商医保发〔2021〕57号

商洛市医疗保障局

关于调整城乡居民医保部分待遇指标

进一步提高待遇水平的通知

各县(区)医疗保障局、商洛高新区(商丹园区)社区管理办事处，市直各有关单位：

为全面落实国家医保待遇清单，进一步完善医疗保障制度，不断提高参保对象的医疗保障待遇水平，经市局党组会研究，并报请省局同意，决定适当调整城乡居民医保部分待遇保障指标。现通知如下:

一、提高门诊慢特病待遇保障水平。将市医疗保障局《关于规范城乡居民门诊慢特病医疗保障办法的通知》(商医保发〔2021〕10号)第二条“病种范围及费用限额”中序号第24的“尘肺病Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期”病种名称更换为“矽肺病”，不再分期，统一按原政策就高执行4200元／年的限额标准，统筹基金仍按70%比例支付，待遇有效期仍为5年；取消该通知中城乡居民医保门诊慢特病用药“只限定点医疗机构”的规定，放宽到:已经市县(区)医保经办机构认定通过的慢特病患者，凡在市内医保定点医疗机构、定点零售药店和已向市县(区)医保经办机构备案申请同意，在市外联网结算定点医疗机构、定点零售药店，按规定产生的门诊慢特病医疗费用，纳入医保统筹基金支付范围、按规定报销;鼓励患者在支付限额内与具备条件的定点医疗机构和定点零售药店“一站式”即时结算、直接结算，患者仅支付政策外个人自费及政策内按比例自付部分的费用，统筹基金支付部分由定点医药机构与医保经办机构进行结算。

要加强服务管理，按照“谁确认、谁管理”原则，由认定确认慢特病的县(区)医保经办机构负责，在发给患者的门诊慢特病治疗通知书或卡中明显标注病种名称、待遇有效期、年度基金支付限额、支付比例、购药治疗渠道等相关政策、有关要求和管理规定，向患者深入宣讲政策，规范用药、合理治疗，谨防患者误解政策、产生纠纷。

二、优化精神病患者医保待遇政策。取消市局《关于进一步完善医保支付方式严控住院费用不合理增长的通知》(商医保发〔2021〕54号)第二条第4款中关于“患者个人每天负担10元，年度内个人负担最高不超过3000元”的规定，将政策调整为:精神疾病住院费用，实行统筹基金按床日结算，城乡居民患者住院天数在60天以内的，一二三级定点医院每床日医疗总费用不得超过120元、160元、240元，统筹基金支付标准分别为100元、120元、140元；超过60天的，统筹基金支付标准分别为80元、100元、120元；每人次支付限额分别为9000元、10800元、12600元；需常年治疗的，年度内统筹基金支付限额分别为28000元、31000元、33000元。同时，实行量表支付限定，量表测查同种量表每人每周最多按一次计费；每周使用的量表品种数超过5种的，按5种计费。

患者出院时，按各自诊疗服务项目和基本医保、大病保险、医疗救助政策在医院报销；医保统筹基金每月按定额标准与医院结算支付；定点医疗机构必须按照一级医院≤5%、二级医院≤8%、三级医院≤12%的标准，严格控制患者自费率(即医疗费中，政策外自费费用占当次住院总费用的比例)；享受医疗救助的特困人员、低保对象等特殊人群，住院及门诊产生的政策外医疗费用，医保统筹基金不予支付。市县(区)医保经办机构，要通过抽查病历、电话回访、现场稽核等有效方式，监测患者负担水平和基金按床日付费的绩效。

三、提高大病保险保障水平。做好当年住院单次或者累计达到大病支付标准的报销工作。将大病保险政策范围内个人自付住院医疗费用实行年度累加，参保人员一个自然年度内就医住院的，经基本医疗保险报销后的政策范围内费用，单次或多次累计超过大病保险起付线以上的费用，大病保险报销时实行分段按比例累计支付，全年只减一次大病保险起付标准，为方便患者报销，年度内可选择单次或累计报销，支付费用一致。计算规则如下：

（一）政策范围内住院医疗费用=住院医疗总费用―个人自费费用―乙类范围个人按比例先行支付费用。

（二）大病保险可支付费用=政策范围内住院医疗费用-基本医疗保险支付费用-大病保险起付标准

（三）大病保险支付费用=第一分段可支付费用×对应分段支付比例+第二分段可支付费用×对应分段支付比例+第三分段可支付费用×对应分段支付比例。

四、提高普通门诊和门诊“两病”保障水平。将《商洛市城乡居民基本医疗保障待遇清单》(商医保发〔2019〕50号，以下简称“清单”)第一条第(一)款第2项调整成“单次（或每日）基金支付限额为50元”；取消“清单”第一条第(二)款第3项“享受‘两病’门诊用药保障的参保患者不再享受‘普通门诊’统筹待遇”的规定；患者可以同时享受“普通门诊”和高血压、糖尿病“两病”门诊用药保障统筹待遇。

五、提高住院报销比例。将“清单”中城乡居民医保参保患者，在市内二级医院、三级医院住院报销的比例各提高5个百分点，提高后市内一二三级医院分别执行85%、75%、60%，市外一二三级医院分别执行75%、65%、50%的报销比例。

六、引导建立基层首诊、双向转诊就医模式。畅通向下转诊通道，鼓励将急性病恢复期患者、术后恢复期患者及危重症稳定期患者及时转诊至下级医疗机构继续治疗和康复，参保患者在定点医疗机构间双向转诊，只收一次起付线，上转患者只需要补足高级别医院起付线，下转患者不再收取起付线。

七、全面落实直接结算制度。原则要求凡在市内外已上线使用“医保新平台系统”的联网定点医药机构住院及门诊慢特病购药，医疗费用均按我市基本医疗、大病保险、医疗救助及门诊慢特病政策直接结算报销，患者仅支付统筹基金应付以外的费用。具体结算办法，由市医疗保险经办处结合我市实际和信息系统支撑情况衔接实施。

八、本通知原则上要求2022年1月1日起执行(具体执行时间自医保新平台信息维护到位之日起)。此前相关规定与本通知不一致的，按本通知执行。本通知涉及的政策，由市局稽查科负责贯标赋码；由市局保障科负责协调相关科室和第三方信息服务提供商，按时做好新平台结算信息系统的更新维护；由市医保经办处和县(区)医保局负责，通知相关定点医药机构遵照执行，市局保障科负责跟踪督导。

商洛市医疗保障局

2021年12月23日

|  |
| --- |
| 抄送:省医保局(待遇保障处、法规与监督处、医保基金中心)，市纪委监委驻市卫健委纪监组、市财政局、市卫健委，本局局长、副局长，各科室，档(二) |
| 商洛市医疗保障局 2021年12月23日印发 |