

患者少跑腿 报销更便捷

跨省异地就医直接结算出新规,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

□ 本报记者 张海莺

为贯彻落实党中央、国务院决策部署,深化基本医疗保险跨省异地就医直接结算改革,着力破解异地就医备案不便捷等堵点难点问题,国家医保局、财政部近日发布《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》,统一规范参保人外地就医备案、基金支付、协同业务等细则,新规将对每一名有外出就医需求的参保人产生重要影响。

近些年,跨省异地就医直接结算政策从住院,到普通门诊,进而拓展到门诊慢特病,试点初期,多数政策是以“打补丁”的方式推进。新规对以往政策进行了系统性梳理和整合,并在此基础上加强顶层设计,破解备案人员范围窄、时限短,跨省异地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,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。新规给众多身在他乡的就医者吃了一颗“定心丸”。

直接结算流程更便捷

随着人口流动日趋频繁,异地就医的情况逐渐增多。据了解,截至2022年6月底,全国跨省联网定点医药机构24.67万家,基本实现每个县至少有一家定点医疗机构能够直接报销包括门诊费在内的医疗费用的目标,全国累计直接结算3772.21万人次,基金支付2019.76亿元。而新规的发布,意味着跨省异地就医直接结算流程将更加便捷。针对地区间问题协同效率低、异地手工报销群众跑腿多、大额费用核查难、经办信息不透明等问题,新规明确,国家、省、市医保部门履行业务协同职责,依托国家医保服务平台和App等线上服务渠道,提升跨区域业务协同处理能力。“简单地说就是先备案、选定点、持码卡就医。”国家医保局相关负责人表示。一是先备案。参保人员跨省异地就医前,可通过国家医保服务平

台App、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序或参保地经办机构窗口等线上线下途径办理异地就医备案手续。二是选定点。参保人员完成异地就医备案后,在备案地开通的所有跨省联网定点医疗机构均可享受住院费用跨省直接结算服务;门诊就医时,需先了解参保地异地就医管理规定,如果参保地要求参保人员选择一定数量或在指定级别的跨省联网定点医药机构就医购药的,按照参保地规定执行。三是持码卡就医。参保人员在入院登记、出院结算和门诊结算时均需出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证。跨省联网定点医药机构对符合就医地规定门(急)诊、住院患者,提供合理、规范的诊治及医疗费用的直接结算服务。

更多门诊慢特病治疗费将纳入结算

据国家医保局相关负责人介绍,去年以来,在全面实现住院费用跨省直接结算的基础上,全国所有统筹地区实现了普通门诊费用跨省直接结算和异地就医备案跨省通

办,一半统筹地区启动了高血压、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五种门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算试点。

根据新规要求,2025年底前,跨省异地就医直接结算制度体系和经办管理服务体系将更加健全,全国统一的医保信息平台支撑作用将持续强化,国家异地就医结算能力将显著提升。一是住院费用跨省直接结算率提高到70%以上。二是普通门诊跨省联网定点医药机构数量实现翻一番,达到50万家左右。三是在高血压、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五种门诊慢特病跨省直接结算统筹地区全覆盖的基础上,逐步将其他群众需求大、各地普遍开展的门诊慢特病相关治疗费用纳入跨省直接结算范围。四是异地就医备案规范便捷。五是基本实现医保报销线上线

两类六种人员均可申请备案

哪些人可以申请异地就医备案?国家医保局相关负责人表示,

实行异地就医备案管理制度是为了确认参保人员身份,区分参保人员外出就医类型、确定相应的医保待遇,也为了提前做好医保电子凭证或社会保障卡跨省使用的验证工作,提高跨省直接结算的成功率。同时,医保对外出就医人员实行备案管理,也是落实国家分级诊疗的要求,引导合理有序就医。

据了解,既往跨省异地就医备案人员只有异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员、异地转诊人员等四种人员。新规根据基本医保参保人员异地就医行为发生的原因将异地就医备案人员分为跨省异地长期居住人员和跨省临时外出就医人员两类,并进一步细分为六种人员。其中,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长期在参保省外工作、居住、生活的人员;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。

跨省异地就医报销有原则

在跨省异地就医直接结算基

金支付政策方面,国家医保局相关负责人表示,跨省异地就医直接结算的住院、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,即基本医疗保险药品、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。

