

广东异地就医直接结算先行先试 参保人如何双向享受医保待遇？

广东先行先试,已将异地生育就医人员纳入省内跨市直接结算范围;省内跨市就医“基本医保、大病保险和医疗救助”均一站式直接结算,无需垫付……5月30日,广东省医疗保障局举办会议,以“做好异地就医结算服务 让群众在异乡更有‘医靠’”为主题,对2023年全省异地就医直接结算政策集中宣传月活动进行部署。省医保局表示,异地长期居住人员使用居住证等备案材料办理备案的,可以在备案地和参保地双向享受医保待遇。

■采写:新快报记者 黎秋玲
通讯员 曹医保

产检生育等费用跨市可直接结算

省医保局表示,推行异地就医医保直接结算工作事关参保群众的切身利益。省医保局自成立以来,不断推进异地就医直接结算工作,实现了异地可直接结算项目、可直接结算定点医疗机构的县区,以及参保人群“三个全覆盖”。

群众在参保地以外的医保定点医疗机构就医结算时,可以直接报销其可由医保支付的医疗费用,无需先支

付全额费用再回参保地向医保经办机构报销,大大减轻了群众异地就医时的“垫资”负担和就医后的“跑腿”报销负担。

广东省异地就医医保直接结算工作在全国先行先试,其中,率先实现跨市就医生育医疗费用直接结算,助力人口政策的落地实施。在异地生育的参保孕、产妇也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疗机构就医,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,记者了解到,日前多部门发出通知,按规定已将参保女职工生育三孩的费用纳入生育保险待遇支付范围,切实支持三孩生育政策。

本地和异地参保病人“同病同治”

另外,广东率先实现跨市就医“基本医保、大病保险和医疗救助”的一站式直接结算,切实减轻困难群众垫付医疗费用的负担。并实现跨市就医门诊特定病种的待遇认定,方便参保人在跨市就医时,在医保定点医疗机构办理全省统一的52

个门诊特定病种待遇认定。率先开展跨市就医住院医疗费用支付方式改革,推动实现本地、异地参保病人“同病同治”。

广东省医保局表示,目前已实现异地就医备案人群全覆盖。备案人群从“长期异地就医”向“临时”和“生育”

异地就医扩展。为方便群众备案,广东开通了依托国家医保服务平台App、国家医保局微信公众号、广东粤医保微信小程序等多个线上备案渠道,实现异地就医备案“网上办”和“掌上办”,切实增强公共服务便捷性、可及性。

【焦点问答】

问:什么是异地就医直接结算?

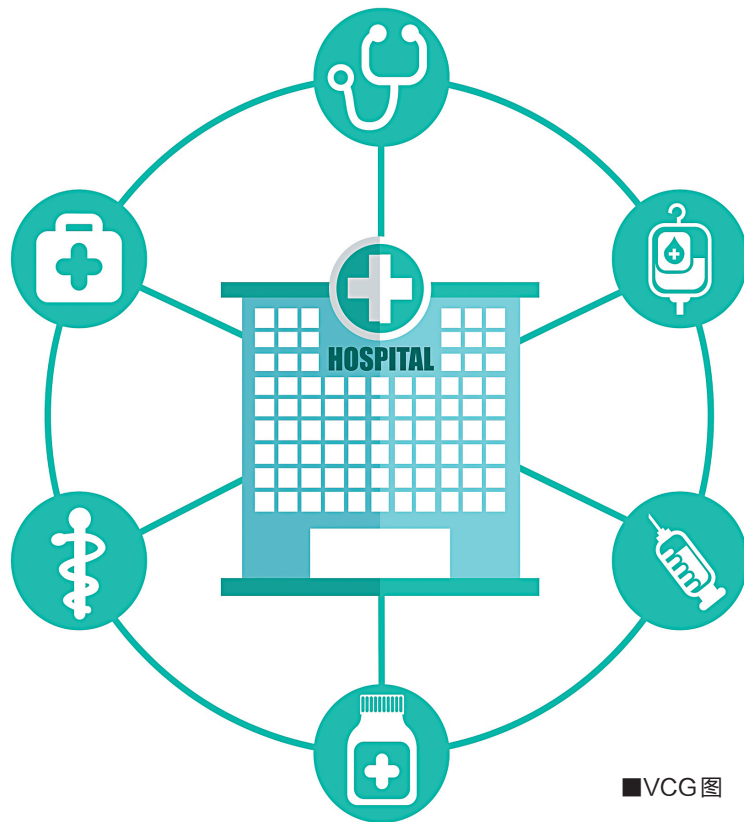
省医保局:“异地就医直接结算”包含两层意思:“异地就医”是指参保人在其参保地以外发生的就医行为。目前广东医保实施市级统筹,群众在参保的地级市以外的医疗机构就医的行为就是“异地就医”;“直接结算”简单来说就是参保人按规定在医保定点医疗机构就医并结算时,可以直接享受医保报销待遇,即结算时应当由医保支付的费用由医保经办机构与定点医疗机构结算,个人只需支付应由个人承担的医疗费用。

