

沈阳市医疗保障局文件 沈阳市财政局

沈医保发〔2019〕154号

关于印发《沈阳市城乡居民医疗保险 门诊规定病种管理办法》的通知

各区、县(市)医疗保障(分)局、财政局及各有关单位:

现将《沈阳市城乡居民医疗保险门诊规定病种管理办法》印发给你们,请遵照执行。



沈阳市医疗保障局



沈阳市财政局

2019年12月31日

沈阳市城乡居民医疗保险门诊规定病种 管理办法

按照《辽宁省人民政府关于整合城乡居民医疗保险制度的实施意见》(辽政发〔2019〕12号)、《沈阳市人民政府关于印发沈阳市整合城乡居民基本医疗保险制度的实施方案》(沈政发〔2019〕19号),为进一步做好城乡居民医疗保险工作,减轻参保人员门诊慢性病医疗费用负担,结合我市实际,制定本办法。

一、门诊规定病种

将门诊规定病种按Ⅰ、Ⅱ类进行管理,具体如下:

Ⅰ类病种:包括恶性肿瘤放疗,恶性肿瘤膀胱灌注治疗,器官移植术后抗排斥治疗,尿毒症透析治疗,慢性丙型肝炎(抗病毒治疗),精神分裂症,结核病抗结核治疗,血友病,乳腺癌内分泌治疗,前列腺癌内分泌治疗,脑胶质瘤化疗(口服药物)。

Ⅱ类病种:包括糖尿病(具有合并症之一者),Ⅰ型糖尿病(限在校学生及其他未成年人),高血压病(3期),冠心病陈旧性心梗,慢性肾功能不全(失代偿期),慢性乙型肝炎及引起的代偿期肝硬化(抗病毒及相关保肝药物治疗),PCI(PTCA)术后抗凝治疗,其他部位血管支架术后抗凝治疗,冠状动脉旁路移植术后抗凝治疗,恶性肿瘤抗肿瘤治疗,重症肌无力,多发性肌炎和皮肌炎,系统性红斑狼疮,银屑病(脓疱型、关节病型、红皮病型),骨髓增生异常

综合症,真性红细胞增多症,白塞氏病,再生障碍性贫血,肺源性心脏病(心功能3级),风湿性心脏病(心功能3级),类风湿性关节炎,脑垂体泌乳素瘤,脑垂体前叶功能减退症,进行性核上性麻痹,癫痫,帕金森病,强直性脊柱炎。

二、统筹基金支付范围、标准及支付比例

符合门诊规定病种认定标准的参保人员,在门诊治疗发生的规定范围内的医疗费用,由统筹基金按比例支付,限额标准详见附件。未注明规定范围的病种参照职工医保门诊规定病种有关规定执行。

门诊规定病种统筹基金支付比例为:基层卫生医疗机构(包括一级乡镇卫生院及社区卫生服务机构)85%;一级医疗机构80%;二级医疗机构70%;三级医疗机构60%;特三级医疗机构55%。

尿毒症透析治疗中血液透析及腹膜透析统筹基金支付比例为:区、县(市)属三级(苏家屯区中心医院、新民市人民医院),二级及以下医疗机构80%;三级医疗机构70%;特三级医疗机构60%。辅助检查和用药按门诊规定病种统筹基金支付比例执行,其中区、县(市)属三级医疗机构(苏家屯区中心医院、新民市人民医院)按二级医疗机构比例执行。

三、认定程序

门诊规定病种实行认定登记备案制度,认定工作由市医保经办机构组织进行。

定点医疗机构在每月 25 日前(含 25 日)申报并经认定登记备案后,参保人员可次月享受该病种待遇;对于 PCI(PTCA)术后抗凝治疗、尿毒症透析治疗、器官移植术后抗排斥治疗、恶性肿瘤放疗、恶性肿瘤膀胱灌注治疗、其他部位血管支架术后抗凝治疗、冠状动脉旁路移植术后抗凝治疗、脑胶质瘤化疗(口服药物),定点医疗机构在每月 25 日前(含 25 日)申报并经认定登记备案后,参保人员可当月享受该病种待遇。

原城镇居民及 2019 年度新农合参保人员,已经在原经办机构认定为门诊规定病种的,自 2020 年 1 月 1 日起直接享受城乡居民医保门诊规定病种待遇。

四、参保人员就医管理

1. 门诊规定病种参保人员实行定点就医,原则上每年只允许选择一所定点医疗机构作为门诊规定病种定点医疗机构。参保人员须持社会保障卡或身份证到定点医疗机构就医。

2. I 类中各病种待遇可以兼得,参保人员按认定的病种限额标准结算;I 类病种和 II 类病种待遇可以兼得,参保人员按认定的病种限额标准结算。参保人员认定患有两种或两种以上 II 类病种的,限额标准为每年 3000 元。

3. 享受乳腺癌内分泌治疗或前列腺癌内分泌治疗病种待遇的参保人员不能同时享受恶性肿瘤抗肿瘤治疗病种待遇;

享受尿毒症血液透析治疗病种待遇的参保人员不能同时享受尿毒症腹膜透析治疗病种待遇;

