

备案开具转诊证明受阻,信息平台对接不畅致刷卡结算卡壳……

异地就医结算“高速路”何时能畅通

专家建议:对刚需患者实现“应转尽转”,优化信息平台建设,推进医保经办服务标准化

楚婷(化名)是在北京工作的黑龙江姑娘。去年父亲查出患肺癌后,她决定将父亲接到北京手术。

然而,异地就医之路一波三折:备案开具转诊证明受阻,出院刷卡结算遭遇系统升级,入院备案被经办机构误删……虽然最终成功报销,但多次遭遇卡壳也让楚婷直呼心累。

异地就医直接结算政策的初衷,是解决参保人“跑腿垫资”的难题。自2016年正式启动以来,按照“先住院、再门诊;先省内异地、再跨省异地”的思路分步实施,受惠面持续扩大。数据显示,全国住院和门诊费用跨省直接结算累计均已超过1000万人次。

记者采访发现,异地就医直接结算的“高速路”已经铺好,但由于各地医保政策、基金收支、平台搭建等情况存在差异,异地就医在实际就诊和结算过程中仍存堵点。



新华社发 王鹏作

开具证明一波三折

要对刚需患者实现“应转尽转”

2021年8月底,楚婷的父亲在当地县医院被诊断为患左肺鳞癌。楚婷随即开始办理赴京就医手续,却在转诊备案时遇到阻力。“县医院转诊到市医院,市医院又转到省级三甲医院,三甲医院坚称本院可以收治,不同意转到北京的医院。”

按照当前的制度设计,参保人在办理异地就医直接结算时,一般遵循“先备案、选定点、持卡就医”的流程。对于异地转诊人员来说,首次备案需经当地具有转诊转院资格的定点医疗机构出具转诊意见,并为之办理登记。

楚婷咨询黑龙江省医保局后,得到回复:“医院会根据患者病情以及本院医疗技术水平,综合判断是否需要继续转诊。”

而经过楚婷的了解,本地医院并不擅长肺癌治疗,“异地就医是刚需”。无奈之下,她只好返乡,带父亲辗转几家医院尝试,最终托关系才完成备案。

医院为何对异地转诊“热情不高”?

中国政法大学政治与公共管理学院副教授廖藏宜认为,异地就医多为欠发达地区向发达地区结算,参保地之所以严格审核转诊,是考虑到医保基金收支压力以及基金流出后的运行安全,也是为了防止“小病大看”,扰乱就医秩序。

“这种担心有其合理性,但不完全符合实际。”中国社会科学院经济研究所助理研究员朱凤梅曾对异地医疗成本和医保基金支出情况做过评估,从结果看,异地就医并不会加重参保地基金压力。“大医院诊疗过程更规范,为提高病床周转率,基本不会出现过度医疗现象,住院天数、次数、费用反而会少于本地医院。”

“医保部门要转变思想,在引导分级诊疗的同时,对罹患重特大疾病的患者放开限制,实现‘应转尽转’。”朱凤梅说。

异地结算遭遇卡壳

需统筹区之间“点对点”结算

在北京接受手术后,楚婷的父亲于2021年10月初出院,但由于系统故障,当天未能刷卡结算。楚婷被告知,这是黑龙江省医保系统升级所致,异地业务将于10月31日起再次开放。

从11月到12月初,他们又多次尝试直接结算,系统始终无法读取患者信息,经办人员也找不出症结所在。

楚婷再次与家乡医保局沟通,对方查询后表示,“系统更新期间,入院备案已被北京医保信息部门删除。”两地协调重新录入信息后,问题终于在12月27日得到解决。

异地就医直接结算“刷卡难”

并非孤例。

在人民网“领导留言板”栏目,记者发现,多地网友都曾反映“异地就医无法结算”。从相关部门的回复来看,原因有“信息平台不稳定”“系统接口有问题”等,但更多时候无法确认出错环节,只能撤销登记,重走备案、结算流程。

“这与各地经办系统与国家医保信息平台对接不畅有关。”廖藏宜说。

廖藏宜分析称,2021年9月以来,国家医保局推动建设全国统一的医保信息平台,要求各地陆续进行转换对接。由于各统筹区的医保政策和结算标准差

异较大,药品、耗材、诊疗项目的名称和编码也有不一致之处,与国家平台无法立即互通兼容。

朱凤梅认为,目前医保基金统筹以市县为主,未来即便有国家平台做中介,仍需统筹区之间“点对点”结算,所以各地区、各部门之间的经办协同能力亟待加强。在医疗机构之间、医保技术部门之间均应建立起协调机制。

廖藏宜建议,进一步优化全国医保信息平台建设,推进医保经办服务标准化;定点医疗机构和经办机构要做好运维保障,提升结算系统稳定性,定期对工作人员进行培训。

报销方式有“待遇差”

多省份开展“待遇补差”试点探索

拿到结算明细后,楚婷发现,报销额度高于自己的期待。

楚婷咨询医生后得知,术中使用的吻合器等器械都是进口的,有的在黑龙江不能报,但在北京却可以。

自政策实施以来,跨省异地就医一直按照“就医地目录、参保地政策”原则进行结算。廖藏宜解释称,“直接结算”按照就医地支付范围及标准进行报销,“手工报销”则以参保地目录为准,因两地目录可能存在差异,两种结算方式也会产生“待遇差”。

不同于楚婷因“目录差异”而受益,在人民网“领导留言板”栏目,也有网友提出疑问,认为直接结算的报销比例较低。

在海南省医保服务中心接到

的一起申诉案例中,海南患者李某在四川做手术,总医疗费用为4.9万元,医保仅报销1.9万元,其余3万元均需个人支付。经海南省医保中心核对,高自费比例是由于患者使用了很多四川省医保目录外的医用耗材,但根据海南省目录,这些耗材可以多报销1万多元。

李某知情后表示,如果事先知道两地报销待遇差异这么大,更愿回参保地零星“手工报销”。

据了解,为增强参保人获得感,安徽、海南等省份已开展“待遇补差”试点探索。对确有明显“待遇差”的,启动待遇测算,给予补差报销,确保补差后的待遇水平不低于或接近于“手工报销”待遇水平。

2021年8月,国家医保局、财

政部发布《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》。今年的政府工作报告中也明确,完善跨省异地就医直接结算办法,实现全国医保用药范围基本统一。朱凤梅认为,这些举措将有力推动医保公共服务均等化,进一步缩小“待遇差”。

此外,朱凤梅表示,一方面,可以对高值医用耗材加强管理,通过集采等方式挤出价格“水分”,使建立全国统一的医用耗材目录成为可能;另一方面,从异地就医患者构成上看,大部分需求可以通过“省内异地就医”满足,随着医保统筹层次提高,省级统筹得到落实,“待遇倒挂”问题也会大大缓解。

工人日报记者 陈曦