### 关于《广西基本医疗保险就医管理暂行办法》的政策解读

为适应新形势新变化，构建新发展格局，进一步完善全区异地就医政策，深化医疗保险跨省异地就医直接结算改革，我局制定《广西基本医疗保险就医管理暂行办法》（以下简称“办法”）。该办法于2023年1月1日开始实施，现将主要内容解读如下：

****一、《办法》出台背景及意义****

现行《广西壮族自治区人力资源和社会保障厅关于印发广西基本医疗保险就医管理暂行办法的通知》（桂人社发〔2017〕6号）于2017年2月21日印发，是参保人员就医购药、定点医疗机构提供基本医疗保障服务、医保部门实行管理监督的基本遵循。近年来，随着社会经济不断发展、区域一体化管理持续扩大，群众就业选择和人口流动性加大，参保人员的就医需求、就医环境和就医方式等发生了较大的变化，对政府职能部门“放管服”工作提出了更高的要求，为适应新形势新变化，进一步规范基本医疗保险就医管理，根据国家、自治区有关文件精神，我们重新制定本《办法》。《办法》进一步规范参保人员就医行为、定点医疗机构医疗服务行为，完善了全区统一的异地就医政策，健全了工作机制，为持续提升人民群众异地就医直接结算的获得感、幸福感和安全感提供了更加有力的制度保障。

****二、《办法》主要内容****

（一）调整行文依据。新增《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令第735号）、《国家医保局 财政厅关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算的通知》（医保发〔2022〕22号）为行文依据；

（二）规范部分表述。如：“社会保险”修改为“医疗保障”、“计生行政部门”修改为“卫生健康部门”等。

（三）统一部分表述。社会保障卡、医保电子凭证等有效证件统称为“医疗保障凭证”。

（四）删除部分规定。如：1.“参保人员出院后14天内，不能因同一种疾病再次住院；如因病情变化确需在14天内再次住院治疗的，由定点医疗机构报社会保险经办机构备案。不经备案的，社会保险经办机构按分解住院拒付相关费用。”，分解住院等违规行为及处理在《医疗保障基金使用监督管理条例》中已进行明确。2.“先统筹区内后统筹区外、先自治区内后自治区外”等转诊的限制。

（五）规范参保人员住院期间需外出诊治和购药的管理结算要求。明确定点医疗机构应保障参保人员住院期间合理诊疗需求，原则上不允许参保人员在住院期间到其他定点医疗机构检查治疗或定点零售药店购药；确因病情需要到其他定点医疗机构检查治疗或定点零售药店购药的，经定点医疗机构同意后，定点医疗机构应将相关费用纳入住院费用一并结算。

（六）调整完善异地就医管理内容。

1. 明确直接结算支付政策，区内、跨省异地就医均执行就医地目录，参保地政策。

2. 根据《国家医保局 财政厅关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算的通知》的要求，修改长期异地就医人员在异地生活工作的时间为6个月，备案有效期不低于6个月。

3. 明确转诊到统筹地区外自治区内国家区域医疗中心的住院的医保待遇，按参保地三级定点医疗机构的待遇支付比例执行。

4. 明确长期异地备案后参保地、就医地双向享受待遇，待遇标准不变。

5. 规范承诺制备案的待遇。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，可在补齐相关备案材料后在备案地和参保地双向享受医保待遇。

6. 取消急诊备案、转诊备案等临时备案在5个工作日办理的规定；修改了先备案后住院才能享受与参保地就医同等待遇的限制和逾期或未备案住院降低待遇标准的规定，明确符合条件异地就医人员补备案后，享受与办理异地备案手续同等的待遇标准。

7. 规范短期异地就医备案、转诊备案的时效为6个月，有效期内可在就医地多次就诊并享受直接结算服务。

8. 调整符合条件转诊并且按规定办理备案手续的人员区内异地就医的待遇不降低，与参保地就医同等待遇。

9. 异地就医人员符合转外就医规定的，享受参保地转诊转院政策待遇。

10. 明确自治区内区域就医结算一体化政策。