

# 跨省异地就医直接结算那些事

跨省异地就医是指我区参保人员在省外定点医疗机构住院发生的诊疗行为。跨省异地就医直接结算,大大方便了患者的就医,减轻了患者的负担。目前全国90%以上的三级定点医疗机构已经联接入网,超过80%的区县至少有一家定点医疗机构可以提供跨省异地就医住院医疗费用直接结算服务。我区根据工作管理的范围和服务能力,以及人民群众的要求,已基本实现参保人员的全覆盖。目前我区可以进行跨省异地联网结算的医院共有5家,分别是威海市中心医院、文登整骨医院、小观镇卫生院、文登区人民医院、文登区妇幼保健院。

现在有不少人对于跨省异地就医直接结算存在各种各样的问题或者误解,下面,就详细给您说说咱们区跨省异地就医直接结算那些事——

## 跨省异地就医直接结算是不是意味着“全国漫游”?是不是异地就医不需要办任何手续了?

其实并不是。  
我区按国家要求大力推进跨省异地就医直接结算,主要是为了解决参保人员合情合理的异地就医时碰到的跑腿垫资的问题,这是全民医保的应有之义,但是,跨省异地就医直接结算并不意味着医保实现了全国漫游。如果医保全国漫游,必然会在一定程度上导致无序就医。这个问题不仅仅存在于我区,也存在于全中国的大部分地区。一方面,无序就医会增加就医人员的总体负担,不仅仅是医疗费用的负担,异地就医还包括交通费用,住宿的费用,吃饭的费用,还有看护的费用等等,这些成本都会增加。另一方面,无序就医也会进一步加剧看病难、看病贵的问题。试想

一下,如果全国人民无论大病小病都跑到大城市、大医院来看,大医院必然人满为患,就会影响真正需要到大医院看病的疑难杂症患者,使得他们难以得到及时有效的治疗。  
基于上面这些原因,国家在深化医药卫生体制改革的时候,明确提出要强基层,推进分级诊疗制度的建设,要鼓励群众就近就医。威海市在执行推进跨省异地就医直接结算工作过程中,为了引导参保人员有序就医,也制定了一些具体规定。比如说需要参保人员在参保地经办机构进行必要的备案登记。对于疑难杂症患者,确实在本地看不了,需要转外就医的人员,也要按照转诊规定向具有转诊资格的定点医院提出

转诊申请,符合条件的到社保经办机构办理转诊转院备案。对于长期在外地居住的人员,可按照我区长期异地居住人员异地安置备案要求先进行异地居住备案,备案时可直接选定跨省异地联网结算医院为异地定点医院,备案成功后,如果在需要住院,就可以进行跨省异地联网结算了。这些规定都是为了保证在异地就医结算的过程中促进有序就医。  
所以,在此特别提醒,需要转到异地就医的患者,一定按照威海市相关规定,办理转诊转院或者异地安置手续并进行异地联网结算相关手续后,方可到异地就医,如不办理相应手续,基本医疗保险将不予报销。

(于海锋)



## 跨省异地就医直接结算如何进行?需要走什么样的程序?

从跨省异地联网结算的流程和环节来看,突出了信息惠民和放管服的要求,实现了让信息多跑路、群众少跑腿,这个工程绝大部分环节和流程都不需要直接和群众见面,通过两个途径结算,一是通过国家结算系统自动完成,二是国家各级经办机构之间后台来操作完成。不过,也有参保人员表示不明白,跨省联网结算,听起来是看病就医更方便了,信息多跑路,群众少跑腿,那作为参保人员,到底需要走什么样的程序呢?  
那么群众需要参与和重点把握的环节有哪些呢?就是三句话、十个字:先备案、选定点、持卡就医。  
按照现行政策要求,有跨省异地就医需求的参保人员,可从人社部公布的名单中选择定点医疗机构,按参保地相关规定进行跨省异地就医登记备案后,实现跨省异地就医住院医疗费用直接结算。开通跨省异地就医直接结算服务之前已备案的参保人员,得主动到参保地经办机构更新相关备案信息。

## 为什么需要先备案,而不是可以直接持卡就医呢?

这主要是为了提高参保者跨省就医的可靠性和成功率,说白了,还是为参保人员的“钱袋子”着想。  
因为参保人员到省外就医,涉及到联网结算的两个主要时间点:  
一是办理入院登记时,患者的信息需要通过国家结算系统传回参保地进行确认。参保地确认以后再传回医院,医院得到参保地确认的信息以后,完成直接

结算病人的入院登记。  
二是办理出院结算时,患者的信息和相关费用信息需要传回参保地来计算待遇,再传回医院,医院完成与病人直接结算。  
很麻烦吗?其实不麻烦,信息跑腿的多,只是为了“钱袋子”的安全,多确认了几下。  
其实,建立事先的备案制度,可以精准锁定跨省异地就医人员,从十三亿参保人员的数据库缩小到目前约180万人的数据

库,可以极大提升系统响应速度和准确度。同时还可以将参保人员身份认定、待遇类型确认等提前完成,将基金支付历史记录、个人账户金额,以及最新联系方式等相关信息事先采集起来,将影响直接结算的隐患在备案的过程中尽量消除,这样可以更好地保证持卡入院登记和出院结算一次成功,有利于参保者安心、在外居住,患者放心就医。

(王静)

## 跨省异地就医直接结算的主要政策是什么?

概括起来讲就是15个字,就医地目录、参保地政策、就医地管理。就医地目录就是参保人员跨省就医时原则上执行就医地的支付范围,包括基本医疗保险的药品目录,诊疗项目和服务设施标准,参保地政策就是参保人员跨省异地就医原则上执行参保地的支付政策,这些支付政策包括医保基金的起付线、支付比例和最高支付限额等等。就医地管理,参保人员跨省异地就医的时候,就医地经办机构要为异地就医人员提供和本地参保人员相同的服务和管理,包括咨询服务、医疗信息的记录、医疗行为的监控、医疗费用的审核等等。

举个例子来说,如果一个符合条件的我区的参保人员到北京来就医,他看病时执行的是北京的目录,但是基金支付的起付线、支付比例和最高支付限额还是执行我区的政策,同时他到北京就医,北京市经办机构要向对待本地参保人一样给他提供同样的服务和管理。

提出这15个字的政

策待遇有几方面的好处:一是有利于维护参保人员的权益。实行就医地目录减少了各省因为目录不同导致的不同报销的情况。同时参保地政策又保证了同一个统筹地区参保人员待遇的基本均衡。二是有利于医疗机构和医生的合理施救,由于经济发展水平和各地政府差异等,各个省份之间的医保支付范围现在存在一定差异,医生不可能了解其他省份医保支付的范围,所以执行就医地的目录便于医生按照习惯来进行诊疗,更好地为跨省就诊患者合理施治。三是有利于加强医疗服务的管理,因为地域的原因,参保地对于异地就医行为是难以实施有效监管的,所以把管理责任交给就医地的经办机构,把异地就医情况纳入到就医地定点医疗机构的服务协议管理和医保智能监控的范围,可以更好地规范医疗服务行为,控制不合理的医疗费用增长,减轻异地就医患者的经济负担。

(于海峰)

