



我市居民医保门诊慢特病待遇标准有变化

4月起执行新方案

本报记者 高燕

执行全省统一的46种门诊慢特病病种和相应的准入(退出)标准、门诊慢特病不设起付标准、门诊慢性病按病种设置季度支付限额……按照城乡居民医保省级统筹门诊慢特病相关政策规定,结合我市现行政策和基金支撑能力,日前,市医保局、市财政局、市卫

健委联合印发了《关于进一步规范城乡居民基本医疗保险门诊慢特病保障制度的实施方案》,4月起,我市居民医保门诊慢特病有新变化,通过采取分步实施、逐步调整报销比例和支付限额的办法,实现到2027年底前与全省居民医保门诊慢特病待遇标准统一。

46种疾病
纳入门诊慢特病
病种范围

“2020年以来,我省统一规范全省居民医保门诊慢特病病种及准入(退出)标准,实现了参保居民享受待遇‘门槛’统一,促进了区域间待遇基本公平。”市医保局相关工作人员表示,为推动实现居民医保省级统筹,我市明确,今年4月起执行全省统一的46种门诊慢特病病种范围和准入(退出)标准。

据了解,门诊慢特病分为门诊特殊疾病和门诊慢性病。其中,门诊特殊疾病包括:恶性肿瘤门诊治疗、器官移植抗排斥治疗、血友病、尿毒症透析、结核病、重症精神疾病(包括精神分裂症、双相障碍、妄想性障碍、分裂情感性障碍、癫痫性精神病、重度以上精神发育迟滞)、再生障碍性贫血(慢性)、原发性骨髓纤维化、真性红细胞增多症、原发性血小板增多症和免疫性血小板减少症(原发性)11种。

门诊慢性病包括:糖尿病(合并严重并发症)、甲状腺功能减退(亢进)症、肾病综合征(原发性)、慢性肾功能不全(慢性肾疾病3-5期)、肝硬化(失代偿期)、炎症性肠病、脉管炎、股骨头坏死、慢性骨髓炎(化脓性)、慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、肺源性心脏病、高血压3级(极高危)、冠状动脉粥样硬化性心脏病、心脏瓣膜病(器质性)、慢性心力衰竭、病毒性肝炎(慢性)、重症肌无力、阿尔茨海默病、癫痫、肝豆状核变性、脑血管病后遗症、帕金森病、中枢神经系统脱髓鞘疾病、干燥综合征(舍格伦)、类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、膝关节骨性关节炎、系统性红斑狼疮、系统性硬化症、白癜风、银屑病、氟骨病、大骨节病、克山病35种。

互斥病种
不可同时
享受待遇

市医保局相关工作人员介绍,此次我市门诊慢特病与全省统一互斥病种,其中,尿毒症透析和器官移植抗排斥治疗(肾移植)、慢性肾功能不全和尿毒症透析或器官移植抗排斥治疗(肾移植)、肾病综合征(原发性)和尿毒症透析或器官移植抗排斥治疗(肾移植)、肝硬化(失代偿期)和器官移植抗排斥治疗(肝移植)、肝硬化(失代偿期)和病毒性肝炎、原发性骨髓纤维化和恶性肿瘤(急性白血病)、肺源性心脏病和慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘和慢性阻塞性肺疾病不可同时享受待遇。移植器官再次出现相关病情且符合门诊慢特病标准的,可再次申请。

参保居民同时患有多个门诊慢特病的,除互斥病种外,参保居民可按规定叠加享受待遇。其中,多个病种均为门诊特殊疾病的,累计按照居民医疗保险统筹基金年度最高支付限额执行;多个病种均为门诊慢性病的,在待遇水平最高病种限额的基础上,其他病种按照其限额标准的50%执行;多个病种同时包括门诊特殊疾病、门诊慢性病的,门诊特殊疾病累计按照居民医保统筹基金最高支付限额执行,一种门诊慢性病的按该病种最高支付限额执行,有多种门诊慢性病的,在待遇水平最高病种限额的基础上,其他病种按照其限额标准的50%执行。

