

济人社字〔2018〕35 号

关于进一步规范职工医疗保险 门诊慢性病管理服务工作的通知

各县（市、区）人力资源和社会保障局，任城区医疗保险管理服务中心，济宁高新区劳动人事保障处、济宁太白湖新区人力资源和社会保障局、济宁经济技术开发区人力资源和社会保障局，兖矿集团员工保障服务中心，市直各定点医疗机构：

为进一步规范职工医疗保险门诊慢性病管理服务工作，更好地保障参保职工的基本医疗保险权益，根据《济宁市城镇职工基本医疗保险暂行规定》（济政发〔2000〕46 号）、《关于调整城镇职工基本医疗保险政策建立大病医疗保险制度的意见》（济政办发〔2015〕28 号）、《关于进一步加强特殊疾病门诊治疗管理服务工作的通知》（济人社发〔2013〕28 号）等文件规定，结合我市实际，现就有关事项通知如下。

一、明确门诊慢性病病种范围

门诊慢性病分为甲、乙两类，共 54 种。

（一）甲类疾病 5 种，包括：恶性肿瘤（含白血病）、尿毒症、器官移植、血友病（A、B 血管性血友病）、再生障碍性贫血。

（二）乙类疾病 49 种，包括：高血压病（3 级）、冠心病、心脏病、脑出血脑梗塞、糖尿病、甲状腺功能亢进、永久性甲状腺功能

减退、肺间质纤维化、肺心病、支气管哮喘、风湿性关节炎、类风湿关节炎、风湿性心脏病、痛风、肝豆状核变性、慢性肝炎、肝硬化（失代偿期）、溃疡性结肠炎、消化性溃疡、慢性肾炎、慢性肾功能衰竭（失代偿期）、精神疾病、癫痫、系统性红斑狼疮、重症肌无力、帕金森综合症、股骨头坏死、颈腰椎病、周围血管疾病、血管支架术后抗凝治疗、真性红细胞增多症、原发性血小板增多症、恶性贫血、特发性骨髓纤维化、骨髓增生异常综合症、结核病、银屑病、慢性盆腔炎及附件炎、前列腺增生、苯丙酮尿症、慢性心力衰竭、心脏瓣膜病、肾病综合症、瓣膜置换术、慢性阻塞性肺疾病、非瓣膜性房颤、多发性硬化症、黄斑变性疾病、青光眼。

根据我市职工医疗保险运行情况，对门诊慢性病病种范围适时进行调整。

二、落实门诊慢性病待遇标准

（一）起付标准。一个年度内，医疗保险政策范围内的门诊慢性病医疗费用起付标准为 1000 元（中医医疗机构的起付标准为 900 元）。在两家或两家以上定点医疗机构就医的，一个年度内只负担一个起付标准。

（二）支付比例。医疗保险政策范围内的医疗费用，超过起付标准以上的部分，甲类疾病支付比例为 85%，乙类疾病支付比例为 75%；进入大病保险的支付比例为 90%。

三、规范门诊慢性病就医

（一）定点医疗机构选择。门诊慢性病患者原则上选择辖区内 1 家综合定点医疗机构作为就医定点医疗机构；患有两类或两类以上不相关联疾病、且首选医院确不具备诊治条件的，经参保地社会保险经办机构同意，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年度内不得变更。

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、传染性疾病预防病房的综合医院作为定点医疗机构。

因辖区内定点医疗机构不具备诊治条件或长期在济宁市主城区居住（一年以上）的县（市、区）门诊慢性病患者，经参保地社会保险经办机构同意，可在济宁主城区选择定点医疗机构就医。

市外异地安置人员须在居住地选择一家医疗机构作为门诊慢性病定点医疗机构。

（二）门诊慢性病诊治。门诊慢性病患者必须由门诊慢性病医师诊治。门诊慢性病医师从符合条件的医保医师中选定。二、三级定点医疗机构要设立专门的门诊慢性病诊室，一级医疗机构要设立门诊慢性病门诊，由专（兼）职的门诊慢性病医师坐诊，负责门诊

慢性病的诊治。门诊慢性病患者就医时，要认真核对患者身份，确保人、证相符。

（三）门诊慢性病就医。门诊慢性病患者凭《门诊慢性病医疗证》或《社会保障卡》到定点医疗机构就医。每次就医购药处方量原则上以一个月用量为限。患有糖尿病、高血压病、冠心病、脑梗塞脑出血四类门诊慢性病或因事外出一个月以上的，经个人申请、社会保险经办机构同意后，可适当延长购药处方量，最长不超过2个月。需静脉注射、滴注的针剂须在定点医疗机构使用。住院期间不得发生门诊慢性病医疗费。因疾病急性发作发生的门诊医疗费，符合门诊慢性病病种范围的，经定点医疗机构审核后纳入支付范围。

（四）门诊慢性病转诊。因定点医疗机构检查设备或诊疗技术所限确需转外诊治的，由定点医疗机构提出转诊意见，报社会保险经办机构备案登记，发生的医疗费用由转出医疗机构按规定给予报销。未履行转诊手续发生的医疗费用，医疗保险统筹基金不予支付。

