

广东异地生育医疗费用实现直接结算

回应医保相关问题和情况,广东省医保局上线“民声热线”

单次处方医保用药量从4周扩展至12周,52个门特病种均可实现省内异地直接结算……昨日,广东省医疗保障局党组成员、副局长刘碧茹与相关处室负责人上线“广东民声热线”节目,重点介绍广东医保服务提升和异地就医医保结算管理相关工作情况,就医保报销、生育保险、打击欺诈骗保、职工医保缴费年限等热点问题予以回应和解答。



■在异地生育的参保孕、产妇可向参保地申请备案,备案成功后在异地已开通省内异地就医直接结算服务的生育保险定点医院就医。 资料图

实现异地就医备案“网上办”

在“民声对话”环节,省医保局党组成员、副局长刘碧茹通过直播节目向听众朋友介绍了广东医保异地就医直接结算工作进展和创新做法以及推动门特经办管理的举措。

刘碧茹表示,2015年以来,广东为实现异地就医方面进行了很多的创新探索,已实现所有统筹区的省内、跨省异地就医门诊医疗费用直接结算,截至2022年6月底,全省已开通省内异地就医门诊直接结算定点医院2821家,开通省内异地就医住院直接结算定点医院2595家。提前1年完成国家医保局“每个县至少开通1家跨省联网定点医院,实现普通门诊费用跨省直接结算”的任务。

另外,实现异地就医备案“网上办”,数据多跑腿、群众少奔波。参保人可以通过“国家异地就医备案”“粤医保”“粤省事”小程序,进行异地就医备案,即可实现“地域选择一键办、备案对象一键办”“备案信息即时查、医疗机构即时查”。成功办理异地就医备案手续后,实现异地就医医疗费用直接结算。

据透露,从去年开始,有82.39万人次进行了门诊异地就医看病,结算金额3.3亿元,异地就医住院已开展了7年,有839万人次已经进行了住院异地就医结算,医保基金共支付1029.2亿元。

就医

异地生育医疗费用直接结算

从参保人的角度,异地结算探索很多便利的措施。刘碧茹举例说:“生育医疗费用可以进行异地就医的直接结算,如果放在以前是很难想象的,因为这个难度非常大,大家都知道生孩子可能是一个家庭,甚至是两个家庭的问题,为了方便产妇能够得到家人的照顾,允许参保人从怀孕开始,可以选择想要生孩子的地方进行生育的异地就医直接结算,她可以选择北京或安徽的定点医院,在那里进行产检,进行生育,生育医疗费用是可以结算的。”

具体操作方法是,在异地生育的参保孕、产妇可向参保地申请备案,备

案成功后在异地已开通省内异地就医直接结算服务的生育保险定点医院就医,其发生的产前检查、计划生育和生育等医疗费用可以按规定直接结算。

另外一个方便参保人的举措是,门诊特定病种认定权限下放,医保便民利民落到实处。目前,统一全省门特病种准入标准,将待遇认定权限下放至定点医院,单次处方医保用药量从4周扩展至12周,52个门特病种均可实现省内异地直接结算,保障慢性病参保患者的长期用药需求。这样一来,高血压、糖尿病的病人就不需要经常性跑医院了。

结算

2018年以来追回医保基金24.86亿元

在“民声调查”环节,省医保局党组成员、副局长刘碧茹以及相关处室负责人介绍了加强医保基金监管、完善生育保险保障等工作情况。2021年,我国医保领域首部行政法规《医保基金使用监督管理条例》颁布实施,明确了各方主体责任和违法后果,为基金监管工作提供了强有力的法治保障。2018年以来,广东全省共检查定点医院医药机构14.68万家次,处理违法违规机构近3.8万家次,追回24.86亿元,累计曝光各类欺诈骗保案件3038例。2021年我省修订了《广东省职工生育

保险规定》(广东省人民政府令第287号),扩大生育保险覆盖面,完善待遇享受条件和内容,支持三孩生育政策。对促进职工生育保险工作有法可依、维护女职工生育保险权益,起到积极作用。

节目中,省医保局认真倾听群众关心关注的医保领域热点、难点问题,明确工作任务,积极研究部署改进措施,着力推动解决群众最关心最直接最现实的利益问题,不断提高广东省医疗保障质量,为老百姓看病就医提供更好的服务。

监管

以例说法

医院骗保可能被取消机构定点资格

最近有市民向广东民声热线反映,廉江一家妇科医院涉嫌骗取老人挂床住院,套取医保基金。对此,省医保局基金监管处处长杨哲表示,医疗服务是比较复杂的过程,还需要进行进一步的调查取证。如果确实存在违法违规行为,会依法依规处理。

将组织执法人员、专家调查取证

调查视频显示,老人在廉江一家妇科医院“通血管”,总的结算单是2500元,医保报销1800多元,还有500多元应该是患者自己缴纳的,但患者却仅需支付300元。所以该医院被质疑存在挂床等情况。

刘碧茹表示,医保基金是参保人的看病钱,而且是救命钱,医保基金的监管工作非常重要。国家医保局也部署了大量的医保基金监管工作,去年国家发了《医保基金使用监督管理条例》。“记者调查中,老人住院费2500块钱,医保基金支付了1800块,实际上表明居民医保的保障水平是非常高的,个人只负担了其中一小部分,这个是正常的,医保确实给参保人带来了福利。”

至于这个案例中医院有没有按照医疗诊疗常规给参保病人进行诊疗?医院是否存在挂床,或者存在该治疗不治疗,或者根本不需要治疗,却把病人拉来治疗的情况?对此,杨哲表示,医疗服务是比较复杂的过程,还需要进行进一步的调查取证,后续会第一时间组织、督促、指导县市两级,组织执法人员、专家进驻医院,进行调查取证。如果确实存在违法违规行为,我们会依法依规处理。

欺诈骗保监管工作任重道远

他进一步解释说,目前医保监管的主要依据一个是社会保险法,一个是医保基金使用监督管理条例,条例明确如果医疗机构存在挂床住院,造成医保基金损失的,要处1倍以上2倍以下的罚款。如果情节恶劣会取消医疗服务6个月以上,如果是骗取医保基金为目的的就变质了,按照条例要处骗取金额2倍以上6倍以下的罚款,并且会取消医疗服务资质,取消机构的定点资格。

医保部门成立以后,随着监管力度的不断加大,应该说整个社会明目张胆的欺诈骗保得到了有效的遏制。但台前转到幕后,一些手段更加隐蔽,方法更加专业,花样也翻新的骗保行为还会时有发生。通过我们的检查确实也发现欺诈骗保的现象在一些地区还是存在的。说明欺诈骗保的监管工作任重道远。

法治广东研究中心主任宋儒亮对此评论表示,医保确实是专业性很强的工作,老百姓能感受到便利。中间的规范性,特别是对一些名词的解释,不仅事关各大医院怎么行医,也关系医保监管的水平能力,确实应用法制的思维,法制的方式提升医保的监管水平,提升老百姓的满意度。