

盐城市医疗保障局文件

盐医保发〔2022〕79号

盐城市医疗保障局 关于优化城乡居民门诊慢性病保障政策的通知

各县（市）医疗保障局、市医疗保障局大丰分局、市医疗保险基金管理中心：

为进一步优化城乡居民基本医疗保险门诊慢性病（以下简称“门慢”）保障政策，切实减轻参保居民门诊医疗费用负担，根据《盐城市城乡居民基本医疗保险办法》（盐政发〔2017〕95号）等文件精神，结合我市实际，优化统一城乡居民门慢保障政策，现将有关事项通知如下：

一、病种范围

高血压病（高危以上）、糖尿病、溃疡性结肠炎、结核病（肺结核除外）、慢性肾小球肾炎、甲状腺功能亢进或减退症、银屑病

病、冠心病、肺气肿、扩张型心肌病、支气管哮喘、肺源性心脏病、慢性阻塞性肺疾病、脑梗死、艾滋病机会性感染。

二、待遇保障

1. **报销标准。**在医保定点医疗机构门诊治疗门慢病种发生的政策范围内医疗费用，一级医疗机构（含镇、街道医疗机构所属的延伸网点）就医的报销 70%，二级医疗机构（含县级人民医院、中医院）就医的报销 60%，三级医疗机构就医的报销 50%。

2. **费用限额。**经确认有一种或多种慢性病的参保居民，年度累计纳入报销的医疗费用最高限额为 3000 元。

3. **费用范围。**按照国家和省基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围及支付标准执行。

三、服务管理

1. **规范认定管理。**二级及以上定点医疗机构，按照疾病临床路径和诊断标准对参保人员门慢予以诊断和认定，并将相关信息及时上传至医保信息系统标识，加强享受门慢待遇人员实名制管理，保障参保人员享受门慢待遇。医保经办机构对门慢待遇实行复核管理，经核实定点医疗机构违规为参保人员办理门慢认定的，参保人员发生的相应门慢费用，医保基金不予支付，由定点医疗机构承担，并取消相关定点医疗机构（或医师）的门慢认定资格。

2. **建立复评机制。**建立门慢患者周期性复评机制，实行动态准入和退出，具体办法由市医保经办机构另行制定。

四、有关要求

1. **加强工作协调。**各地医疗保障部门要高度重视，强化责任，严格落实全市统一的城乡居民门慢保障政策，优化经办服务管理水平，强化部门间协作，确保符合条件的参保患者及时享受待遇。

2. **强化运行监管。**定点医疗机构要因病施治，合理检查，合理治疗，合理用药，不得开具与患者病情不相关的检查检验项目和治疗药品，杜绝超范围、超剂量、重复开药等违规现象的发生。医保经办机构要将门慢管理纳入定点医疗机构协议管理范畴，加强日常管理和监督检查，同时，做好门慢基金运行专项统计分析，防范化解基金运行风险。

3. **做好宣传引导。**各地要利用各类宣传平台，积极宣传规范门慢保障政策的重要意义及相关要求，特别要加强对参保患者、定点医疗机构合理合规治疗用药等方面的舆论引导，营造良好社会氛围，平稳推进工作落实。

本通知自2023年1月1日起执行。以往政策与本通知不一致的，以本通知规定为准。

盐城市医疗保障局
2022年11月21日