“简单地讲就是就医地目录、参保地政策。”该负责人举例说,2022年7月1日,河北省廊坊市某退休职工在北京跨省异地就医直接结算门诊慢特病费用,总额64.29元,基金支付48.89元。此笔费用共两个药,按照就医地目录支付范围具体为甲类药品阿卡波糖片32.52元,全部符合基金支付范围;乙类药品瑞格列奈片31.77元,其中28.59元符合基金支付范围,3.18元为乙类先行自付。按照就医地支付范围,符合基本医保基金支付范围内费用共计61.11(32.52+28.59)元,乙类先行自付金额3.18元,按照参保地的支付比例80%,基金支付48.89(61.11×80%)元。

村门口的“云诊疗”

贵州省黔南布依族苗族自治州龙里县大力推进城乡医疗均质化体系建设,与贵州省人民医院协同组建了省、州、县、镇、村五级医疗联动体系,将5G+远程诊断项目落地为远程门诊、远程查房、远程手术示教、远程病案讨论、远程患者教育及转诊绿色通道等医疗服务,把县级医院的诊室和病床延伸到村卫生室,让群众在村里就能请专家诊治。图为龙里县人民医院呼吸科主任田广与患者黎清华(右一)通过远程诊断系统远程连线患者居住地的卫生室,告知卫生室医生患者出院返回后的治疗指导意见。

新华社记者 欧东衢 摄

让群众看病就医不再“急难愁盼”

——各地持续深化医药卫生体制改革

□ 董瑞丰 顾天成 李恒

国家区域医疗中心在黑龙江等20个省份落地,上海等11个综合医改试点省份率先推动公立医院高质量发展,江西等7个省份被确定为首批国家中医药综合改革示范区……近日,国家卫生健康委新闻发布会发布的信息显示,党的十八大以来,全国各地深化医药卫生体制改革工作,多措并举缓解群众“看病难、看病贵”等问题。

医药、医疗、医保联动改革

“深化医改就是要推动解决群众看病就医的‘急难愁盼’问题。”国家卫生健康委体制改革司司长许树强说,党的十八大以来,各地推进深化医改任务的系统集成、落地见效,取得了积极进展。

医药改革是缓解群众就医负担的重要环节。内蒙古牵头10个省份,开展临床常用药带量采购,平均降价超过50%;陕西等省份通过定

点生产、协商调剂等方式,解决短缺药供应保障问题;云南等省份完善处方审核和点评机制,促进合理用药……近年来,各省份落实国家集采,开展省级集采和省际联盟,协同推动医药和医保高质量发展。

满足群众日益增长的医疗卫生服务需求,推进公立医院高质量发展是关键。“各地深化公立医院综合改革,2017年所有公立医院取消药品加成,2019年取消耗材加成,同步调整运行机制。”许树强说,其中,安徽省推进编制“周转池”制度,合理增加医院人员编制;山东省改革职称评审机制,评聘环节不受岗位限制。深化医保制度改革是提高医保基金使用效益的发力点。福建省医改领导小组秘书处副主任、省卫生健康委副主任黄昱介绍,福建在全省推广三明经验,动态调整医疗服务价格,深化薪酬制度改革,推行公立医院党委书记、院长、总会计师目标年薪制。目前,全省9市1区人均拥有医保基金量差距缩小23%,省

级统筹调剂比例提高到50%,基层医疗机构就诊支付比例提高至90%。

优质医疗资源下沉促基层卫生服务水平提升

医疗卫生服务体系对全面推进健康中国建设有着重要作用。

据悉,国家区域医疗中心在黑龙江等20个省份落地,填补了地方在肿瘤、心脑血管疾病、儿科等方面的短板弱项;山西等省份积极推进省级区域医疗中心建设,河北等省份探索医联体建设,促进医疗资源下沉。

在“老少边山”地区,城乡卫生健康融合发展助力基层卫生服务水平提升。重庆市黔江区区长周恩海说,10年来,黔江区建成包括三级甲等综合医院在内的四家新医院,区内就诊病人比例稳定在90%以上。过去黔江的百姓看大病要花4个多小时车程到重庆主城,黔江离主城近300公里,非常不便,如今边远山区老百姓不出区也能看大病、治好病。

优质医疗资源下沉对地方有着辐射引领作用。北京协和医院院长张抒扬介绍,党的十八大以来,北京协和医院累计派出3000多次医疗援助人员支援全国29个省份,联合多方创建中国罕见病联盟,积极推动罕见病诊疗研工作。同时,积极开展“5G+医疗健康”试点工作,推动远程“指尖就医”。