四、建立门诊慢性病动态管理机制

（一）规范门诊慢性病鉴定程序

各县（市、区）社会保险经办机构要严格门诊慢性病鉴定标准和程序（鉴定标准另行制定）。在患者提出申请的基础上，通过聘请专家或异地聘请专家的形式，定期组织门诊慢性病鉴定工作，并及时公示鉴定结果。鉴定结果要及时录入医保系统，确保参保职工享受门诊慢性病待遇。

各县（市、区）社会保险经办机构可结合实际制定门诊慢性病鉴定办法。

（二）明确门诊慢性病退出条件

已鉴定为门诊慢性病的参保职工，有下列情形之一的，终止其享受门诊慢性病待遇的资格。

- 1、所患慢性病治愈的；
- 2、中断缴费或转市外参保的；
- 3、违反慢性病管理规定的；
- 4、本人死亡的；
- 5、其他应取消门诊慢性病资格情形的。

五、完善医疗费用结算办法

（一）总控指标设置

1、总控指标确定。对定点医疗机构的门诊慢性病医疗费用实行总额控制，单独下达总控指标，不与住院费用总控指标混合使

用。按照“总量控制、质量管理、定期考核”的原则，结合医疗机构上两个年度历史费用、门诊慢性病就医人数等因素合理确定门诊慢性病总控指标。

门诊慢性病医疗费用总控指标=历史费用指标×50%+(当前费用指标±浮动费用指标)×50%。

(1) 历史费用指标。以上两个年度定点医疗机构门诊慢性病医疗服务情况和实际支出数据进行测算。具体计算公式为：历史费用指标=总额控制年度之前第二个年度门诊慢性病支付金额×40%+上年度门诊慢性病支付金额×60%。

(2) 当前费用指标。以定点医疗机构的级别、类别及承担的门诊慢性病诊治工作量等因素进行测算。具体计算公式为：当前费用指标=甲类疾病就医人数×同级同类医疗机构甲类疾病上年度平均支付费用+乙类疾病就医人数×同级同类医疗机构乙类疾病上年度平均支付费用；

(3) 浮动费用指标。参保职工因患两类或两类以上不相关联疾病选择多家医疗机构就医的，首选医院、次选医院的总控指标分别用浮动费用指标做相应的增减。浮动费用指标的具体计算公式为：浮动费用指标=乙类疾病次选医院就医人数×同级同类医疗机构乙类疾病上年度平均支付费用×25%；

对暂未开展门诊慢性病诊治工作的基层医疗机构，可实行年初预设总控指标或年中调整总控指标等办法，方便参保职工就近就医。

2、总额控制指标的下达。县（市、区）社会保险经办机构按照规定，测算并拟定所辖定点医疗机构的门诊慢性病总控指标，于每年年初报送市级社会保险经办机构；市级社会保险经办机构对县（市、区）上报的总额控制指标认真审核，经研究后行文下发。

3、总控指标的调整

（1）调整的条件

发生以下情形的，可在年中结算或年终决算时对定点医疗机构门诊慢性病总控指标予以调整：

- ①定点人数大幅度增减的；
- ②发生重组、兼并、破产、停业的；
- ③被取消定点资格终止服务协议的；
- ④其他情形需要调整的。

（2）调整的程序

定点医疗机构向同级社会保险经办机构提出申请，同级社会保险经办机构审核后报市级社会保险经办机构审批。

（二）医疗费用结算

在定点医疗机构就医实行联网结算、即时报销，参保职工只交纳个人应负担的费用，其余部分由定点医疗机构垫付。定点医疗机构须在门诊有效票据上如实打印所有费用明细，并将当天的医疗费用及时录入医疗保险网络系统；每月 10 日前将上月的医疗费用汇总表等资料报社会保险经办机构；社会保险经办机构审核后，按照

规定拨付医院垫付的资金。年度总控指标有结余的，总控指标以内的垫付费用据实结算，结余额度转下一年度使用（不包括预设总控指标的定点医疗机构）。年度垫付费用超过总控指标的，视基金结余、年度考核等情况，由医疗保险基金按以下比例给予补助：超支10%（含）以内的部分，补助60%；超支10%-20%（含）的部分，补助40%；超支20%以上的部分，由医疗机构负担。

六、加强监督管理

各县（市、区）人力资源社会保障部门要进一步加强对定点医疗机构执行医疗保险政策的监督检查，杜绝套取骗取医保基金等违规行为的发生。社会保险经办机构要加大门诊慢性病医疗费用审核力度，对采取伪造病历、诊断证明或冒名顶替等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，追回已支付的基金，情节严重的移交司法机关处理。

各定点医疗机构要建立健全门诊慢性病就医管理服务制度，遵循因病施治原则，合理治疗，合理用药，严禁诱导或推诿患者就医；做好《药品目录》内药品供应，确保药品质量，严禁销售假药、劣药、过期药；加强对医务人员的医德医风教育，切实为门诊慢性病患者提供优质便捷的服务。

门诊慢性病患者要严格遵守医疗保险政策规定，不得将《门诊慢性病医疗证》转借他人使用，不得冒用他人《门诊慢性病医疗证》，不得伪造病历文书或使用虚假发票等手段骗取医保基金。上述违法违规行为一经查实，视情节轻重，依法给予处罚。

本通知自2018年7月1日起执行。

2018 年 4 月 3 日