在就医地直接结算，杜绝重复报销。

第二十一条 异地就医的业务档案、财务会计档案和其他档案由参保地经办机构和就医地社保经办机构按其办理的业务分别保管，管理办法按有关规定执行。

第四章 资金管理与费用清算

第二十二条 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。

异地就医费用清算是指参保地与就医地社保经办机构之间确认有关异地就医费用的应收或应付金额并据此定期统一清算。

省内异地就医费用清算采用按季清分及省内统一记账方式。跨省异地就医预付金和跨省异地就医费用清算按照人力资源社会保障部《工伤保险跨省异地就医直接结算经办规程》（人社部发〔2024〕11号）规定执行。

第二十三条 每季度末，根据就医地社保经办机构与协议机构每月对账确认后的费用，系统自动生成《_____市工伤保险省内异地就医应收费用清算表》（见附件3）、《_____市工伤

《工伤保险省内异地就医应付费用清算表》（见附件4）、《____市工伤保险跨省异地就医应收费用清算表》（见附件5）、《____市工伤保险跨省异地就医应付费用清算表》（见附件6），参保地社保经办机构通过省级异地结算系统查询、下载本地上述清算信息，并于季末次月23日前确认。上述确认完毕后，各地社保经办机构工伤保险省内和跨省异地就医清算信息（详见附件7、8、9），通过“暂收款”“暂付款”上解下拨方式在“上级补助收入”“补助下级支出”“下级上解收入”“上解上级支出”等科目按部、省有关规定进行账务处理。

第五章 核查监督

第二十四条 异地就医医疗服务实行就医地管理。就医地社保经办机构应将异地就医工作纳入协议管理范围，在协议中明确相关内容，切实保障工伤职工的权益。要指导和督促协议机构按照要求提供服务，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。

第二十五条 就医地社保经办机构应当建立异地就医工伤职工的投诉举报渠道，及时受理投诉举报并将结果告知投诉举报人。对查实的重大违法违规行为应按相关规定执行并上报。

第二十六条 就医地社保经办机构发现异地就医工伤职工有严重违规行为的，应暂停其直接结算，同时逐级上报省级社保经办机构，省级社保经办机构协调参保地社保经办机构按照相关规定进行处理。

就医地社保经办机构应协助参保地社保经办机构进行医疗票据核查等工作，保证费用的真实性，防范和打击伪造票据等骗取工伤保险基金行为。

第二十七条 省级社保经办机构适时组织各市社保经办机构以大额、高频次、备案期间备案地和参保地双向支出为重点，通过巡查检查、交叉互查、第三方评审等方式，开展异地就医联审互查工作。

第二十八条 各级社保经办机构应加强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，定期开展异地就医直接结算运行分析。

第六章 附 则

第二十九条 本规程由山东省社会保险事业中心负责解释。

第三十条 本规程自2024年4月1日起实施，之前相关规定与本规程不一致的，按本规程执行。

- 附件：1. 山东省工伤保险异地就医（康复）直接结算备案表
2. 山东省工伤保险异地配置辅助器具直接结算备案表
3. XX市工伤保险省内异地就医应收费用清算表
4. XX市工伤保险省内异地就医应付费用清算表
5. XX市工伤保险跨省异地就医应收费用清算表

6. XX市工伤保险跨省异地就医应付费用清算表
7. 山东省工伤保险省内异地就医费用清算表
8. 山东省工伤保险跨省异地就医费用清算表
(就医地)
9. 山东省工伤保险跨省异地就医费用清算表
(参保地)

附件 1

山东省工伤保险异地就医（康复） 直接结算备案表

编号：

工伤职工 基本信息	姓名		性别	
	公民身份号码		受伤部位	
	认定工伤决定书文 (编)号		联系电话	
	联系地址			
备案信息	备案类别	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更	备案区域	<input type="checkbox"/> 省内 <input type="checkbox"/> 省外
	人员类别	<input type="checkbox"/> 异地长期居住就医人员 <input type="checkbox"/> 异地长期居住康复人员 <input type="checkbox"/> 常驻异地工作就医人员 <input type="checkbox"/> 常驻异地工作康复人员 <input type="checkbox"/> 异地转诊转院就医人员 <input type="checkbox"/> 异地转诊转院康复人员		
申请人 基本信息	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 工伤职工近亲属		近亲属姓名	
	近亲属公民身份 号码		联系方式	
	申请人： (指印) 年 月 日			
就医地	___省（自治区、直辖市）___市（县、区）			
参保地 经办机构 意见	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意_____（理由） 备案有效期：___年___月___日至___年___月___日 <div style="text-align: right;"> (经办机构盖章) 经办人： 年 月 日 </div>			

- 备注：1.本表一式二份，经办机构留存一份，申请人留存一份；
- 2.本表供工伤职工及其近亲属申请备案使用，工伤职工近亲属申请的，另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，另须提供授权委托书；
- 3.转诊转院工伤职工另须提供参保地规定的协议机构转诊转院意见。
- 4.省外长期居住工伤职工，居住地为户籍所在地的另须提供户籍相关材料、居住地为非户籍所在地的须提供居住证、村（居）委会证明等长期居住佐证材料；
- 5.常驻省外工作工伤职工，另须提供常驻异地工作的佐证材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同等）。

