

2025年底前住院费用跨省直接结算率提高到70%以上

门诊慢特病相关治疗费用逐步纳入跨省直接结算范围……

跨省异地就医 直接结算有了“新指南”

国家医保局、财政部7月26日发布《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》，跨省异地就医直接结算有了“新指南”。

新规将对参保人带来哪些影响？国家医保局相关负责人、医保专家作出解答。

着力破解异地就医结算堵点、难点

截至2022年6月底，住院、普通门诊费用跨省直接结算统筹地区实现全覆盖，全国3529家跨省联网定点医疗机构开通高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等5种门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算……近年来，跨省异地就医直接结算覆盖范围进一步扩大。

国家医保局医疗保障事业管理中心负责人隆学文介绍，随着改革进入深水区，地方在备案管理、就医管理、支付范围、支付政策等方面差异化凸显，在一定程度上影响了群众异地就医的体验感受。

聚焦群众异地就医的急难愁盼，新规对以往政策进行系统性梳理和整合，着力破解备案人员范围窄、备案时限短，跨省长期居住人员在备案地和参保地不能双向享受待遇，跨省临时外出就医人员备案后报销比例偏低等问题。

新规明确提出，在2025年底前，住院费用跨省直接结算率提高到70%以上，普通门诊跨省联网定点医药机构数量实现翻一番，群众需求大、各地普遍开展的门诊慢特病相关治疗费用将逐步纳入跨省直接结算范围等。

此外，针对备案管理、支付政策、结算流程、资金管理、基金监管等重点领域，通知制定并形成全国统一的规范框架与界定。

隆学文说，新规统一了住院、普通门诊和门诊慢特病费用跨省直接结算政策，执行“就医地目录、参保地政策”基金支付政策，“先备案、选定点、持码卡就医”异地就医管理服务流程。

异地就医结算有了“新指南”

为区分参保人员外出就医类型、医保享受待遇，引导合理有序就医，医保对外出就医人员实行备案管理。哪些人可以申请异地就医备案？备案需要哪些材料？结算费用有哪些扩围？这些都能在新规里找到“答案”。

新规进一步规范异地就医备案政策，异地就医备案人员范围拓展到跨省急诊人员和非急诊且未转诊人员。除了异地急诊抢救人员视同

已备案，无需提交材料以外，其他人员均需提供的有医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡，备案表以及其他证明材料。

这表明，跨省异地就医结算已经扩围至每一名有外出就医需求的参保人。

中国社科院公共经济学研究室主任王震认为，新规从参保人在外就医的实际需求出发，统一异地就医备案政策、精简办理流程等，这对破解群众异地就医堵点、难点具有重要意义。

为尽可能让群众“少跑腿”，新规对备案有效期进行统一，在有效期内，参保人可在就医地多次就诊并享受直接结算服务，并可以在备案地和参保地双向享受待遇。

值得注意的是，新规将急诊抢救费用、住院期间院外检查治疗购药费用、符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用纳入跨省异地就医直接结算范围。同时，允许参保人员在出院结算前补办异地就医备案并享受跨省直接结算服务。

目前，所有统筹地区开通了在国家医保服务平台App、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序等线上办理异地就医备案服务。

最大程度保障参保人权益

无论是新增备案人员种类、扩大异地就医直接结算范围，还是设置备案有效期、开通线上办理备案服务，最大程度保障参保人外地就医的权益成为新规最大亮点。

“让群众办事办得简简单单，就医结算结得明明白白，就是初衷。”隆学文说，试点初期，异地就医结算政策解决的是从“无”到“有”，随着直接结算试点不断扩围，新政策就要解决从“有”到“优”，让更多老百姓出门在外也能放心看病。

为进一步方便群众办理跨省异地就医业务，通知明确将建立就医地与参保地协同处理问题的机制，提高地区间问题协同处置效率，同时推进医保政策、停机公告等信息共享。

针对跨省异地就医参保人员出院自费结算后按规定补办备案手续的，可以按参保地规定申请医保手工报销。并依托定点医药机构上传自费人员医疗费用信息，探索提供跨省手工报销线上办理服务。

“这些举措都是为老百姓着想，尽可能方便群众在外就医。”中国医学科学院阜外医院医保物价办主任鲁蓓说，出台统一的跨省异地就医政策，搭建国家信息平台，也将精简医疗机构结算工作，提高异地患者医保费用结算效率。

《基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程》同步印发，对就医管理、预付金管理、医疗费用结算、审核检查等内容进行规范。相关政策将于2023年1月1日起正式实施。

据新华社

寻亲启事



以下为我站长期滞留人员，经多种方式查找，无法核查其具体身份信息，望其亲属或知情者见报后速与我站联系，联系电话：0773-2561044。

桂林市救助管理站
2022年7月27日