

6月14日,现代快报记者从江苏省人民医院了解到,山东省医保参保人61岁的王先生,在江苏省人民医院通过国家跨省异地就医直接结算平台,完成了住院医保医疗费用即时结算。他的医疗总费用48264.85元,即时享受医保统筹报销86%。据悉,这也是江苏省正式接入国家异地就医直接结算系统后,首例外省人员通过该系统在江苏实现跨省异地就医即时结算的案例。

按照人社部的计划,今年9月前,确保国家异地就医结算系统全面启动、联网运行,在线备案人员跨省异地就医住院费用全部实现直接结算。也就是说,江苏已提前实现跨省异地就医直接结算。

实习生 谢毓灵
现代快报/ZAKER南京记者 项风华



首例外省人员通过国家异地就医直接结算系统在江苏实现跨省异地就医即时结算 CFP供图

首例!外省人江苏住院直接刷社保卡结算

江苏对接国家异地就医直接结算平台,开通115家跨省异地就医联网医院

山东患者省人医住院,自付费用仅14%

61岁的山东人王先生,退休后便到江苏南京和儿子同住。据王先生的儿子小王回忆,两个月前的一天,父亲吃完饭后,突然觉得腹部胀痛,火烧火燎的。经过胃镜肠镜等一系列检查,诊断王先生不幸患上胃恶性肿瘤,于是一家人立即联系医院。

小王表示,找医院的过程中,他偶然听朋友提起“跨省异地就医直接结算的新政策”,并了解到,南京有12家定点医院可以办理。于是6月7日,小王带着父亲来到江苏省人民医院办理住院。

6月12日12时03分,王先生在江苏省人民医院手术治疗,主治医师是胃外科主任徐泽宽教

授、青年医学专家张殿彩。如今手术成功结束,王先生目前医疗总费用48264.85元,在出院时通过国家异地就医结算平台系统自动完成结算。按照山东省医保报销政策,医保报销41487.88元,这么算下来,王先生个人需要付6776.97元,个人自付占总额的14%。

小王感慨:“以往山东人在江苏南京看病,需要先自己垫钱,然后再拿着一堆单据回去报销,有时因材料繁琐,两地来回跑十余次,报销周期也很长。如今全国异地联网结算了,减少了我们患者垫付资金的压力以及后续报销带来的不便。”

开通115家跨省异地就医联网医疗机构

现代快报记者了解到,目前江苏省内所有市、县、区都与省异地就医结算平台联网。省内异地就医联网医疗机构共计1050家,具体可登录江苏省人力资源和社会保障网官网进行查询。

江苏作为国家首批直接结算省份,于去年底签署责任书,全国跨省异地就医支持异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员和异地转诊人员这四类人员的住院费用直接结算。

据省医保中心有关负责人介绍,现在,江苏省省内全部统筹区都已完成了与国家异地就医平台的对接,并开通了115家跨省异地就医联网医疗机构。自2月下旬起,江苏省参保人分别在北京、天津、山西、浙江、山东、广东、海南、重庆八省(市)开展了跨省异地就医住院费用正式结算业务。截至目前,江苏省共结算跨省异地就医住院24人次,结算医疗费用总额20.89万元。

“只要你居住或就医的省和

城市都与国家异地就医平台联网,就可以实现异地就医直接结算。无论是本省参保人前往省外就医的,还是省外参保人来江苏省就医的,都需要携带身份证、社会保障卡等材料,前往参保地医保经办机构申请办理跨省异地就医相关手续。”该负责人说。

但要注意的是,跨省异地就医直接结算目前针对的是住院费用,明年有望解决门诊的就医费用结算。现代快报记者了解到,由于全国各地的药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施范围和支付标准这三个目录不统一,为此,人社部门对外省人员的跨省异地就医直接结算做了相关规定:跨省异地就医执行就医地的目录及标准,但是医保起付线、封顶线和报销比例则按照参保地政策执行。

“作为全国首批试点医院,江苏省人民医院将积极配合,继续推进,在异地就医结算中为全省医疗机构积累丰富经验,实现‘信息多跑路、百姓少跑腿’。”江苏省人民医院相关负责人表示。



热点问答

什么是医疗保险异地就医?

医疗保险参保人员在参保地以外地区的医疗机构就医为异地就医。异地就医有以下几种情况:

1. 退休后在异地安置的;
2. 长期在异地居住、工作、学习在6个月以上的;
3. 因病经参保地定点医疗机构诊断需转异地医疗机构诊治的;
4. 在异地突发疾病的(急诊)。

参保人员异地就医发生的医疗费用如何结算或报销?

除急诊以外,参保人必须先办理异地就医备案手续,所发生的异地就医费用才能直接结算或报销。异地就医费用有以下两种结算方式:

1. 刷卡直接结算:参保人持江苏省统一社会保障卡(以下简称“社会保障卡”)在异地就医联网医疗机构就医时,可刷卡直接结算。医疗费中应由个人承担的部分,由个人直接现金支付或个人账户支付,应由医保统筹基金支付部分,由医保经办机构与医院结算;
2. 先垫付后报销:参保人先自己全额垫付医疗费,再凭疾病诊断证明、费用发票等回参保地医保经办机构报销。

怎样申请办理异地就医备案手续?

第一步,参保人员携带本人社会保障卡、本人身份证(代办人需携带代办人身份证),前往参保地医保经办机构申请办理;

第二步,参保人选择异地就医结算方式(①刷卡直接结算;②回参保地报销);

第三步,因病转外就医人员要选定就

医地1家医院(异地安置、长期居外不需要此步骤);

第四步,参保地医保经办机构核对,并将参保人信息上传至省异地就医平台。

在异地突发疾病(急诊)时医疗费用怎么结算?

1. 没有办理异地就医备案的,在异地突发疾病就医时,由个人先全额垫付医疗费用,再凭急诊诊断证明、费用发票等回参保地医保经办机构报销;
2. 办理了异地就医备案的,在非备案地或备案地未联网医疗机构就医时,由个人先全额垫付医疗费用,再凭急诊诊断证明、费用发票等回参保地医保经办机构报销。

办理异地就医手续后,就医有什么规定?

1. 办理了异地就医备案的参保人,必须在备案居住地异地就医联网的医疗机构就医,才可以刷卡直接结算;
2. 办理了异地就医备案的参保人,其社会保障卡只能在备案居住地使用,在参保地就不能再继续使用了。

参保人员异地就医时,享受什么待遇?

1. 参保人在省内异地就医时,所有的医疗保险待遇都执行参保地的政策;
2. 参保人跨省异地就医时,执行就医地规定的医保目录范围及有关规定(包括药品目录、诊疗项目及耗材和医疗服务设施标准),基本医疗保险的起付线、报销比例和最高支付限额执行参保地政策。

参保人员若需变更就医地或者返回参保地居住了,怎么办?

1. 长期驻外人员要变更居住地的,应前往参保地医保经办机构变更并备案新的居住地;
2. 办理了异地就医手续后要返回参保地居住的,应前往参保地医保经办机构取消异地就医登记;
3. 因病转外就医人员需要变更医疗机构的,应按参保地规定办理变更并备案新的医疗机构。