附件 2

山东省工伤保险异地配置辅助器具 直接结算备案表

编号：

工伤职工 基本信息	姓名		性别	
	公民身份号码		受伤部位	
	认定工伤决定书 文(编)号		辅助器具配置结论书 文(编)号	
	配置费用核付通知单 文(编)号		联系电话	
	联系地址			
备案信息	备案类别	<input type="checkbox"/> 新增 <input type="checkbox"/> 变更	备案区域	<input type="checkbox"/> 省内 <input type="checkbox"/> 省外
	人员类别	<input type="checkbox"/> 异地长期居住人员 <input type="checkbox"/> 常驻异地工作人员 <input type="checkbox"/> 转诊转院人员		
申请人 基本信息	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 工伤职工近亲属 <input type="checkbox"/> 用人单位			
	近亲属姓名		近亲属公民身份号码	
	近亲属联系方式			
	用人单位名称		用人单位社会统一信 用代码	
	用人单位联系人		用人单位联系方式	
	申请人： (指印/章) 年 月 日			
辅助器具 基本信息	辅助器具名称			
	最低使用年限		最高支付限额	
就医地	___省(自治区、直辖市) ___市(县、区)			
参保地 经办机构 意见	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意_____ (理由) 备案有效期：___年___月___日至___年___月___日 <div style="text-align: right;">(经办机构盖章)</div> 经办人：_____ 年 月 日			

- 备注：1.本表一式二份，经办机构留存一份，申请人留存一份；
 2.本表供工伤职工及其近亲属、用人单位申请备案使用，工伤职工近亲属申请的，另须提供其有效身份证明和与工伤职工的关系佐证材料，工伤职工委托他人申请的，另须提供授权委托书；
 3.转诊转院工伤职工另须提供参保地规定的协议机构转诊转院意见。
 4.省外长期居住工伤职工，居住地为户籍所在地的另须提供户籍相关材料、居住地为非户籍所在地的须提供居住证、村(居)委会证明等长期居住佐证材料；
 5.常驻省外工作工伤职工，另须提供常驻异地工作的佐证材料(参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同等)。

附件 3

____市工伤保险省内异地就医应收费用清算表

制表单位：

清算所属季度：XXXX 年第 X 季度

单位：元（保留两位小数）

参保地	合计	住院（门诊）医疗	住院（门诊）康复	辅助器具配置
济南				
青岛				
烟台				
.....				
合 计				

负责人：

审核人：

制表人：

制表日期：

附件 4

____市工伤保险省内异地就医应付费用清算表

制表单位：

清算所属季度：XXXX 年第 X 季度

单位：元（保留两位小数）

就医地	合计	住院（门诊）医疗	住院（门诊）康复	辅助器具配置
济南				
青岛				
烟台				
.....				
合 计				

负责人：

审核人：

制表人：

制表日期：

附件 5

____市工伤保险跨省异地就医应收费用清算表

制表单位：

清算所属季度：XXXX 年第 X 季度

单位：元（保留两位小数）

参保地	合计	住院（门诊）医疗	住院（门诊）康复	辅助器具配置
北京				
天津				
河北				
.....				
合 计				

负责人：

审核人：

制表人：

制表日期：

附件 6

____市工伤保险跨省异地就医应付费用清算表

制表单位：

清算所属季度：XXXX 年第 X 季度

单位：元（保留两位小数）

就医地	合计	住院（门诊）医疗	住院（门诊）康复	辅助器具配置
北京				
天津				
河北				
.....				
合 计				

负责人：

审核人：

制表人：

制表日期：

附件 7

山东省工伤保险省内异地就医费用清算表

制表单位：

清算所属季度：XXXX 年第 X 季度

单位：元（保留两位小数）

地 区		参保地																		
		济南	青岛	淄博	枣庄	东营	烟台	潍坊	济宁	泰安	威海	日照	临沂	德州	聊城	滨州	菏泽	省本级	合计	
就医地	济南	---																		
	青岛		---																	
	淄博			---																
	枣庄				---															
	东营					---														
	烟台						---													
	潍坊							---												
	济宁								---											
	泰安									---										
	威海										---									
	日照											---								
	临沂												---							
	德州													---						
	聊城														---					
	滨州															---				
	菏泽																---			
合计																				

负责人：

审核人：

制表人：

制表日期：

附件8

山东省工伤保险跨省异地就医费用清算表（就医地）

制表单位：

清算所属季度：XXXX年第X季度

单位：元（保留两位小数）

地 区	就 医 地																
	济南	青岛	淄博	枣庄	东营	烟台	潍坊	济宁	泰安	威海	日照	临沂	德州	聊城	滨州	菏泽	合计
参 保 地	北 京																
	天 津																
	河 北																
	山 西																
	内 蒙 古																
	辽 宁																
	吉 林																
	黑 龙 江																
	上 海																
	江 苏																
	浙 江																
	安 徽																
	福 建																
	江 西																
	河 南																
	湖 北																
	湖 南																
	广 东																
	广 西																
	海 南																
	重 庆																
四 川																	
贵 州																	
云 南																	
西 藏																	
陕 西																	
甘 肃																	
青 海																	
宁 夏																	
新 疆																	
兵 团																	
合 计																	

负责人：

审核人：

制表人：

制表日期：

附件9

山东省工伤保险跨省异地就医费用清算表（参保地）

制表单位：

清算所属季度：XXXX年第X季度

单位：元（保留两位小数）

地 区	参 保 地																		
	济南	青岛	淄博	枣庄	东营	烟台	潍坊	济宁	泰安	威海	日照	临沂	德州	聊城	滨州	菏泽	省本级	合计	
就医地	北 京																		
	天 津																		
	河 北																		
	山 西																		
	内 蒙 古																		
	辽 宁																		
	吉 林																		
	黑 龙 江																		
	上 海																		
	江 苏																		
	浙 江																		
	安 徽																		
	福 建																		
	江 西																		
	河 南																		
	湖 北																		
	湖 南																		
	广 东																		
	广 西																		
	海 南																		
重 庆																			
四 川																			
贵 州																			
云 南																			
西 藏																			
陕 西																			
甘 肃																			
青 海																			
宁 夏																			
新 疆																			
兵 团																			
合 计																			

负责人：

审核人：

制表人：

制表日期：