

国家医保局会同财政部今天共同印发了《关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》。

《通知》要求，各地医保部门要及时调整与本通知不相符的政策措施，确保2022年12月底前同国家政策相衔接；同步按要求调整信息系统，保障跨省异地就医直接结算工作平稳过渡。《基本医疗保险跨省异地就医直接结算经办规程》将于2023年1月1日起正式实施。

参保人员如何跨省异地就医直接结算？

一是先备案。参保人员跨省异地就医前，可通过国家医保服务平台APP、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序或参保地经办机构窗口等线上线下途径办理异地就医备案手续。

二是选定点。参保人员完成异地就医备案后，在备案地开通的所有跨省联网定点医疗机构均可享受住院费用跨省直接结算服务；门诊就医时，需先了解参保地异地就医管理规定，如果参保地要求参保人员选择一定数量或在指定级别的跨省联网定点医药机构就医购药的，按照参保地规定执行。

三是持码卡就医。参保人员在入院登记、出院结算和门诊结算时均需出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证。跨省联网定点医药机构对符合就医地规定门（急）诊、住院患者，提供合理、规范的诊治及医疗费用的直接结算服务。

哪些人可以申请异地就医备案？

此次《通知》根据基本医保参保人员异地就医行为发生的原因将异地就医备案人员分为跨省异地长期居住人员和跨省临时外出就医人员两类，并进一步细分为6种人员。

跨省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省外工作、居住、生活的人员。

跨省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跨省临时外出就医人员。

跨省异地就医直接结算基金支付政策是什么？

跨省异地就医直接结算的住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用，原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支

付范围)，执行参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。简单地讲就是就医地目录、参保地政策。

例如：河北省廊坊市某退休职工，2022年7月1日在北京跨省异地就医直接结算门诊慢特病费用。费用总额64.29元，基金支付48.89元。此笔费用共两个药，按照就医地目录支付范围具体为：甲类药品阿卡波糖片32.52元，全部符合基金支付范围；乙类药品瑞格列奈片31.77元，其中28.59元符合基金支付范围，3.18元为乙类先行自付。按照就医地支付范围，符合基本医保基金支付范围内费用共计61.11（32.52+28.59）元，乙类先行自付金额3.18元，按照参保地的支付比例80%，基金支付48.89（61.11\*80%）元。

跨省长期居住人员备案后，

回到原参保地医保还能再使用吗？

为满足跨省长期居住人员因探亲等原因回参保地就医报销的实际需求，《通知》明确规定：允许跨省长期居住人员在备案地和参保地双向享受待遇。

跨省异地长期居住人员备案有效期内，确需回参保地就医的，可以在参保地享受医保结算服务，并且原则上不低于参保地跨省转诊转院待遇水平。

如果外出突然需要看急诊，

来不及“备案”怎么办？

《通知》规定，将急诊抢救费用纳入跨省异地就医直接结算范围，并且异地急诊人员视同已备案，无需额外提交备案材料。

考虑到急诊抢救病人的现实情况，医保经办机构将按照定点联网医疗机构的急诊标识来认定是否属于急诊抢救病人，按照参保地的有关待遇标准，实现跨省异地就医直接结算，更加方便急诊抢救患者就医。

转自央视新闻微信公众号

来源：工人日报