居民医保
门诊慢特病
不设起付标准

4月起,我市门诊慢特病医保基金支付范围与全省统一。门诊慢特病医保基金支付范围包括与认定病种相关且符合基本医疗保险药品、医用耗材和医疗服务项目目录的药品(西药、中成药、中药饮片及院内制剂)、检查、检验、治疗及医用耗材等医疗费用。纳入“双通道”管理的药品按照“双通道”药品支付政策执行。

同时,统筹考虑全市医保基金承受能力和疾病诊疗需要,我市参保居民待遇标准将逐步与全省统一。从4月起,我市居民医保门诊慢特病不设起付标准,乙类项目按住院政策规定执行先行自付,符合政策规定的门诊医疗费用由居民医保基金支付,支付比例为:2025年4月1日起,三类收费标准(二级乙等及以下医疗机构)支付比例80%,二类收费标准(三级乙等及二级甲等医疗机构)支付比例70%,一类收费标准(三级甲等医疗机构)支付比例65%;2026年4月1日起,三类收费标准(二级乙等及以下医疗机构)支付比例75%,二类收费标准(三级乙等及二级甲等医疗机构)支付比例70%,一类收费标准(三级甲等医疗机构)支付比例65%;2027年4月1日起,我市与全省居民门诊慢特病待遇标准统一,支付比例统一为70%。

市医保局相关工作人员告诉记者,门诊慢特病医保基金支付额度纳入居民医保基金年度最高支付限额计算。门诊慢特病医疗费用经居民基本医保报销后,政策范围内个人自付费用还可按规定纳入居民大病保险、医疗救助保障范围。

门诊慢特病
医药服务
实行定点管理

采访中记者了解到,我市门诊慢特病医药服务实行定点管理,原则上由纳入医保定点的二级及以上医疗机构、社区卫生服务中心(站)、乡镇卫生院承担,接诊医师根据慢特病特点及诊疗需要,可为符合条件的患者开具4至12周的长期处方。市医保局同时要求定点医院要严格执行医保政策和服务协议规定,合理诊疗、合理用药,严禁超剂量、超范围开具处方等违规行为,并妥善保存参保人员病历、处方、购药记录等资料,做到诊疗、处方、交易、配送可追溯、可监管。

为强化门诊慢特病资格认定、规范诊疗、合理使用医保基金,我市各级医保部门还将进一步加强门诊慢特病日常管理和监督检查,对认定中弄虚作假的专家,取消门诊慢特病鉴定专家资格,并根据医保服务医生管理有关规定处理;对认定中以权谋私的工作人员或以欺诈、伪造证明材料以及其他手段骗取门诊慢特病待遇的参保患者,按《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》有关规定处理。医保部门还将通过大数据手段加强对各定点医院门诊慢特病结算费用的日常监管,对超范围诊疗用药等不合理费用,在结算时予以扣减,并按协议规定予以处罚。

此外,为方便参保群众及时便捷申办门诊慢特病待遇,市级医保经办机构将不断规范、优化全市门诊慢特病经办流程,精简申报材料,缩短办理时限。门诊慢特病受理到办结时限不超过20个工作日,恶性肿瘤门诊治疗、器官移植抗排斥治疗、尿毒症透析等诊断明确、易于鉴定的门诊慢特病病种,随时受理,及时办结。同时进一步完善异地就医结算平台,有序扩大异地就医直接结算病种范围,为参保群众提供便捷高效的服务。市、县(区)两级医保经办机构还将积极开展慢特病网上申请、鉴定,提升申办效率。

相关链接

4月1日起,职工医保同步执行《关于进一步规范城乡居民基本医疗保险门诊慢特病保障制度的实施方案》规定的门诊慢特病病种范围、准入(退出)标准、互斥病种和基金支付范围。职工医保门诊慢特病也分为门诊特殊疾病和门诊慢性病,门诊特殊疾病和门诊慢性病病种范围与居民医保一致,其中门诊特殊疾病参照住院管理,不单独设置年度支付限额,按照职工医保统筹基金年度最高支付限额执行。



市民在医院办理医保相关业务

高燕 摄