医疗卫生人才稳增长、优结构

人才是卫生健康事业的核心资源。

截至2021年,我国卫生人员总量达1398.3万人,卫生技术人员占80.4%;“十三五”期间,我国卫生人员总量年均增长5%、大学本科及以上学历所占比例提高到42.1%、医护比提高到1:1.15……一组数据显示,近年来,我国卫生健康人才队伍建设取得长足发展。

许树强表示,但也必须看到,我国医疗卫生人才队伍在数量、质量

和结构上与人民群众的期盼还有不小的差距,“十四五”期间,将从两个方面重点推进卫生健康人才队伍建设。

一是加强培养培训,进一步扩大卫生专业技术人员规模。优化专业、城乡和区域布局;发展公共卫生人才队伍;实施中医药特色人才培养工程。

二是健全编制、人事和薪酬制度。深化卫生专业技术人员职称制度改革,突出业绩水平和实际贡献;推进公立医院薪酬制度改革,充分落实内部分配自主权。

据介绍,国家卫生健康委正在研究制定公立医院相关编制标准及如何建立动态核增机制。

“医务人员是深化医改的主力军。要更加关心关爱医务人员。”许树强说,国家卫生健康委将从提升和改善薪酬待遇、拓展职业发展空间、创造良好执业环境、构建和谐医患关系等入手,进一步调动广大医务人员理解、支持和参与改革的积极性和主动性。

重点推荐

教育回归学校主阵地

——“双减”政策实施一年观察

“双减”实施一年来,校内减负提质,切实强化学校教育主阵地作用,成为推动政策落实的治本之策。围绕主阵地,教育部部署指导学校聚焦提高作业管理水平、提高课后服务水平、提高课堂教学质量,全面加强学校教育教学工作,促进学生在校内学足学好。

6版

民生时评

异地就医结算升级版是民生新利好

□ 龚仁

日前,国家医保局会同财政部发布了《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》(以下简称《通知》)。《通知》明确,2025年底前,住院费用跨省直接结算率提高到70%以上,异地就医备案规范便捷,基本实现医保报销线上线

线下都能跨省通办。医保是老百姓的看病钱,守护好医保制度就是守护广大参保人的“救命钱”。任何时候,医保工作都应持续改进、优化、提升,更好地担起民生使命,给每个参保人带来更多保障和实惠。

为实现这一目标,医保应尽可能扩大保障范围、提升保障能力,尤其是急患者之所急,将更多患病群体急需的治疗药物和费用纳入医保。同时,应通过集采、“灵魂砍价”等行之有效的把昂贵药品的价格降下去。

近年来,这方面的努力和成效有目共睹。不少过去极贵的抗癌药和罕见病用药逐步纳入了医保,实现了大幅甚至是断崖式降价。比如,过去动辄上万元的心脏支架,如今价格已经降至数百元不等。更多药品入医保、大降价,对于众多正在遭受病痛和药费双重折磨的患者和家庭,特别是那些“等药续命”的重症患者,无疑是莫大的福音。

除了保障水平、报销额度这些“硬实力”,医保还应在诸如报备、报销手续和结算程序等“软件”上不断优化提速,给参保人带来更加便捷、高效的保障体验。

譬如,在人们关注的异地就医医保使用和结算问题上,应加强“全国一盘棋”的统筹管理和互联网信息技术应用,切实打通不同地区和医疗机构之间的系统性壁垒,进一步推动医保事项跨省市和线上线下通办,尽快实现公众期盼的医保使用“一网通”和“全国通”。

《通知》明确提出了医保异地使用和结算的“时间表”及“路线图”,确定了医保异地使用结算的下一步工作目标,推出了不少惠民举措,这些都让人欣喜和欣慰。

比如,《通知》提出,今后跨省异地就医直接结算的医疗费用,原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定。同时,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。也就是说,患者从其它地区到医疗资源比较发达的城市就医,原则上可以与当地患者享受同等支付范围,同时能按照参保地的报销政策进行结算。这对异地就医的患者来说,是一种利好。

此外,对于参保人异地就医的备案有效期限规定,《通知》进行了大幅“松绑”。《通知》明确今后跨省临时外出就医人员可以“一次备案、半年有效”,只要在备案有效期内可在就医地多次就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。

医保“一小步”、民生“一大步”,医保连着千家万户。其在政策制度上的每一次调整、优化都会让诸多百姓受益。未来,期待持续深化的基本医疗保险改革措施,能够早日促成“一保行天下”,持续提升群众异地就医的获得感、幸福感和安全感。

民生视窗编辑部

主任:王 志

编辑:张海莺

新闻热线:(010)63691897

监督电话:(010)63691830

电邮:cityweekly2001@126.com