

济宁市门诊慢特病服务指南

(2024年1月)

一、基本概念

根据省文件规定，统一称谓门诊慢特病。

1、门诊慢特病是医保部门为减轻部分患有慢性疾病且需要长期门诊治疗的参保人员的经济负担而实行的一项门诊报销政策，是除普通门诊统筹、居民医保“两病”门诊用药保障和住院治疗之外的一项医保门诊报销政策。

2、药品单独支付病种，对部分门诊治疗费用相对较高、治疗用药单一、诊疗路径明确的病种纳入药品单独支付管理。

二、病种范围

居民和职工医保门诊慢特病具体病种分为甲类病种和乙类病种。详见下方二维码。



三、待遇标准

（一）报销范围。

1、纳入门诊慢特病管理范围的参保人员，在定点医药机构发生的、与纳入病种治疗相关的医疗费用，由医保基金按照规定支付。超过核定病种范围的诊疗、药品等费用或在非定点医药机构发生的费用，基金不予支付。

2、参保人员因病情需住院治疗的，住院期间不享受门诊慢特病待遇。

3、门诊单独支付药品费用按照职工医保和居民医保乙类慢特病待遇报销，单独支付药品原则上限国家谈判药品（含谈判协议期满后药品）。

（二）居民医保待遇标准。

1、起付标准：一个自然年度内，居民医保基金支付的起付标准 500 元；在中医医疗机构定点的，起付标准为 400 元；尿毒症、血友病和重度精神病门诊治疗不设起付标准。门诊慢性病的起付标准与住院起付标准分别计算

2、支付比例：甲类病种居民基本医疗保险基金支付比例为 70%，乙类病种在一、二、三级医疗机构支付比例分别为 65%、55%、45%（肺结核、肺外其他部位结核、慢性乙型病毒性肝炎、慢性丙型病毒性肝炎、肝硬化、耐多药结核和广泛耐药结核等病种在一、二、三级医疗机构的

支付比例为 65%、60%、60%)。

3、最高支付限额：一个自然年度内，甲类病种基本医疗保险基金最高支付限额为 15 万元，乙类病种最高支付限额为 6000 元。同时患甲类和乙类慢特病的，按甲类病种支付比例，一个自然年度内，基本医疗保险基金最高支付限额为 15 万元。一个自然年度内，耐多药结核和广泛耐药结核门诊慢特病医疗保险基金年度最高支付限额与住院合并计算。

(三) 职工医保待遇标准。

1、起付标准：一个自然年度内，职工医保基金支付的起付标准为 1000 元；在中医医疗机构定点的，起付标准为 900 元；尿毒症、血友病和重度精神病门诊治疗不设起付标准。门诊慢特病的起付标准与住院起付标准分别计算。

2、支付比例：甲类病种职工医保基金支付比例为 85%，乙类病种职工基本医疗保险基金支付比例为 75%；进入大额医疗费用补助范围的，支付比例为 90%。

3、最高支付限额：门诊慢特病费用最高支付限额与住院费用合并计算，执行职工医保及大病保险基金支付限额。

(四) 甲类病种合并乙类病种待遇

参加职工医保、居民医保的人员，既认定有甲类病种、又认定有乙类病种的，发生的门诊慢特病医疗费用合并计算，按照甲类病种的起付标准、支付比例和最高支付限额执行。

四、资格认定

（一）办理材料。1、《济宁市基本医疗保险门诊慢性病鉴定申请表》；2、本人身份证或社保卡的复印件；3、与申请病种相关的病历及相关材料等。

（二）鉴定流程。门诊慢特病鉴定由医保经办机构统一组织，或医保经办机构委托相应资质的医疗机构组织鉴定。甲类疾病随时鉴定，乙类疾病根据申请情况可按月或按季度鉴定。

五、就医管理

（一）经鉴定纳入门诊慢特病管理的参保人员，一个自然年度内原则上定点到参保地辖域内一家定点医药机构就诊。患有两类或两类以上不相关联疾病、且首选医院不具备诊治条件的，经参保地医保经办机构同意，可另外选择其他医疗机构就医。每名患者选择定点医疗机构最多不超过3家。就医定点医疗机构一个自然年度内不得变更。

（二）精神疾病和传染性疾病须选择精神病专科医院、传染病专科医院或设有精神疾病、传染性疾病病房的

综合医院作为定点医疗机构。

（三）以下几种情况可定点在县域外（统筹区域外）的本市内定点医疗机构：

- 1、持实际居住地长期居住证的；
- 2、由于医疗条件限制，县域内无法治疗需转诊的；
- 3、其他特殊情况。

（四）异地安置人员中通过门诊慢特病鉴定的患者，可在居住地选择一家定点医疗机构就医购药，并报参保地医保经办机构备案，发生的政策范围内医疗费用，享受市内同等医疗待遇标准。

六、监督管理

门诊慢特病参保人员要严格遵守医疗保险政策规定，已办理的门诊慢特病待遇仅限本人就医使用，不得转借他人。不得冒用他人身份信息或伪造病历文书、不得使用虚假发票等手段骗取医疗保险金。参保人员出现违反医疗保险政策规定的情形，依照有关法律、行政法规和《医疗保障基金管理条例》等，给予相应处理。

联系电话：0537-2937536

邮编：272000



济宁医保微信公众号