

# 淄博市医疗保障局文件

淄医保发〔2020〕47号

## 关于做好门诊慢性病医疗服务和医疗费用 结算有关问题的通知

各区县医疗保障分局：

为做好我市基本医疗保险门诊慢性病医疗服务管理和医疗费用结算工作，根据我市医疗保险有关文件规定，现就有关问题通知如下：

### 一、门诊慢性病协议服务单位实行联网管理

门诊慢性病协议服务单位（以下简称“协议服务单位”）实行联网管理。与医疗保险经办机构签订门诊慢性病医疗服务协议的社区卫生服务机构、门诊（卫生所、室、保健站等）、零售药店、医院，应按要求安装视频监控和门诊慢性病联网相关软件，实现联网监控和医疗费用的联网审核、结算，未按照相关要求进

行联网的，医疗保险经办机构将终止与协议服务单位的医疗服务协议。

协议服务单位应为门诊慢性病人建立个人档案。使用门诊慢性病专用大病历，完整记录病情变化及诊治经过，辅助检查资料、诊疗处方载入个人档案。各种药品及诊疗费用相关数据按规定实时上传医疗保险经办机构。

## 二、门诊慢性病医疗费实行限额管理

门诊慢性病参保人就医购药发生的医疗费用实行限额管理，相关限额规定如下：

1.单病种限额。门诊慢性病参保人在签约协议服务单位中的社区卫生服务机构、门诊和零售药店就医，发生的医疗费用实行限额管理。门诊、零售药店年度发生符合政策规定医疗费用限额设定为每人4000元，社区卫生服务机构年度限额见附件。门诊、零售药店和社区卫生服务机构限额实行累加冲减计算。肾移植参保人限额管理按有关文件规定执行。

在签约协议服务单位中的医院就医，发生的医疗费用不受限额限制，按照门诊慢性病有关规定补助。

门诊慢性病参保人在已与医疗保险经办机构签订慢性病服务协议的有关企事业单位（包括学校）所属卫生室、乡镇卫生院以及其它一级医院等基层卫生服务机构就医发生的医疗费用，按照社区卫生服务机构的限额标准执行。

2.多病种限额。门诊慢性病参保人每增加一个病种，在原来

限额标准上增加 1000 元，最多增加 2000 元。

3.超限额申请。门诊慢性病参保人在签约门诊、社区卫生服务机构、药店就医购药，在超出限额时，应到签约的医院就医购药；如到签约的医院就医购药确有困难的，可向所属的医疗保险经办机构提出增加限额申请，医疗保险经办机构组织医疗专家评审确认后，确定其中一家签约单位就医，限额可提高至 1.5 万元。1.5 万元以内（含 1.5 万元）的实行联网结算，1.5 万元以上的，应在门诊慢性病大病历中详细记载就医用药情况，发生的医疗费用由参保人全额垫付，年底经所参保的医疗保险经办机构审核后，纳入慢性病补助范围。

### 三、门诊慢性病医疗费用结算管理

门诊慢性病参保人须持医保医师开具的处方（包括电子处方）购药，门诊慢性病相关检查费用纳入慢性病补助范围；在门诊治疗期间，发生的与门诊慢性病种诊疗无关的医疗费用，统筹基金不予补助。门诊慢性病协议医疗机构和药店上传的药品，应严格按照药品使用说明书审核其适应范围，不属于治疗门诊慢性病人慢性病种的药品，不纳入结算范围，由签约协议医疗机构和药店承担。

#### （一）门诊慢性病参保人市内就医

一个年度内，参保职工门诊慢性病起付标准与住院起付标准合并计算，确定为 1000 元，参保居民门诊慢性病起付标准为 500 元。参保人在门诊慢性病实行联网结算的协议服务单位就医时发

生的符合规定病种的门诊医疗费用，参保职工先由个人账户余额支付，个人账户不足支付的，纳入慢性病支付范围，统筹基金在职职工补助比例上限为 70%，退休人员上限为 80%，建国前参加工作老工人补助比例在退休人员补助比例上提高 6 个百分点；参保居民按 50% 的比例补助。

门诊慢性病人在市内就医，应及时与门诊慢性病协议医疗机构或药店签约，实行联网结算；未签约发生的符合政策规定的医疗费用先由参保人自负 20% 后，医疗保险经办机构再按规定进行报销。

对协议服务单位推行人头付费结算办法。根据协议服务单位类别、签约人数、年龄、病种人均支出水平并结合提供的合理服务量等其他因素综合确定月度人头结算标准，医疗保险经办机构每月据此结算协议服务单位医疗费用。

## （二）门诊慢性病参保人市外就医

参保人办理转诊手续到市外协议医疗机构就医的，符合政策规定的医疗费用，按照参加职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险的类别，先由参保人分别负担 10%、15%；到市外非协议医疗机构就医的，分别负担 20%、30%；未办理转诊手续的，分别负担 30%、40%。负担后符合政策规定的其余部分，按基本医疗保险有关规定予以补助。

已办理异地安置手续的退休人员，如未办理慢性病确认手续的，经本人申请，可以将个人账户资金划转给个人，供门诊就医

购药时使用；如已办理慢性病确认手续的，个人账户资金不再划转给个人，其门诊慢性病就医购药按慢性病有关规定执行，凭定点医院门诊病历、发票、费用明细清单、异地备案手续复印件和医保卡，每年年底到所属医疗保险经办机构结算医疗费用，其中患有恶性肿瘤、尿毒症或器官移植术后抗排异的慢性病参保人，其相关费用每季度凭相关资料报销一次。

本通知自 2020 年 8 月 1 日起实施，有效期至 2025 年 7 月 31 日。原规定与本通知不一致的，按本通知执行。

附件：《社区卫生服务机构年度限额》



(此件主动公开)

附件:

### 社区卫生服务机构年度限额

类别	病种	限额
I	★恶性肿瘤(白血病)、★尿毒症、★脏器移植、★慢性病毒性肝炎、★再生障碍性贫血、肝硬化、慢性肾功能衰竭、系统性红斑狼疮、骨髓增生异常综合征	7000元
II	★糖尿病(合并感染或有心、肾、眼、神经并发症之一者)、★高血压III期(有心、脑、肾并发症之一者)、★类风湿病(活动期)、★肺源性心脏病(出现右心室衰竭)、★脑出血(脑梗塞)恢复期、★冠心病、★阻塞性肺气肿、★结核病、★重性精神类疾病、慢性心力衰竭、慢性房颤、心肌病(原发性)、消化性溃疡、慢性肾小球肾炎、肾病综合征、白细胞减少症、血小板减少性紫癜、甲亢性心脏病、甲状腺功能减退症、皮质醇增多症、原发性醛固酮增多症、原发性慢性肾上腺皮质功能减退症、系统性硬化症、多发性硬化、震颤麻痹、运动神经元病	4500元

注: 1. “限额”是指纳入统筹基金补助的医疗费用最高额度。

2. 上述 I、II 类别为职工基本医疗保险门诊慢性病种, 其中带“★”的为城乡居民基本医疗保险门诊慢性病种。

3. 城乡居民基本医疗保险门诊慢性病种冠心病仅限出现左心室衰竭。