享受尿毒症透析治疗病种待遇的参保人员不能同时享受高血压肾病、慢性肾功能不全、肾移植术后抗排斥病种待遇；

享受肾移植术后抗排斥病种待遇的参保人员不能同时享受慢性肾功能不全病种待遇。

4. 恶性肿瘤放疗、恶性肿瘤膀胱灌注治疗、脑胶质瘤化疗(口服药物)及血友病需进行年度复检。

五、定点医疗机构管理

1. 门诊规定病种实行定点管理。我市医保定点医疗机构,可自愿申请承担门诊规定病种服务。自愿承担门诊规定病种的定点医疗机构,须与市医保经办机构签定服务协议,接受市医保经办机构的管理,并按协议规定协助市医保经办机构做好门诊规定病种的信息上传以及参保人员管理等工作。原城镇居民及新农合门诊规定病种定点医疗机构自 2020 年 1 月 1 日起自愿承担城乡居民门诊规定病种就诊职能。

2. 承担门诊规定病种服务的定点医疗机构要严格执行医保政策,对参保人员门诊就医情况详细记载。经治医生要根据参保人员病情“合理检查、合理用药、合理收费”。

3. 已经认定为门诊规定病种的参保人员,如果连续 12 个月未进行门诊规定病种治疗的,自动取消门诊规定病种待遇,如需申办按照初检程序办理。

4. 市医保经办机构应加强对定点医疗机构的协议管理,并组织做好参保人员的门诊规定病种认定备案工作。

六、本通知自 2020 年 1 月 1 日起实施。

附件:1. 城乡居民医疗保险 I 类门诊规定病种限额标准

2. 城乡居民医疗保险 II 类门诊规定病种限额标准

附件 1

城乡居民医疗保险 I 类门诊规定病种限额标准

序号	病种	限额标准	备注
1	器官移植术后抗排斥治疗	33000 元/年	
2	恶性肿瘤膀胱灌注治疗	20000 元/年	
3	慢性丙型肝炎（抗病毒治疗）	20000 元/年	限 12 个月
4	脑胶质瘤化疗（口服药物）	20000 元/年	
5	乳腺癌内分泌治疗	6000 元/年	
6	前列腺癌内分泌治疗	6000 元/年	
7	血友病	重型：2400 元/月	
		中型：1000 元/月	
		轻型：500 元/月	
8	结核病抗结核治疗	2600 元/年	限 12 个月
9	精神分裂症	2600 元/年	
10	尿毒症透析治疗		血液透析治疗包含透析液、生理盐水、肝素、管路及造瘘；腹膜透析治疗包含腹膜透析液、管路及碘伏帽。辅助检查包含血细胞分析、肾功能、血电解质、肝功能、血糖、血脂、铁指标、甲状旁腺激素测定、肝炎病毒标记、人免疫缺陷病毒抗体、梅毒血清学指标、心电图、胸片等；辅助用药包含重组人红细胞生成素、降压药、降磷药、钙剂及钙代谢调节剂、铁剂等。血液透析费个人先行自付比例不另行计算。
11	恶性肿瘤放疗		

备注：尿毒症透析治疗参保人员办理异地就医的，限额标准按照相应的医院结算标准执行。

附件 2

城乡居民医疗保险 II 类门诊规定病种限额标准

序号	病种	限额标准	备注
1	糖尿病（具有合并症之一者）	2600 元/年	
2	I 型糖尿病	2600 元/年	限在校学生及其他未成年人
3	高血压病（3 期）	2600 元/年	
4	冠心病陈旧性心梗	2600 元/年	
5	慢性肾功能不全（失代偿期）	2600 元/年	
6	慢性乙型肝炎及引起的代偿期肝硬化（抗病毒及相关保肝药物治疗）	2600 元/年	
7	PCI (PTCA) 术后的抗凝治疗	2600 元/年	限术后 12 个月
8	其他部位血管支架术后抗凝治疗	2600 元/年	限术后 12 个月
9	冠状动脉旁路移植术后抗凝治疗	2600 元/年	限术后 12 个月
10	恶性肿瘤抗肿瘤治疗	2600 元/年	限抗肿瘤药物、放、化疗期间的支持对症治疗（如升血、保肝治疗等）、术后造口护理及材料；门诊肿瘤复查（包括肿瘤标志物 肺腹部 ct，超声检查，核磁共振 骨扫描 血常规 肝肾功能 血糖 血离子 肝炎系列 甲状腺功能 心电图 心脏彩超 心功能 动态心电图，胃镜，肠镜，乳腺钼靶等项目）
11	重症肌无力	2600 元/年	
12	多发性肌炎和皮肌炎	2600 元/年	
13	系统性红斑狼疮	2600 元/年	
14	银屑病（脓疱型、关节病型、红皮病型）	2600 元/年	
15	骨髓增生异常综合症	2600 元/年	
16	真性红细胞增多症	2600 元/年	
17	白塞氏病	2600 元/年	
18	再生障碍性贫血	2600 元/年	血液及血液制品除外
19	肺源性心脏病（心功能 3 级）	2600 元/年	
20	风湿性心脏病（心功能 3 级）	2600 元/年	
21	类风湿性关节炎	2600 元/年	
22	脑垂体泌乳素瘤	2600 元/年	
23	脑垂体前叶功能减退症	2600 元/年	
24	进行性核上性麻痹	2600 元/年	
25	癫痫	2600 元/年	
26	帕金森病	2600 元/年	
27	强直性脊柱炎	2600 元/年	

沈阳市医疗保障局办公室

2019 年 12 月 31 日印发