

武汉市门诊慢特病患者如何报销？

权威政策解答来了

“门诊慢性病、门诊特殊疾病(以下简称‘门诊慢特病’)如何申报”“申报通过后如何就医”“门诊慢特病病种认定期限是多久”……11月14日,武汉市医保局更新了《武汉门诊慢特病医保政策明白卡》,对相关热点问题进行系统解读,帮助广大参保人员了解政策要点,促进惠民政策落地。

门诊慢特病是门诊慢性病和特殊疾病的统称,系指那些经临床诊断,治疗方案明确,在病情稳定情况下不需要住院治疗,但需要长期依赖药物治疗或其他治疗手段来维持病情稳定的疾病。这些疾病由于治疗周期较长,一般来说,医疗费用相对较高,患者负担也相对较重。患有符合门诊慢特病病种认定条件的参保人员可按规定申请我市门诊慢特病待遇,认定后在相应疾病的诊治过程中发生的相关费用按我市门诊慢特病种保障有关规定进行支付,享受除普通门诊和住院治疗之外的医保待遇。与普通门诊相比,门诊慢特病患者享有更高的报销比例和更高的封顶额度。

据介绍,今年起,为更好保障部分医疗费用负担高、诊断明确、适合在门诊治疗的门诊慢特病患者医保待遇享受,切实减轻参保患者门诊医药费用负担,我市按照全省统一要求,对门诊慢性病和门诊特殊疾病病种目录(含病种名称、复审期限等)、准入标准及报销政策进行了规范、优化,全市进一步统一各病种待遇标准。此次调整主要体现在四个方面:包括将9个新增病种纳入保障范围;明确门诊慢特病的待遇标准;与原门诊慢特病待遇政策紧密衔接以及优化经办服务等。

我市门诊慢特病病种数量增至37类

从今年起,我市按照全省统一要求优化调整了门诊慢特病病种数量和结构。

增加病种类别。在我市原有门诊慢特病28类病种基础上新增9类病种,其中特病增加4类(地中海贫血、结核病、生长激素缺乏症、肝豆状核变性),慢病增加5类(慢性骨髓炎、支气管哮喘、特发性肺间质纤维化、阿尔茨海默病、慢性心力衰竭),总病种数量从原有28类增至37类(其中,慢性肾功能衰竭包含慢性肾功能衰竭和慢性肾功能衰竭透析,分别列为门诊慢性疾病和门诊特殊疾病两类,医保待遇按38类计算)。

增加细分病种。门诊特殊疾病中,器官移植抗排斥治疗病种中增加了骨髓移植、心移植、肺移植、肝肾移植、干细胞移植、角膜移植术后抗排斥治疗6个细分病种;苯丙酮尿症门诊待遇由城乡居民医保扩展到职工医保。

部分门诊慢特病病种报销待遇提高

目前,我市门诊特殊疾病报销比例为职工医保在职职工89%(退休职工为91.2%)、城乡居民医保报销比例为70%(大学生为90%),不单独设置年度支付限额,与普通门诊、门诊慢性病、住院等医疗费用报销待遇合并计算,累计不超过基本医疗保险年度最高支付限额。

门诊慢性疾病报销比例为职工医保在职职工80%(退休职工为85%)、城乡居民医保报销比例为70%(大学生为90%)。对“脑瘫”病种调整年度支付限额,其中职工医保为10000元/年、城乡居民医保为8500元/年。

患有多个门诊慢性病的参保人在待遇水平最高的慢性病限额的基础上,每增加一个病种,慢性病累计支付限额增加该病种限额标准的50%,且单个病种报销额度不超过该病种的年度支付限额,总体累计不超过基本医疗保险年度最高支付限额。

此外,在医保政策衔接上,我市参保人门诊慢特病待遇、普通门诊统筹、城乡居民“两病”用药保障、湖北省“单独支付”药品政策可分别享受相应的医保待遇。在一个年度内,累计不超过基本医疗保险年度最高支付限额。

门诊慢特病病种准入标准实行分类管理

全市统一门诊慢特病医保经办服务规程,门诊慢特病病种待遇享受资格根据病种准入标准进行分类管理。其中,诊断明确、可以直接认定的病种实行备案管理;不能直接认定、需要专家鉴定的病种实行准入管理。相关病种不重复享受医保待遇。

备案管理病种:对于恶性肿瘤门诊治疗、器官移植抗排斥治疗、系统性红斑狼疮、血友病、苯丙酮尿症、脑瘫、孤独症和心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架置入术后等病种,原则上经我市三甲定点医疗机构明确诊断的,由确诊医疗机构医保办核实后,区医保经办机构按规定办理门诊慢特病待遇享受资格登记备案。

准入管理病种:对于其他门诊慢特病病种或备案管理病种未经我市三甲定点医疗机构明确诊断的,经鉴定医疗机构鉴定后,区医保经办机构根据鉴定意见进行审核确认,并按规定办理门诊慢特病待遇享受资格登记。

我市参保人通过微信搜索“湖北医疗保障”“武汉慢特病申办”微信小程序,按提示填写参保人信息、病种信息,上传相关病历材料进行门诊慢特病待遇申报。线下可通过各区医保经办机构服务窗口办理(可帮代办)。

