

海南省门诊慢特病医保管理暂行办法明年1月1日起施行 门诊慢性特殊疾病可实行“延处方”

南国都市报12月22日讯(记者王洪旭)12月22日,海南省医疗保障局印发《海南省基本医疗保险门诊慢性特殊疾病管理暂行办法》(以下简称《办法》),明确了基本医疗保险门诊慢性特殊疾病的申请和认定、保障标准和支付范围、医疗费用结算、医疗服务管理等内容。《办法》自2024年1月1日起施行,有效期3年。



扫码看一类、二类病种

A 门诊慢特病实行病种分类管理 由病种管理向费用管理转变

《办法》适用于海南省城镇从业人员基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险的参保人员(以下统称参保人员)。基本医疗保险门诊慢性特殊疾病是指临床诊断明确、病情相对稳定、治疗方案变化不大,需长期或明确治疗周期在门诊治疗,符合基本医疗保险统筹基金支付范围的慢性病、重症疾病和特殊疾病。参保人员所患疾病属于海南省基本医疗保险门诊慢性特殊疾病病种范围的,可申请该慢性特殊疾病的门诊治疗,并按本办法规定享受医保待遇。

基本医疗保险门诊慢性特殊疾病实行病种分类管理,逐步由病种管理向费用管理转变,建立动态调整机制。海南省医疗保障行政部门负责门诊慢性特殊疾病相关政策制定,并根据国家医疗保障政策、基金运行和参保人员医疗费用负担等情况适时调整待遇保障标准。全省各级医疗保障行政部门负责指导和协调医疗保障经办机构、定点医疗机构的门诊慢性特殊疾病的经办、认定工作,对定点医疗机构进行检查和监督。

B 参保人员患多种慢特病 可申请两个慢特病门诊治疗

《办法》规定,参保人员申请慢性特殊疾病门诊治疗的,应填写《海南省基本医疗保险门诊慢性特殊疾病认定表》,附本人病历资料、检查报告、疾病诊断证明等相关材料并加盖医院印章,向符合门诊慢性特殊疾病认定条件的定点医疗机构提出申请。参保人员患多种符合门诊慢性特殊疾病的,可根据病情申请两个慢性特殊疾病门诊治疗。具备门诊慢性特殊疾病认定条件的定点医疗机构应自参保人员申请之日起5个工作日内组织专家按照参保人员所申请疾病的临床诊疗指南进行审核和认定,并将参保人员所申请疾病的相关信息及时上传至医保信息平台,实行线上备案。异地居住参保人员申请门诊慢性特殊疾病治疗的,可使用就医地《基本医疗

保险门诊慢性特殊疾病申请认定表》,并提供相关材料,向参保所在地医疗保障经办机构提出申请,参保所在地医疗保障经办机构应予以审核认定。转诊或长期异地居住(安置)的参保人员因恶性肿瘤、器官移植在省外住院治疗或门诊就医确诊的,初次申请门诊慢性特殊疾病治疗的,认定通过后,原则上自第一次异地住院治疗出院次日或门诊就医确诊当日起享受待遇。参保人员连续中断治疗一年(含)以上,需继续治疗的,应重新进行身份认证后享受待遇。全省基本医疗保险定点医药机构均为门诊慢性特殊疾病治疗的定点医药机构。参保人员可前往就近的定点医药机构进行慢性特殊疾病的门诊治疗。

C 签订家庭医生服务 门诊医保统筹基金分担比例提高5个百分点

在保障标准和支付范围方面,符合基本医疗保险规定的门诊慢性特殊疾病医疗费用由基本医疗保险统筹基金和参保人员按比例分担。从业人员门诊慢性特殊疾病医疗费用分担比例:达到足额享受医保待遇条件的,在一级及以下定点医药机构就医的,医保统筹基金和参保人员分担比例为90%和10%;在二级定点医疗机构就医的,医保统筹基金和参保人员分担比例为88%和12%;在三级定点医疗机构就医的,医保统筹基金和参保人员分担比例为85%和15%。未达到足额享受医保待遇条件的,按照海南省基本医疗保险待遇衔接有关规定执行。退休人员门诊慢性特殊疾病医疗费用分担比例:达到足额享受医保待遇缴费年限的,在定点医疗机构就医,医保统筹基金和参保人员分担比例为90%和10%。未达到足额享受医保待遇缴费年

限的退休人员,缴费年限每减少一年,医保统筹基金分担比例相应降低3个百分点。城乡居民门诊慢性特殊疾病医疗费用分担比例:达到足额享受医保待遇条件的,在一级及以下定点医药机构就医的,医保统筹基金和参保人员分担比例为90%和10%;在二级定点医疗机构就医的,医保统筹基金和参保人员分担比例为75%和25%;在三级定点医疗机构就医的,医保统筹基金和参保人员分担比例为65%和35%。未达到足额享受医保待遇条件的,按照海南省基本医疗保险待遇衔接有关规定执行。参保人员在一级及以下定点医疗机构签订家庭医生服务协议,接受慢性特殊疾病健康管理服务的,所签约家庭医生开具符合医保规定的慢性特殊疾病门诊医疗费用,医保统筹基金分担比例提高5个百分点。

