

# 45种门诊慢性病享医保报销

## 市人社局提醒:门诊慢性病按季度集中鉴定,甲类疾病可随时鉴定

本报记者 贾凌煜  
通讯员 衣媛 吴昊

济宁医保制度整合后,特殊疾病改名为门诊慢性病。按职工和居民不同,可享受甲乙两类共45种门诊慢性病。市直门诊慢性病每季度集中鉴定一次,其中甲类疾病可随时鉴定。患有这45种病种的参保人员,经鉴定符合条件后,再看病就医购药,就能享受报销待遇。截至目前,济宁市共有4.5万名职工和5.9万名居民享受门诊慢性病报销待遇。

►济医附院的工作人员向患者介绍医疗保险政策。(资料图)通讯员 郭召利 摄



## 报销比例高,患者家人负担轻

71岁的党大妈患有重症肌无力,只能依靠拐杖缓慢前行。这几天,她感觉身体不适,又在儿子的陪同下来到济宁市直机关医院输液。

自从4年前患上这个病,党大妈就离不开药了,隔段时间还需要打针治疗。“现在在报销待遇,门诊治疗七八天,个人就花千把块钱,医保能报销四五千元。”聊起这些,党

大妈和儿子都很高兴,幸好有门诊慢性病政策,平时打针吃药可以报销大部分医药费,这可减轻了一家人的经济负担。

在济宁市直机关医院,定点在此看病的门诊慢性病患者有4000余人。医院副院长卢加雷介绍,除了给患者提供优质诊疗服务,这里还负责市直门诊慢性病鉴定和管理工作,是门诊慢性病管理中心,每天

门诊量都在200人以上,患有门诊慢性病,患者本身长期遭受病痛折磨,心理上、经济上都有很大压力,有了门诊慢性病政策,报销比例高,患者自费用少,切实给患者减轻心理和生活负担。

根据参保职工和参保居民类别不同,参保职工一个自然年度内,纳入统筹的门诊医疗费用,1000元以上的部分,

甲、乙类疾病的支付比例分别为85%、75%;进入大额医疗救助10万元以上部分的支付比例为90%。参保居民一个自然年度内医疗保险基金支付的起付标准为500元;尿毒症透析治疗和血友病门诊治疗不设起付标准。具体来说,甲类病种医疗保险基金支付比例为70%,乙类病种支付比例为60%;一个自然年度内,甲类疾

病的最高支付限额为50000元,乙类疾病5000元,患两种或两种以上甲类疾病的最高支付限额为100000元(恶性肿瘤患者同时有两个部位肿瘤或转移肿瘤的,不再重复享受补助待遇);患两种或两种以上乙类疾病的最高支付限额6000元;同时患甲类、乙类疾病的,按照甲类疾病的支付比例,最高支付限额为55000元。

## 每季度鉴定,通过再享受待遇

在济宁市直机关医院大厅,张贴着门诊慢性病相关政策和今年二季度通过鉴定的患者名单。有的患者后面标有“增”字,意思是该患者有新增加的慢性病病种。原来,患者要享受门诊慢性病报销待遇,必须通过鉴定,每季度第一个月(1月、4月、7月、10月)的第三周的周六、

周日两天鉴定。不过,甲类疾病患者可随时申报、随时鉴定。各县(市、区)可根据实际情况,在保证参保人员申请鉴定需求基础上,适当进行调整。

参保职工和参保居民提出申请后,填写《济宁市基本医疗保险门诊慢性病鉴定申请表》,并向社会保险经

办机构提供本人身份证、医保保证(社保卡);二级以上医疗机构出具的住院病历(复印件)、一年以上门诊病历;三张一寸近期免冠照片。材料提交时间为集中鉴定当月的(1月、4月、7月、10月)5日—15日。

鉴定在具备条件的医疗机构进行。市直参保职工鉴

定在市直门诊慢性病管理中心(市直机关医院院内,红星中路20号)进行鉴定。市社会保险经办机构按照有关规定和要求,建立全市门诊慢性病鉴定专家库。每次鉴定前,社会保险经办机构在市专家库中抽取鉴定专家,组成鉴定专家组。鉴定过程中按申请鉴定人员的病情划分若干

个专家组。鉴定结束后,社会保险经办机构对集中鉴定的结果进行公示,公示时间为7天;发现鉴定结论与实际不符的,及时予以纠正。对鉴定为门诊慢性病的参保居民,社会保险经办机构发给《济宁市门诊慢性病医疗证》。

## 定点医院就诊,可即时报销

门诊慢性病患者可自主选择一家综合定点医疗机构作为慢性病门诊就医的定点医院,一个年度内不允许变更,需变更的于每年的年底到相应社保经办机构办理变更手续。

患者凭《济宁市门诊慢性病医疗证》到定点医疗机构,且由门诊慢性病医师诊治。《门诊慢性病医疗证》只

限于被确定为门诊慢性病的患者门诊就医使用,不得冒名或借用,门诊慢性病诊治时要认真核对患者身份,确保证人、证相符,并按照因病施治原则,合理检查、合理治疗、合理用药。社会保险经办机构建立门诊慢性病准入、退出机制,加大门诊慢性病医疗费用的审核力度,对伪造病历、诊断证明或冒名顶

替等采取违规手段骗取门诊慢性病资格的,一经查实,取消其门诊慢性病资格,追回已支付的资金。经查实骗取医保基金等违规行为的定点医疗机构和门诊慢性病病人,根据有关规定依法处理。

就医时,每次处方量不得超过一个月;需要静脉注射、滴注的针剂必须在定点医疗机构进行治疗;对每次就诊的

病情、检查、用药情况应详细记录在《门诊慢性病医疗证》上。实行电子病历系统的,须在院内计算机网络系统中区分门诊慢性病和普通门诊治疗记录。住院期间,不得发生门诊慢性病医疗费。因夜间急性发作产生的门诊医疗费,经医疗机构医疗保险办公室审核后纳入支付范围。

在定点医院就医的,实行

联网结算,即时报销,患者只交纳自己应负担的部分,其余部分由定点医疗机构垫付。选择门诊慢性病管理中心作为定点医院的,管理中心将简化就医流程,对《门诊慢性病医疗证》集中管理存放,并减免挂号费、门诊诊疗费,切实减轻患者的经济负担。社会保险经办机构审核后,按照规定拨付医院垫付的资金。

## 异地定点,就医更便民

被鉴定为门诊慢性病的县市区参保职工和居民,原则上选择辖区内定点医疗机构作为就医医院,严格按照门诊慢性病管理规定实行联

网结算。长期在济宁主城区居住或因技术、设备条件限制在县市区无法治疗的疑难病患者,需填写《县市区门诊慢性病异地就医审批表》,

并经参保地社保经办机构批准,可选择到济宁主城区二级以上综合定点医疗机构作为就医医院。

选择在济宁主城区就医

的参保职工和居民,持社会保障卡(或门诊慢性病医疗证)直接到济宁主城区定点医疗机构就医。发生的门诊慢性病医疗费用,按照规定

的标准报销,患者只缴纳个人应负担的部分,统筹基金应支付的部分由医院垫付,垫付资金由社保局按照规定进行结算。