《随州市基本医疗保险门诊慢特病保障实施办法》

如何提高参保人员待遇？参保患者如何享受门诊慢特病待遇？

9月28日，市医保局印发了《随州市基本医疗保险门诊慢特病保障实施办法》，从五个方面提高了参保人员门诊慢特病待遇。

一是扩大报销范围。原政策只报销用药费用。现政策将患者治疗所需的药品、检查、检验、治疗、医用材料等费用全部纳入门诊慢特病保障范围。

二是增加了门诊慢特病病种。在原25个病种的基础上新增12个病种，其中新增门诊特殊疾病3个：孤独症、生长激素缺乏症、肝豆状核变性；新增门诊慢性病9个：支气管哮喘、脑瘫、系统性硬化症、慢性骨髓炎、特发性肺间质纤维化、阿尔兹海默病、甲状腺功能异常、慢性心力衰竭，以及心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架植入术后。

三是取消门诊慢性病起付线。

四是提高部分门诊慢性病封顶线。居民有12个病种提高了封顶线，职工有4个病种提高了封顶线。

五是增加患有多种慢性病的待遇水平。原政策职工每增加一个病种，每月增加50元，居民患有两种以上慢性病的，每月增加30元。现政策调整为：多个病种均为门诊慢性病的，在待遇水平最高病种限额的基础上，增加待遇水平位居第二的病种限额标准的50%。

如何享受待遇：参保患者享受门诊慢特病待遇，须进行门诊慢特病的待遇认定。**1、首先个人要申请。线下通过**各级医保服务窗口或定点医疗机构申请，线上通过“湖北医疗保障”微信小程序、“鄂医保”支付宝小程序、湖北医保服务平台个人网厅等渠道，提交申报资料（含门诊病历或出院小结、检查资料等），填写《门诊慢特病病种待遇认定申请表》。**2、要通过专家鉴定。**由医疗机构副高以上职称医师进行鉴定，鉴定通过后，即可享受门诊慢特病待遇，用药、检查、检验、治疗、医用材料等费用均纳入报销范围。鉴定工作必须在10个工作日内完成。**3、备案管理病种。**对恶性肿瘤门诊治疗、器官移植抗排异治疗、系统性红斑狼疮、血友病、苯丙酮尿症、脑瘫、孤独症和心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架置入术后8种门诊慢特病，经二级及以上定点医疗机构明确诊断且提交资料齐全的，由医保经办机构实行备案管理，从受理备案之日起，即可享受门诊慢特病待遇。

修订后的《随州市基本医疗保险实施细则》对参保居民有哪些利好政策？

《随州市基本医疗保险实施细则》修订后，居民医保待遇大幅提升：

一是提高了居民门诊统筹待遇。门诊统筹年限额由200元提高至350元，日支付限额已作了较大幅度提升。

二是提高了乙类费用的报销比例。将原政策“乙类费用在甲类费用的基础上下降10%，进口材料和血液制品在甲类费用的基础上下降20%”，现政策调整为“乙类费用在甲类费用的基础上先行自付10%，再按甲类费用比例报销”。调整后提高了参保人员乙类费用的报销比例。

三是降低了异地就医起付标准。将住院转外起付线由省内1500、省内部属及其他2000元统一调整为1500元。

四是提高了基本医保和大病保险年封顶线。基本医疗保险年封顶线由12万元提高为15万元；大病保险年封顶线由30万元提高为35万元。

五是提升了参保居民生育待遇。将居民住院分娩定补800元调整为按住院费用报销待遇；孕产妇因并发症、合并症、先兆流产、流产、引产住院发生的医疗费用，纳入医保基金支付范围，参照居民医保住院相关政策执行。

异地就医怎么办理？报销比例与在市内看病有多大区别？

一、办理流程。参保人员在参保地之外的其他地方就医，先办理异地就医备案，登记所去的城市。备案后，在异地定点医疗机构就医，持医保电子凭证或社会保障卡现场系统直接结算，参保人只需支付报完销后自己应该支付的部分。

二、备案渠道。线上备案：国家医保服务平台APP、鄂汇办APP、“湖北医疗保障”微信小程序、“鄂医保”支付宝小程序。线下备案：各级医保经办服务窗口、政务服务中心。

三、报销比例。异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员备案后与本地报销政策一样;异地转诊人员降低10%；其他临时外出就医人员降低20%。

四、有效期。异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员备案长期有效；转诊和其他临时外出备案有效期为半年。