D 一级及以下定点医药机构 不单设起付标准

门诊慢性特殊疾病年度医保统筹基金起付标准,与普通门诊、住院合并计算。一级及以下定点医药机构不单设起付标准;二级及以上定点医疗机构设起付标准,其中二级定点医疗机构起付标准为100元、三级定点医疗机构起付标准为200元。泌尿系统震波碎石治疗、精神和结核病不设起付标准。特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象、农村返贫致贫人口和低保边缘家庭中的一、二级重度残疾人、未成年人、老年人(60周岁及以上)不设起付标准。参保人员享受两种一类门诊慢性特殊疾病待遇的,城镇从业人员(含退休人

员)在最高一种病种定额标准基础上增加200元/月;城乡居民在最高一种病种定额标准基础上增加100元/月。其中一种是二类病种的,各按相应病种待遇标准执行。黄斑病变、泌尿系统震波碎石治疗的医疗费用单列结算,不影响其他门诊慢性特殊疾病待遇。参保人员因病情变化当月住院治疗的(泌尿系统震波碎石治疗除外),住院期间不能享受门诊慢性特殊疾病待遇。其当月门诊一类慢性特殊疾病待遇为:月定额标准按自然月天数平均计算,扣除住院天数金额。住院前已取药的,在出院次月定额中扣除相应的天数金额。

E 门诊慢特病患者 使用乙类药品无需先行自付

该《办法》规定,在医保费用结算方面,参保人员在定点医药机构发生的门诊慢性特殊疾病医疗费用,应个人支付的,由参保人员与定点医药机构直接结算;应统筹基金支付的,由医疗保障经办机构与定点医药机构进行结算。门诊慢性特殊疾病患者使用乙类药品无需先行自付,使用国家谈判药品需先行自付10%(含国家谈判药品转乙类药品)。办理异地就医备案的参保人员,在异地发生的门诊慢性特殊疾病医疗费用,就医地已实现门诊慢性特殊疾病异地联网直接结算的,按规定实行即时结算;未实现异地联网直接结算的,由参保

人员先行垫付,自费用发生之日起,原则上两年内持收费票据和医疗费用明细清单等相关材料到参保所在地医疗保障经办机构办理报销手续。未办理异地就医备案的参保人员或通过个人承诺制方式办理异地就医备案手续的参保人员,在异地发生的门诊慢性特殊疾病医疗费用,其相应的门诊慢性特殊疾病待遇降低20个百分点。参保人员补办异地就医备案的,其异地发生的门诊慢性特殊疾病医疗费用按规定支付。参保人员凭定点医疗机构开具的电子外配处方在定点零售药店配药,按规定医保统筹基金予以支付,具体办法由省医疗保障局另行制定。

F “长处方”不得跨年度开处 一次最多可开处3个月药量

慢性特殊疾病门诊治疗,应优先选用目录甲类药品,优先选用国家基本药物,优先选用通过一致性评价的品种,优先选用集中采购中选药品。不得以费用控制、药占比、医疗机构用药品规格数量、药事委员会评审等为由,影响药品的合理使用和供应保障。定点医药机构医保协议医师应当遵循诊疗规范、合理用药、对症治疗的原则,可为门诊慢性特殊疾病患者用药采取“长处方”管理,依照药品使用说明书用量,一次最多可开处3个月药量(“长处方”不得跨年度开处)。各种恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、器官移植术后一次最多可开处1个月药量。一次长处方药量未使用完之前,不得重复开处。定点医药机构医保协议医师应当严格遵循中医辨证施治原则,为门诊慢性特殊疾病患者开处中药饮片、中药配方颗粒,药量不得超过最新版《中华人民共和国药典》规定的最大用量。门诊慢性特殊疾病可实行“延处方”管

理,参保患者可持上一级定点医疗机构的门诊慢性特殊疾病“处方”到下一级定点医疗机构继续延用。有条件的市县可开展第三方药品配送和健康管理服务。

广告

信息广场
商业信息 180元/CM 周 家装建材 100元/CM 周
个人信息 80元/CM 周 4-5CM 宽
广告热线电话: 66810111 66810671

便民信息
本栏目信息 35元/行, 每行15字
低价格 高效率
温馨提示: 信息由大众发布, 消费者谨慎选择, 与栏目无关

贷款咨询
▲海南全省房抵, 公积金贷, 车抵贷款咨询, 有空间就做, 来就能贷。(电话): 18608965866