年底将新增5种门诊慢特病纳入医保跨省直接结算

为方便流动人员和随迁人员异地享受医保带来便利,今年9月,国家医保局会同财政部发布消息,将稳妥有序扩大跨省直接结算门诊慢特病病种范围,明确慢性阻塞性肺疾病、类风湿关节炎、冠心病、病毒性肝炎和强直性脊柱炎5种门诊慢特病相关治疗费用将新增纳入跨省直接结算范围。据介绍,年底前,国家将组织所有统筹地区统一上线门诊慢特病扩围病种的跨省直接结算服务。

此前,武汉市作为参保地和就医地已双向开通高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排斥治疗等5种门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算。

我市已认定上述5种门诊慢特病资格的参保人通过国家医保服务平台App、国家异地就医备案微信小程序、国务院客户端小程序、鄂汇办App、湖北政务服务网等线上渠道或全市辖区医保经办大厅、各乡镇(街道)政务服务中心、村(社区)便民服务中心申请办理异地就医备案后,可在外省开通门诊慢特病跨省结算的定点医疗机构直接结算。外地已认定上述5种门诊慢特病资格的参保人员,按照参保地异地就医规定办理备案后,也可在我市开通门诊慢特病跨省结算的定点医疗机构直接结算。

据介绍,武汉市在省统一部署下,正逐步将符合规定的定点医药机构纳入到门诊慢特病跨省直接结算的范围。

本版文/胡琼之
通讯员孙建彬 李璇

链接>>>

门诊慢特病如何申报？ 怎样就医？

一、门诊慢特病待遇认定如何办理？

(一)申请。参保人员可通过“湖北医疗保障”“武汉慢特病申办”微信小程序等线上渠道或各区医保经办机构服务窗口(帮代办)等途径提出申请,并按要求提交以下资料:1.本人身份证的原件或复印件;2.病历资料(与申报病种相关的门诊病历、住院病历以及各类检验检查报告等)。患有备案管理病种的参保人员可在确诊医疗机构直接申请,由医疗机构医保办帮办,所需病历资料由医疗机构医保办协助调取。

(二)受理。区医保经办机构查验申请人的参保信息,核查申报病种与病历诊断是否相符,对符合政策规定的登记受理信息,并告知参保人员到鉴定医疗机构进行鉴定;对明显不符合政策规定的,予以退回,并一次性告知退回原因。对患有备案管理病种的参保人员,由区医保经办机构交确诊医疗机构进行核实。

(三)鉴定。医保经办机构将参保人申请信息推送至鉴定医疗机构,鉴定医疗机构组织相关领域的鉴定医师对参保人员进行鉴定;确需进行医学检查再判断的,应及时安排参保人员进行现场医学鉴定;参保人员在异地无法回汉的,鉴定医疗机构可根据当地三级医疗机构相关检查结果进行鉴定。对患有备案管理病种的参保人员,由确诊医疗机构医保办直接向诊治科室核实病情。门诊慢特病待遇认定工作一般在十个工作日内完成。

二、门诊慢特病需要重复认定吗？

我市执行全省统一的门诊慢特病复审规定。需要进行复审的病种,复审期限从本文件实施后开始计算。具体为:

复审期限为2年的病种有:脑血管病后遗症、慢性骨髓炎、病毒性肝炎、甲状腺功能异常、结核病;

复审期限为3年的病种有:支气管哮喘;

复审期限为5年的病种有:恶性肿瘤门诊治疗、慢性肾功能衰竭、糖尿病、再生障碍性贫血、慢性阻塞性肺疾病、慢性心力衰竭。

此外,参保人员的参保关系在省内正常转移接续且在我市正常参保的,已取得病种目录内门诊慢特病待遇资格的,实行互认,原则上不需再次进行申请、鉴定、审核,即可直接按我市规定继续享受门诊慢特病待遇。我市原享受门诊慢特病待遇的参保人无须重新申请认定。

三、门诊慢特病患者如何就医购药？

取得门诊慢特病待遇的参保人员,原则上可在本市选择一家门诊慢特病定点医院(二级及以上)作为首诊和复诊医疗机构,一家门诊慢特病定点医院基层医疗机构作为复诊医疗机构,一家门诊慢特病定点医院零售药店作为购药机构,但不得只选择定点零售药店购药。参保人员需变更门诊慢特病定点医药机构的,可向区医保经办机构申请办理,原则上1年可办理1次变更手续。

据介绍,我市在坚持基本医疗保险政策规定的基础上,充分考虑患者购药需求和药店分布实际,在全市范围内开设29家门诊慢特病药店,覆盖全市各辖区,基本按照每区两家进行布局,方便门诊慢特病患者“就近配药和保证用药安全”。我市29家门诊慢特病定点医院均按要求配备专业执业药师,根据医生处方指导患者用药。

目前,我市正积极探索电子处方流转,方便广大门诊慢特病患者就医购药。为更好保障参保人就医用药安全,下一步我市将加强处方管理,进一步规范定点零售药店特别是门诊慢特病药店售药行为。

