

长沙实现医保报销结算“全市通办”

参保人员不受县(市区)地域限制,可在全市范围内享受无差别“一站式”报销结算

从长沙市一家单位退休后,陈爹爹回到老家浏阳文家市养老。患有冠心病和糖尿病的老人,每次在乡镇卫生院看病都需要自己先把钱付完,再坐车到长沙市的医保窗口报销。

就医报销,以后不用再如此麻烦了。三湘都市报记者8月7日从长沙市医保局了解到,为全面提升医保为民服务效能,长沙医保打破地域限制,推进医保结算“全市通办”。陈爹爹在浏阳市乡镇卫生院看病住院,直接就可以进行医保结算,不用再垫钱奔波报销。

■文/视频 三湘都市报全媒体记者 李琪 实习生 刘冰柔 张春艳



扫码看视频



患者:过去长沙参保浏阳就医,无法直接报销

一直以来,全国多个城市的医保业务办理,都延续着属地办理的规则。随着网络信息化的发展,很多业务都能实现网上办理,但“规则”却一直未能跟上发展速度。

陈爹爹以前在长沙市一家市直单位工作,老家在浏阳市文家市,距离长沙城区也不远,退休后回了老家养老。

老家环境好,但陈爹爹还是遭遇了一些不方便,例如看病就医。老人患有冠心病和糖尿病,腿脚不太好,一年总要住院几次,每次都是在离家不远的乡镇卫生院看病。

因为医保不是在浏阳市参保,乡镇卫生院不能直接为陈爹爹进行结算办理。老人每次住院看病只能先自己垫资,把票据收好,然后坐车前往长沙市办理报销。

“年纪大了,跑一趟还真是吃力,加上记性也不好,有时候住院资料收着收着就找不到了。”陈爹爹因为医保报销这事,费了不少力气。

医疗机构:每月要和10个经办机构逐一结算

除了参保的患者报销难,医疗机构的结算手续也非常复杂。据了解,以前长沙市的医疗机构除了需要和市本级医保签订协议以外,还得单独和长沙县、浏阳市、宁乡市签协议。

以长沙市第一医院为例,医院医保科每月需要和市、区县(市)9个医保经办机构逐一办理医保结算,流程复杂费事费力。

医保结算“全市通办”后,全市医保协议互认,跟一个地方签就相当于跟全市10个经办机构签定了协议,且每月只需跟市本级结算费用,省去了很多中间环节。

新规:“全市通办”怎么办?让数据跑腿

近年来,长沙市逐步推进医保结算“全市通办”,让“数据跑路”替代人工跑腿。

到目前为止,全市已经统一基本医疗保险和生育保险政策、基金管理、业务流程和信息系统,参保人员不受县(市区)地域限制,可在全市范围内任意一家定点医药机构就医购药,享受医保无差别“一站式”报销结算,真正做到医保报销“就近能报”“多点可报”“少跑快报”。

具体的通办内容,包括以下几个方面。

统一医保协议:全市执行统一的定点医药机构协议管理办法,协议签订按照属地原则实行协议互认。以陈爹爹为例,他在长沙市参保,在浏阳市可以直接报销。而浏阳市的医药机构只要与浏阳市签订医保协议,长沙市其他区县(市)也都认可。

统一医保结算:目前全市统一执行以DRG付费方式为主的医保支付方式,长、望、浏、宁医保经办机构负责区域内定点医药机构的结算,市级医保经办机构负责市本级及内五区定点医药机构的结算。例如,长沙县的定点医药机构收治了长沙市其他区县(市)的参保病人,医药机构只需要和长沙县医保经办进行结算即可。另外,全市参保人员在本市定点医疗机构就医无需办理转诊转院手续。

统一集中清算:长沙市级医保经办机构牵头建立统一的全市基金决算及清算流程,各区县(市)之间不单独进行资金清算,每月由市级医保经办机构进行应收应付轧差核算,并将数据报表发送区县。

延伸

长沙基层医疗机构100%开通异地就医直接结算

为了让参保人更便捷,医保报销更直接,长沙市医保局扩大异地就医结算覆盖面,率先全省实现基层医疗机构100%开通异地就医直接结算。

“外地买的医保,以前看门诊都要自费,现在不仅可以刷自己的医保卡,门诊还可以报销,最方便的是不仅大医院可以,家门口的社区医院都可以报了。”在长沙市芙蓉区荷花园街道东方新城社区卫生服务中心看病后,参保人员李挨眺感叹道,长沙的医保政策越来越方便。

李挨眺是外地退休的,长住长沙。以前为了享受医保报销,不论大病小痛都要去大医院看,现在基层医疗机构也可以异地结算,家门口的社区卫生服务中心就可以报销,不用去大医院挂号排队,非常方便。

为落实全省2023年医保重点民生实项目,全力满足异地参保患者在长就医需求,长沙市在提前完成全省“每个县区实现普通门诊异地结算二级以上定点医疗机构全覆盖”“每个统筹区实现全部43个门诊慢特病治疗费用省内异地直接结算”目标任务基础上,进一步扩大异地就医结算覆盖面,将一级基层医疗机构全覆盖开通异地就医直接结算。

目前,全市已有1193家定点医药机构开通异地就医直接结算业务,异地参保患者在该市发生的住院、普通门诊、门诊慢特病均可实现直接报销,无需再持票据回参保地手工报销相关费用了。

省内医保异地就医直接结算这么做

异地就医流程

参保人跨省异地就医住院费用直接结算按照“先备案、选定点、持码卡就医”流程开展。

参保人办理异地就医备案登记手续后,选择异地联网定点机构进行就医购药,然后以社保卡或医保电子凭证(码)作为就诊凭证异地就医。

参保人员跨省和省内异地就医门诊慢特病、普通门诊费用直接结算的,无需办理异地就医备案登记手续。

备案流程

备案的人员分为两类: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统筹区外工作、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。

备案登记时,参保人可以签署个人承诺书方式申请办理异地长期备案。以个人承诺方式办理异地长期居住人员备案手续的,应履行承诺事项,在6个月内补齐相关备案材料。参保人未履约的,执行未备案异地就医待遇政策。

异地长期居住人员登记备案后,未申请变更备案或参保状态未发生变更的,备案长期有效。临时外出就医人员备案有效期为6个月。

参保人员办理异地就医备案后,备案有效期内可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。

备案渠道

除大厅受理等线下渠道,参保人员跨省异地就医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、“湘医保”APP等多种线上渠道申请办理登记备案手续;省内异地就医可通过“湘医保”APP、湖南省政务服务网、统筹区本地政务服务APP等线上渠道申请办理登记备案手续。

通过线上备案渠道申请办理登记备案的,原则上参保地经办机构应在两个工作日内办结。

