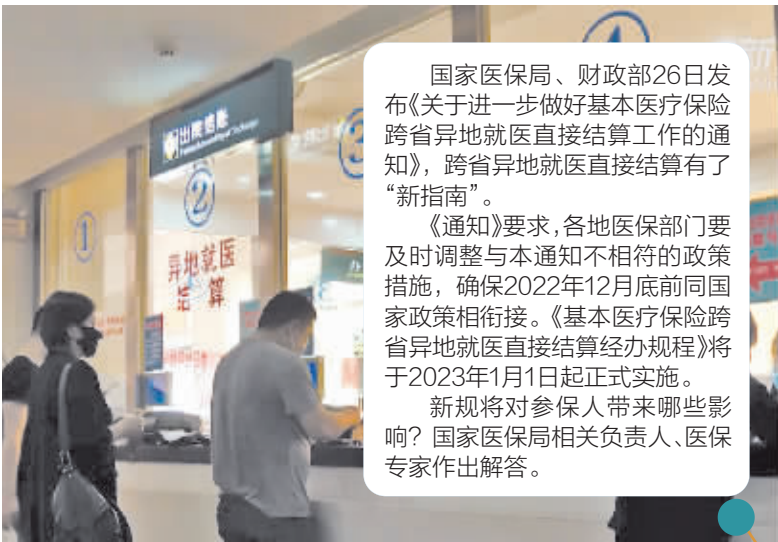




跨省异地就医直接结算出“新指南”

要求各地医保部门确保2022年12月底前同国家政策相衔接 《基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程》将于明年正式实施



国家医保局、财政部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”。

《通知》要求，各地医保部门要及时调整与本通知不相符的政策措施，确保2022年12月底前同国家政策相衔接。《基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程》将于2023年1月1日起正式实施。

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家跨省联网定点医院开通高血压、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院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。

新规规范

异地就医备案政策

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。

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。

最大程度保障

参保人外地就医权益

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。

参保人想跨省异地就医 这些 细则 一定要知道

《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，将对每一名有外出就医需求的参保人产生重要影响。

如何办理跨省异地就医直接结算？

简单来说，就是先备案、选定点、持码卡就医。

异地就医前，参保人员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；开通备案后，参保人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；就医时需出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证。

跨省异地就医直接结算支付政策可以理解为“就医地目录、参保地政策”。

也就是说，执行就医地规定的支付范围及有关政策，包括基本医疗保险药品、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。

如何办理跨省异地就医备案？

除了异地急诊抢救人员视同已备案，无需提交材料外，其他人员均需提供医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡以及备案表。

另外，异地安置退休人员需提供“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”或个人承诺书；异地长期居住人员需提供居住证明或个人承诺书；常驻异地工作人员需提供参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、劳动合同任选其一或个人承诺书；异地转诊人员需提供参保地规定的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料。

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，参保地经办机构应在两个工作日内办结。

此外，全国120个统筹地区实现了自助备案，参保人员可以即时办理、即时生效。

备案后还有哪些注意事项？

跨省异地长期居住的人员办理登记备案后，只要没有申请变更备案信息或者参保状态没发生变更，那么备案长期有效，没有就医次数限制；对于跨省临时外出就医的人员，临时备案有效期不少于6个月，在有效期内可以在就医地多次就诊并享受直接结算，不需要就诊一次备案一次。

目前，有些统筹地区要求备案后1年以上才能取消或变更。根据通知中的新要求，2023年1月1日起，各地变更或取消备案时限将不超过6个月。

对于来不及办理备案的参保人，通知明确，在出院结算前补办异地就医备案的，就医地联网定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用跨省直接结算。若参保人出院自费结算

后按规定补办备案手续的，也可以按参保地规定办理医保手工报销。

哪些人可以申请异地就医备案？

此次《通知》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6种人员。

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。

门诊慢特病异地就医如何结算？

国家医保局相关负责人说，目前，全国200多个统筹地区实现了高血压、糖尿病、恶性肿瘤放化疗、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。

据介绍，具备门诊慢特病资格的参保人员需要完成5个步骤，即可享受跨省直接结算服务，包括：第一步，了解个人享受门诊慢特病待遇的资格；第二步，主动了解参保地门诊慢特病跨省直接结算相关政策；第三步，选择并开通相关门诊慢特病跨省联网定点医院；第四步，主动告知联网定点医院自己具备门诊慢特病资格；第五步，持医保电子凭证或社会保障卡按要求进行结算。

直接结算报销费用有哪些扩围？

针对群众关心的异地就医外伤、急诊抢救、住院期间院外发生费用问题，通知明确符合就医地管理规定的无第三方责任外伤费用可纳入跨省异地就医直接结算范围；因病情需要到其他定点医疗机构检查治疗或到定点药店购药的，相关费用纳入本次住院费用跨省直接结算。

此外，为满足跨省长期居住人员因探亲等原因回参保地就医报销的实际需求，通知允许跨省长期居住人员在备案地和参保地双向享受待遇。

跨省异地长期居住人员备案有效期内确需回参保地就医的，可以在参保地享受医保结算服务，原则上不低于参保地跨省转诊转院待遇水平。