两个概念合并在一起,简单来说,就是“群众在参保的地级市以外的医保定点医疗机构就医,在医疗机构结算时可以直接报销其医疗费用,无需先支付全额费用再回参保地向医保经办机构报销”。“异地就医直接结算”的实施主要减轻了群众异地就医后“跑腿”和“垫资”的负担。

问:目前广东异地就医直接结算工作进展如何?

省医保局:省医保局自2018年成立后,坚持以人民为中心的发展思想,借助全省统一的医保信息系统,不断推进异地就医直接结算工作,首先是异地可直接结算项目的全覆盖,目前参保人在异地发生住院、普通门诊、门诊特定病种、生育医疗费用均可实现直接结算。实现参保群众在广东境内异地就医可享受家门口的医保待遇。

其中,异地直接结算的定点医疗机构县区全覆盖。广东联网定点医疗机构数量达4924家,包含各类等级的医院和门诊部,比2017年增加了5倍。广东省内及跨省异地就医累计已直接结算1398.57万人次,减少参保人垫资1291.59亿元,结算人次与金额位列全国前列。



■VCG图

问:异地就医如何备案?如何选点?如何报销?

省医保局:按照国家医保局的要求,目前参保人员异地就医应遵循“先备案,选统筹区,持医保电子凭证或社会保障卡就医”的流程。目前广东已开通异地就医备案线上办理渠道,参保人可通过“粤医保”“粤省事”小程序,国家医保服务平台App,国家医保局微信公众号,“国家异地就医备案”小程序等方式快速办理异地就医备案,或通过参保地经办机构窗口等线下多种途径办理备案。

需要注意的是:国家医保服务平台App,国家医保局微信公众号,国家异地就医备案小程序由国家局承办,这三个载体只能办理跨省异地就医备案。参保人员异地就医住院无需选定医疗机构,备案至统筹区即可;普通门诊、门诊特定病种就医需按参保地规定选择定点医疗机构就医。办理备案后在选定的统筹区或定点医疗机构就医,发生的相关医疗费用可以直接结算。

问:异地就医具体适用于哪些人群?

省医保局:广东省异地就医政策做到了人群的全覆盖,也就是说所有的广东省医保参保人按规定异地就医都能享受到报销以及直接结算的待遇。具体来讲,按照国家政策规定主要分为两大类人员:异地长期居住人员和临时外出就医人员。

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地以外工作、居住、生活的人员;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临时外出就医人员。

广东将异地生育就医人员纳入省内跨市直接结算范围。省医保局进一步解释说,异地生育就医人员是指,有异地生育需求的职工生育保险参保人,按参保地规定办理生育保险异地就医备案后,可在就医地已开通异地就医直接结算服务的生育保险定点医疗机构直接结算生育相关医疗费用。参保人办理生育保险异地就医备案后,其基本医疗保险异地备案亦同步开通。

问:参保人办理异地就医备案后能在备案地享受医保直接结算待遇,但是还能回到参保地享受双向的医保直接结算待遇么?

省医保局:双向享受待遇是指办理了异地就医备案的参保人于备案有效期内,在参保地和就医地的定点医疗机构就医,都可享受医保报销待遇。按照国家规定,异地长期居住人员使用居住证等备案材料办理备案的,可以在备案地和参保地双向享受医保待遇;参保人以个人承诺方式办理备案手续的,在补齐居住证等相关备案材料后,可在备案地和参保地双向享受医保待遇。