

我省异地就医直接结算 实现人群和制度全覆盖

外出农民工和外来就业创业人员纳入直接结算范围

“往返奔波累、报销周期长”，曾是众多患者在异地就医时的痛点。但令人欣喜的是，随着云南省异地就医直接结算工作的推进，目前我省异地就医直接结算已实现人群和制度全覆盖，定点医疗机构覆盖范围进一步扩大，外出农民工和外来就业创业人员也纳入了异地就医直接结算范围。

结算范围扩大

云南省医疗保障局通报数据显示：截至2018年12月，全省可提供异地就医直接结算的定点医药机构有7808家。其中，定点医疗机构1665家，定点零售药店6143家。跨省异地就医直接结算定点医疗机构901家，比2017年增加了581家，已遍布全省16个州市129个县（市、区），覆盖了所有县级医疗机构，并延伸到部分乡镇卫生院，基本满足了参保人员就医需求。

全省异地就医覆盖人群达4520万人，异地就医直接结算507.7万人次，结算医疗费用72.4亿元，统筹基金支付52亿元，月平均结算6亿元。2009年~2018年，全省累计异地就医直接结算2227.7万人次，结算医疗费用190.4亿元。全省实现了普通门诊、门诊特慢病、住院、药店的直接结算，覆盖了城镇职工、城乡居民和离休干部等参保群体。

云南省医疗保障局副局长高志学介绍，2016年，人社部将我省确定为国家跨省异地就医直接结算的22个试点省份之一。2017年，我省实现了城镇居民医保和新农合制度整合，形成了统一的城乡居民基本医疗保险制度，并率先接入国家跨省异地就医直接结算平台，按国家跨省异地就医直接结算工作安排部署，提前将城乡居民纳入跨省异地就医直接结算。

服务效率提升

按照“放管服”要求，我省精简备案手续和流程：取消需就医地提供的所有审批盖章程序；不再需要参保人到就医地基层社区组织、就医地经办机构和相关定点医疗机构签字盖章；简化参保人转诊转院备案程序，原则上由符合条件的医疗机构提供转院证明，不再需要到医保经办机构审批；优化异地就医备案程序，参保人异地就医只需要备案到省或州市，不需要具体到医疗机构；提升服务效率，参保人可以到窗口即时办理，还可以通过电话、传真办理，以及运用手机App网上直接办理，既为参保人提供了便捷服务，又提高了工作效率。据悉，截至目前，省内参保人备案到省外的有4.1万人次，省外备案到云南省的有4.5万人次。

高志学说，从全省各地情况来看，凡进行了备案的人员办理异地就医入院登记和出院结算大都比较顺利，如果异地就医直接结算出现了问题，要么是没有备案，要么备案信息没有及时更新。他提醒办理异地直接结算的参保人注意3个重点：第一步要先备案，就是参保人跨省就医之前需要在参保地的经办机构进行备案，经办机构采集必要的信息；第二步是选定点，现在医疗机构每天都在增加，参保人要选择在全国异地就医平台中的定点医疗机构；第三步是持卡就医，参保人异地就医时一定要用全国统一标准的社会保障卡，办理入院和结算。

新闻多一点

云南异地就医直接结算 最强攻略在此

哪些人群可受益？

一是异地安置退休人员，也就是退休后在异地定居并迁入户籍的人员。比如回原籍居住的退休知青，退休前在工作地参保，现在退休回原籍居住。

二是异地长期居住人员，在异地居住生活的人员。比如到北京这样的大城市，随子女居住，帮助带孩子的老年人。

三是常驻异地工作人员，用人单位派驻异地工作的人员。比如有一些驻外的办事处，这些员工长期在外面工作。

四是异地转诊人员，因当地医疗机构诊断不了或者可以诊断，但是治疗水平有限，需要到外省就医的患者。

五是外出农民工和外来就业创业人员。

全国城镇职工、城乡居民医保参保人员，无论是在异地长期居住还是工作，还是因客观需要转诊到异地住院，都可以享受跨省异地就医直接结算。

程序应该怎么走？

第一步：先备案——先在参保地医保经办机构备案。
第二步：选定点——选择跨省定点医疗机构就医。
第三步：持卡就医——一定要带上全国统一标准的社会保障卡就医。

医疗备案咋办理？

备案地点：参保地经办机构。

备案信息：有两个关键信息，一是备案原因，要写清楚是异地安置或居住、常驻工作，还是转诊转院等；二是就医地点，填写你需要去看病的地方。

跨省定点医疗机构：人社部定期公布跨省异地就医定点医疗机构，群众可通过社会保险网上查询系统（si.12333.gov.cn）实时查询；或拨打参保地12333电话、参保地社会保险经办机构的电话咨询。参保人员登记备案成功后，备案信息即实时上传至国家异地就医结算系统。

相关政策复杂吗？

其实，政策很简单，可用3句话15个字概括：

（1）就医地目录，包括基本医疗保险的药品目录、诊疗项目和服务设施标准。

（2）参保地待遇，执行参保地的起付线、支付比例和最高支付限额。

（3）就医地管理，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。

具体结算咋进行？

小张在海南工作，跟随小张一起生活的父亲老张，医保关系在老家河北，老张异地定居申请了异地就医长期备案。老张住院直接持社会保障卡结算时，依照的医保目录要按海南的规定执行，而住院起付线、报销比例、支付限额等，仍按照河北的医保规定执行。2017年5月，老张在海南一家跨省定点医院住院，总费用2.5万元，通过跨省异地就医平台直接结算，按照原来的结算方式，老张需要先垫资2.5万元，然后回河北报销。现在直接结算后，老张只需支付7500元即可办理出院，医保报销的1.75万元，由医保与医院直接结算。

不成功该怎么办？

国家平台建立了报错联系处理机制和系统应急处理机制，随时响应处理问题。异地就医人员如果持卡结算时报错，请首先确认本人是否备案了，就医的医院是不是跨省定点医疗机构，这两点都没问题，请医疗机构医保办工作人员帮助联系定点医疗机构所属的统筹地区社保经办机构，第一时间排查解决持卡结算问题。

一单结算可以吗？

部分地区异地就医已实行一单结算，涉及基本医疗保险、大病保险等，参保人员在跨省异地住院发生的医疗费用，参保人员只结算应由个人承担的费用。具体情况要咨询参保地社保经办机构。

有关信息咋获取？

请记住一个实用而功能强大的网址：<http://si.12333.gov.cn>。这是全国医保联网的信息查询系统，有五大功能板块：异地定点医疗机构查询、参保人登记备案情况查询、异地就医经办机构查询、跨省异地就医费用查询、统筹区开通信息查询。已经在参保地完成备案的人员，可以在网站上注册，完成实名认证后，即可在线查询本人备案登记和异地就医结算信息。 本报记者 赵维



新华社发 程硕作

