关于制定《营口市基本医疗保险异地就医

住院管理暂行办法》的情况说明

基本医疗保险参保患者异地就医管理一直是社会关注的重点,不仅影响参保患者的利益，也关系医保资金的安全。按照年初工作计划，我局会同市卫生健康委、市财政局组织拟定了《营口市基本医疗保险异地就医住院管理暂行办法》（征求意见稿，以下简称暂行办法）。现将有关情况说明如下:

一、起草的背景

（一）社会关切。近年来，医保患者转诊问题广受关注，同时，国家、省对异地就医管理提出了联网结算等政策要求，有必要制定《暂行办法》。

（二）事业需要。制定《暂行办法》，可满足不同人群就医需求，在医疗领域引入竞争机制，促进卫生事业发展，保证基金安全。

（三）职责要求。市医疗保障局2018年12月24日挂牌成立，制定《暂行办法》既是医疗保障局的职责，也是一项重要任务。

二、政策制定依据

国家医保局、财政部、人力资源社会保障部、国家卫生健康委《关于切实做好当前跨省异地就医住院费用直接结算工作的通知》（医保发〔2018〕6号）、省医保局、财政厅《转发国家医保局财政部关于切实做好2019年跨省异地就医住院费用直接结算工作的通知》（辽医保〔2019〕21号）和营口市委办公室、市政府办公室《关于进一步深化医药卫生体制改革的实施意见的通知》（营委办发〔2017〕38号）等文件，是制定《暂行办法》的依据。

从国内情况和省内情况看，目前的异地就医政策碎片化严重，没有可参考的范本和统一的规范。

三、工作步骤与方法

一是组建了专项工作领导小组；二是对全市县及县以上具有转外就诊资格医疗机构进行了调研，统计分析了2016年至2018年3年的转外就医数据；三是会同卫生健康委多次召开专题研讨会，确定相关标准；四是组织专家组对转外就医病种、急诊病种、推荐定点医疗机构等进行了论证；五是征求了民营医院协会、部分社会办医和人大代表的意见，并将通过政务公开网站向社会公示。

四、主要内容

办法共分七章二十八条，主要内容包括：

（一）《暂行办法》涵盖异地转诊、异地登记和异地急诊住院三个方面。对于异地居住备案管理，因国家有明确规定并在动态变化中，故未纳入其中。

（二）《暂行办法》明确了市医疗保障局、市卫生健康委、市财政局的工作职责，便于协同管理。

（三）《暂行办法》明确市医疗保障事务中心及其分中心为经办管理机构，登记备案信息要上传至省平台。备案登记的渠道包括电话、传真、网络、APP等多种方式，旨在为参保人员提供方便。

（四）异地就医分为异地转诊和备案登记。前者指我市无条件诊治的危重症、疑难病症和不能开展的医疗技术项目，需经定点转诊医疗机构转外省、市的就医住院行为；后者是指应参保人个人要求，经医疗保险经办机构同意后转往外省、市定点医院的就医住院行为。无论何种情况，均需办理登记备案手续，转往医院要实行全国联网结算。

（五）异地备案住院实行一次一备案，并有时间限制。从登记备案到住院一般效期限为30天，精神类疾病60天。住院期限精神类疾病超过60天、传染病超过30天、其他疾病超过15天应办理延续备案。

（六）《暂行办法》对异地急诊住院做了单独规定，异地急诊就医住院应符合急诊发病过程和医疗保险急诊病症范围方可报销，由医疗保险经办机构组织鉴定确定。

（七）关于结算办法和结算标准。能够通过联网直接结算的，执行就医地规定的支付范围（基本医疗保险药品目录、医疗服务设施和诊疗项目范围）和我市的支报销比例，参保患者出院只承担个人应支付的费用。不能通过联网结算的（主要是急诊），由参保患者垫付全部医疗费用，回经医保办机构手工结算，执行我市的支付范围和报销比例。

1.异地转诊住院起付线1000元。政策范围内报销比例：省内定点医院城镇职工80%，退休人员85%，城乡居民65%;省外再降低10%。

2.异地登记备案住院起付线1500元。政策范围内报销比例：省内定点医院城镇职工55%，退休人员60%，城乡居民50%，省外再降低10%。

3.经鉴定符合异地急诊就医住院，起付线和政策范围内报销比例均按我市同级医疗机构执行。“急诊病症”范围按照《急诊医学》扩大到病种和病症，由原来的10种增加到78种。

4.对于超出基本医疗保险最高支付限额的费用，大病保险参照上述异地就医住院类别对应的比例结算，具体标准另行制定。

上述标准不低于省直单位职工转外就医的报销比例。

五、需要说明的问题

一是《暂行办法》统一了全市转外就医住院政策和相关标准，不再各行其事，符合市级统筹的政策要求，也为不即将实施省级统筹奠定了基础。

二是《暂行办法》创新之处体现在放开转诊，统一转诊病种目录、急诊病症目录，尽管可能涵盖不了异地就医的所有情况，需要在工作中检验完善，但不失为有重大突破。

三是《暂行办法》在制定过程中充分考虑了资金安全，主要是异地登记备案对资金安全的影响。为此，我们比较了市中心医院、各县区中心医院2018年医保支付资金的平均值与新政策下的异地居住患者医保支付资金平均值，两者基本接近，即使转外就医有增加，也不会影响资金安全。

四是《暂行办法》不再是从管理方指定转诊去向，而是从患者角度提出了推荐单位，涵盖了省内、国内最先进的医院和科室，如仍不能满足就医需求，患者也可以在满足联网结算要求前提下进行自主选择。

五是明确了医保、医疗、财政等部门的职责，体现了推进医药卫生体制改革的协同性。