

门诊特殊疾病异地联网结算分析

荣雪

(西南医科大学附属中医医院 646000)

【摘要】在医改大势下,在医保制度和异地就医需求矛盾凸显的背景下,参保人员异地就医联网结算成为了最受关注的民生问题。文章介绍了某市三级甲等中医医院开展医疗保险异地就医联网结算工作情况,着重分析医院在门诊特殊疾病联网结算工作中遇到的问题。

【关键词】医疗保险 异地就医联网结算 门诊特殊疾病

全国医疗保险异地就医联网结算首例于2017年1月实现。某市三级甲等中医医院于2014年12月实现省内医疗保险异地就医联网结算,2017年7月实现省内医疗保险异地门诊特殊疾病联网结算,目前该院已向全国的医保患者提供异地就医联网结算服务。在异地联网结算工作开展过程中,医院遇到了一系列阻碍门诊特殊疾病异地联网结算成功实现的障碍。

1. 医院门诊特殊病异地就医联网结算

1.1 结算情况

医院自2017年7月6日成功实现首例门诊特殊疾病异地就医联网结算以来,至2019年4月30日,先后为6个地区的40多人次提供了门诊特殊病现场联网结算服务。同时期的异地住院患者已实现省内21个地区6000余人次,省外107个地区371人次的异地医保联网结算服务,联网结算人次占全部异地就医人次的80%左右。异地门诊特殊病联网结算较住院联网结算在人次和地区数量上差距都很大,造成这种现象的因素很多,分析如下:

2.1 医保系统、网络问题

门诊特病系统模块运行时间短,联网结算过程中不断出现未知的系统报错,导致无法成功结算。医院无参保地医保局负责处理系统报错的工作人员的联系方式,只能向医院软件商、市医保局多方反映报错内容,或是通过患者单位协助了解参保地医保局电话来与患者医保局对接。处理报错的时间通常较长,一天或是数周。

2.2 门诊特殊病患者身份、病种确认问题

异地医保患者来医院门诊就医,需要享受特殊病用药的现场联网结算,但患者无法提供其门诊特殊病患者的身份证明,医院确认患者是否享有门诊特殊病身份比较困难。迄今为止,来院就诊的特殊病患者中,除两个地区的患者提供了门诊特殊病审批表外,其余地区患者均无法提供门诊特殊病审批表。如果患者就诊时未持有门诊特殊病审批表,医生则无法准确判断患者享有的门诊特殊病病种,在开具门诊处方时会出现门诊诊断与患者享受的门诊特殊病病种不符或同一张处方含有非门诊特殊病使用药物的情况。同时,医保系统无法实现刷卡自动提取、匹配异地门诊特殊病身份、病种的功能,医院收费员需要在收费系统里手动选择特殊病门诊后才能找到患者享受的特殊病病种,并在系统里正确选择特殊病病种来完成操作。如果没有审批表参照,收费员很难快速、正确的操作。医保系统在实现门诊特殊病联网结算时会判断医生处方病种是否与审批特病病种一致、会判断处方药品是否与审批病种用药一致,如果上述情况不一致,医保系统则无法成功结算。

2.3 门诊特殊病患者享有多个特病病种问题

年长的患者通常患有两种或以上的门诊特殊疾病。这类患者在结算过程中会产生新的问题。以同时享受糖尿病和冠心病门诊特殊疾病待遇的患者为例,医生根据两种疾病的不同分别开了两张门诊处方,医院收费员分别按照不同的病种入系统结算,糖尿病用药实现了现场报账,冠心病用药却未实现现场报账。这种情况令人费解,首先,患者明确告知已在参保地医保局审批通过了两种特病;其次,医生按照系统要求分病种下诊断且分别开具处方,没出现病种和药品不匹配及处方中含有非门诊特殊病用药的情况;再次,收费员选择门诊特殊病进入系统,按照不同特殊病分别操作,各项操作无误。既然各个环节都没问题,且有部分药品实现了现场结算,那么问题出在哪里呢?医院和参保地医保局取得联系后,双方共同查找原因发现,患者虽然在参保地医保局审批通过了两种门诊特殊疾病,但

是在参保地医保局系统里,只认定糖尿病可在我院享受联网结算,冠心病没有认定医院。所以,虽然在医院的医保系统里能选择患者享受的门诊特病病种,但是却看不到患者医保局是否认定了我们医院结算相应的病种的资格,医院在为患者处理问题的过程中毫无头绪,费时费力,增加了医院和患者的时间成本的同时,大大降低了联网结算的成功率。

2.4 医院无法判别哪些项目属于门诊特殊疾病患者报销范围

医生接诊异地门诊特殊病患者时开具病种适应症用药,但是在进入医保系统时,部分药品却无法享受现场结算,这和各地区医保局的门诊特殊病政策有关,医保局在设定门诊特殊病政策时可能限制了病种的报销用药,但是却未明确告知患者,患者普遍认为只要是特殊病用药均可报销,对于医院无法实现联网结算表示不能接受。医院也无法知晓参保地医保局对于具体的疾病限制的报销药品范围,无法有针对性的向患者解释。

3 医院门诊特殊病异地就医联网结算常态化运行建议

3.1 增强医保系统稳定性

门诊特病异地就医联网结算系统是在住院异地联网结算系统基础上开发的,在与各地区系统融合的过程中会出现各种系统问题,需要加强地区间排查系统问题的力度,增强医保系统稳定性。

3.2 设置统一的门诊特殊疾病异地联网结算政策和流程

门诊特殊疾病的病种数量、类型划分、待遇设置等是由各地区医保部门结合地方实际情况制定,存在较大差异。这种差异使医保系统里的待遇方式设置不同,同一病种地区间可能特病归属类别不同,如血液透析在某地区为二类特殊疾病,在另外的地区为三类特殊疾病,享受的待遇完全不同。各地医保部门只能请此类特殊疾病患者回参保地报销。所以政策和流程的统一是实现地区间联网结算互通的关键因素。

3.3 规范结算操作

可统一规范门诊特殊疾病患者异地联网结算时,向医院出示享受待遇的审批表,或是设置全国统一的患者特殊疾病待遇查询系统,便于医院准确判定患者享受的待遇、报销范围内药品和诊疗项目。

3.4 明确指定各地区医保部门此项工作负责人

医院在为患者提供门诊特殊病联网结算遇到问题时,只有快速、准确联系到患者参保地医保部门负责此项工作的人员才能高效扫清联网结算工作的突发性障碍。所以,建议向医疗机构公布全国各地区该项工作负责人的联系方式。

4. 小结

医疗保险异地就医联网结算是一件利国利民的民生大事,然而门诊特殊疾病异地联网结算存在的问题严重阻碍了享受这一待遇的患者数量的增加,为了使这项工作真正惠及所有医保患者,需要进一步增强医保系统稳定性、设置统一的异地门诊特殊疾病联网结算政策和流程、规范结算操作、明确指定各地区医保部门此项工作负责人,从而使联网结算工作更顺畅、真正方便就医患者。

参考文献:

【1】焦卫平,吉训明,郭娜.医疗保险异地安置流程管理存在的问题与思考【J】.中国医院,2008,12(12):78-79.

【2】李芬.基本医疗保险异地就医结算服务研究【J】.中国卫生事业管理,2015(3):197-200.