

上接3版

异地医保报销的便民之路



3月4日，北京朝阳医院医保咨询工作人员谷娟（左）为患者介绍异地就医直接报销事宜。曹子豪摄

多地开启“免备案”新探索，异地就医这一概念未来或不存在

近年来，多地开启先行先试，从异地就医备案直接走到了“免备案”。

2023年4月，京津冀三地参保群众区域内异地就医“免备案”，真正实现“一卡通行”；2023年7月起，广西壮族自治区实施自治区内异地就医“免备案”政策，全区5200多万参保人员不用办理备案手续，就能在自治区内异地就医购药；2023年9月起，成都、广州开通了异地就医双向免备案服务，穗蓉两地施行互免异地就医备案……

“异地就医的概念由来已久，我国医保统筹是按照地区来划分的，基本上是以地级市为单位，出了地级市即为‘异地’，随着我国医保制度的不断发展与完善，这一概念也越来越弱化。”在王震看来，我国医保管理正在朝着全国统一的方向发展，如果未来统筹也能够做到“全国一盘棋”，那就没有了所谓异地就医的说法，在哪里都是一样的报销。

王震提到，不过目前全国统一的格局仍然无法短期实现。“在推进异地就医直接报销的过程中，存在的一个问题是，一些地区医保机构认为当地医保基金被外地拿走，尽管近年来这一问题有所改善，但仍困扰不少地方，这也是接下来亟待解决的一大问题。”

2018年9月11日，健康时报刊发《交不完的材料，走不完的程序——异地看病报销仍是麻烦事》深度稿件。当时73岁的孙淑芳因在阜外医院诊治之前没开转诊证明，让一个花费5万元的手术，花了近半年时间往返3地11次才得以报销总花费的30%。六年后的2024年3月，对于最近几年的异地报销情况，已经年近八十岁的孙淑芳说：现在真是最好的时代。“就在半年前，我确诊胃癌的女婿从黑龙江到北京做手术，不仅不需要回老家报销，而且出院时医保实时结算，最后自己只花了1万多块钱。”

从前远在天边，如今近在眼前。不到十年时间，从异地报销“跑断腿”到指尖轻点就能实时结算，这背后，是多个部委协力克服万难、是数以万计医院实现全系统的信息化管理，更是对“让百姓过上好日子”最好的践行。



3月4日，北京朝阳医院医保咨询工作人员谷娟（左）为患者介绍异地就医直接报销事宜。曹子豪摄

计达到302万人次；2021年，我国全年住院费用跨省直接结算440.59万人次，全国门诊费用跨省直接结算949.60万人次；2022年，我国全年跨省异地就医直接结算3812.35万人次；2023年，跨省异地就医直接结算1.29亿人次，减少参保群众垫付1536.74亿元，分别较2022年增长238.67%、89.91%。

这些数字的背后，是一个个参保人，一个个家庭的真实受益。

武汉大学中南医院副院长潘振宇向记者举出一组数据：2019年，该院异地医保回当地结算患者15981人次，异地医保实时结算患者为42202人次，占比72.53%；五年后的2023年，该院异地医保回当地结算患者人次为8995人次，非自费实时结算为67702人次，占比88.27%；实时结算比例每一年都在增高，足以说明异地医保实时结算的成果。

武汉大学中南医院医保部部长曾红莉介绍，全国统一的医疗保障信息平台已建成，异地医保直接报销结算政策普及，全国医保系统织成一张网，离不开信息化、标准化与智能化。“全国医保信息平台，建立了15项业务全国贯标，实现了全国医保业务编码标准统一、数据规范统一、经办服务统一，实现国家、省、市、县四级医保信息互联互通、数据有序共享，让异地就医医保报销成为可能，为广大参保人提供了更方便快捷、优质高效的医保服务；医保药品统一目录、耗材统一编码，甚至每位医生设有专属码，只要产生了一笔医保支付费用，能查到由何时何地由哪位医生开具、是何用途……方便国家对医保基金统一监管、确保专款

专用。”曾红莉表示，“智能化技术，如人脸识别等，则让报销流程更快更便捷。”

北京朝阳医院一线医保咨询工作人员谷娟回忆，一位东北来的透析患者之前每次都要手工报销，“当他得知医院即将开通异地医保直接结算服务后，每天都会来问我‘什么时候开通？’，真正开通后，他去交了第一笔钱后，跟我说‘终于不用回去报了！’”

如今谷娟每天解答的问题，不再是“能不能报销”，而是变成了“该怎么报销”，虽然仍有很多异地就医患者前来咨询，但过去的那种不知所措和迷茫担忧明显减少。

不仅是大城市里的公立三甲医院，县医院里的异地就医也有了翻天覆地的变化。福建三明市尤溪县总医院副院长林长国告诉记者，近年来，当地职工基本医疗保险异地住院报销比例也在逐步增高。办理异地安置手续的参保人员，起付线不变，一级医院的医保范围内报销比例按85%不变，二级、三级医院的报销比例分别由80%、75%统一提高至85%。

“转外就医住院待遇也有所提升。办理转外就医手续的参保人员，起付线不变，医保范围内费用报销比例由65%提高至75%。”林长国说。

王震曾多次参与相关政策的调研，对此也有着更为深刻的感触。“从手工报销到直接结算，这一路走来有太多的困难，太多的不易，但我们还是走下来了。”王震感慨，这背后离不开国家的支持。为了能让百姓就医更便利，国家投入了巨大的人力、物力资源，才让今天的这一切成为可能。

从2017年起，经历从住院到门诊，从试点到扩面的几个重要阶段，如今，阜外医院不仅实现了门诊慢病（高血压、糖尿病）和特病（心脏移植术后抗排异治疗、肾透析）费用的直接结算，更实现了住院费用实时结算。

在王震的记忆里，这些共性的问题，都在随着时间的推移，在全国范围内一点一点被消化、被整改、被解决。

“普通门诊费用跨省直接结算的试点工作始于2018年。”王震说，2018年以来，在基本实现住院费用跨省直接结算的基础上，国家医保局结合国家区域发展战略和地方实际，指导京津冀、长三角、西南五省区（重庆、四川、贵州、云南、西藏）开展门诊费用跨省直接结算先行探索。

王震提到，门诊慢特病费用异地结算这块“硬骨头”尤其“难啃”。门诊慢特病跨省直接结算就医频次高、时效性强、报销比例相对较高，同时各地门诊慢特病在病种数量、认定标准、待遇标准等方面仍存在较大差异。“再难也不能绕道走”，国家医保局从涉及人群多、地方普遍开展的门诊慢特病人手，统一病种名称、病种编码和结算规则，推动区域试点走向全国试点。

亲身经历这一转变的患者张强向记者讲述，“自2017年起，异地就医的报销程序越来越简洁流畅，纸质备案的过程取消，转为在线办理模式，通过手机就可完成相关操作。”而如今，身处京津冀地区的张强甚至无需备案，可直接前往三地的任意一家医院进行就医并结算。

“2023年，阜外医院住院人次8.6万人次，其中19%是北京医保患者，73%是外地患者直接结算，8%是自费患者。”提起近十年的异地医保报销变化，鲁蓓感慨，这样患者能更安心的看好病，不再为钱担忧。

数字背后，是一个个参保人、一个个家庭的真实受益

国家医保局数据显示：2018年，我国全年住院费用跨省直接结算131.8万人次，是2017年的6.3倍；2019年，我国全年住院费用跨省直接结算272.0万人次，比2018年增长1倍；2020年，我国全年住院费用跨省直接结算300.23万人次，12个先行试点省份普通门诊费用跨省直接结算累