

# 濮阳市医疗保障政策问答(二)

## 健康管理及预防

二十四、什么是门诊慢特病,与普通门诊有何不同?

门诊慢特病是指诊断明确、病程长、需长期门诊治疗、用药、费用相对稳定,因患已确诊的重症慢性病需长期门诊治疗和药物支持的参保人员,可按相关规定申请,认定后发生的相应疾病门诊费用,按规定享受医保待遇。门诊特定药品是用于治疗癌症、罕见病等重特大疾病的临床必需、疗效确切、适应症明确、价格较高、适于门诊治疗的国家谈判药品纳入门诊特定药品范围,实行全省统一管理。

普通门诊保障的是“小病”;门诊慢特病保障的是“相应疾病”,较普通门诊更高的报销比例和封顶额度,且我市医疗机构可根据患者实际情况最长开具1个月的处方,有效缓解部分需要长期门诊治疗的参保群众就医负担。

二十五、我市城乡居民和职工的门诊慢性病病种一样吗?有多少种?

全市门诊慢性病病种由原来的职工24种,居民18种,统一调整为37种病种,统一病种,统一认定标准。

二十六、参保人员如何申请门诊慢性病?

参保人员可通过“河南省医疗保障公共服务平台”“河南医保”微信或支付宝小程序等线上渠道申请,也可通过濮阳市门诊慢特病定点医院辅助申报。在濮阳市门诊慢特病定点医院住院的患者,可由该院医保办协助上传近五年内的相关住院病历进行申报,也可由乡镇卫生院社区卫生服务中心和医保服务站(点)等协助上传申报。

二十七、参保人员申请门诊慢性病需要哪些材料?报销比例是多少?

参保人员申报时需要提供以下材料:申报人身份证或社会保障卡或医保电子凭证等有效身份证件;与申报病种相关的二级及以上医疗机构近五年内完整的一次住院病历(加盖有效印章);近六个月内各种与申报病种相关的检查报告单和二级及以上医疗机构出具的诊断证明书(申报时提供近六个月内完整住院病历复印件的,不再另行提供)。

参保人员发生的门诊慢性病医疗费用符合医疗保险规定的由基本医疗保险基金报销,报销不设起付线,报销比例居民为70%,在职工75%、退休人员80%,实行限额管理。门诊慢性病报销金额与基本医疗保险住院报销金额共用年度最高报销限额。

二十八、职工门诊慢性病各个病种报销标准是多少?职工门诊慢性病共37个病种,具体报销标准如下:

序号	病种名称	月支付限额	序号	病种名称	月支付限额
1	异体器官移植	第1年7000元;	18	肾间质纤维化	500元
		2-3年5000元;	19	干燥综合征	500元
		3年以上4000元。	20	结肠癌术后	500元
2	心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架装置术后(支架/搭桥/球囊)	1年内500元,	21	强直性脊柱炎	500元
		1年后200元。	22	糖尿病并发症	400元
3	恶性肿瘤	化疗药700元 非化疗药500元	23	类风湿性关节炎	400元
4	结核病	200元	24	抑郁症(中、重度)	400元
5	II型糖尿病(胰岛素)	300元	25	肝硬化失代偿期	400元
6	精神分裂症	300元	26	小儿慢性肺炎	400元
7	分类情绪性障碍	300元	27	前列腺增生(中、重度)	300元
8	持久性妄想性障碍(偏执性精神病)	300元	28	高血压并发症	300元
9	双相(情感)障碍	300元	29	帕金森	300元
10	癫痫所致精神障碍	300元	30	慢性心力衰竭	300元
11	精神发育迟滞伴精神障碍	300元	31	溃疡性结肠炎	300元
12	慢性肾功能衰竭(非透析)	800元	32	慢性阻塞性肺疾病	300元
13	骨髓增生异常综合征	700元	33	恶性肿瘤术后复发	200元
14	系统性红斑狼疮	700元	34	慢性肺源性心脏病	200元
15	肾衰竭综合征	600元	35	冠心病(非介入型)	200元
16	重症肌无力	500元	36	股骨头坏死	200元
17	痛风	500元	37	癫痫	200元

二十九、城乡居民门诊慢性病各个病种报销标准是多少?城乡居民门诊慢性病共37个病种,具体报销标准如下:

序号	病种名称	月支付限额	序号	病种名称	月支付限额
1	异体器官移植	第1年6000元;	18	肾内科综合化	400元
		2-3年4000元;	19	干燥综合征	400元
		3年以上3000元。	20	结肠癌术后	400元
2	心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架装置术后(支架/搭桥/球囊)	1年内400元,	21	强直性脊柱炎	350元
		1年后200元。	22	糖尿病并发症	300元
3	恶性肿瘤	化疗药500元 非化疗药300元	23	类风湿性关节炎	300元
4	结核病	200元	24	抑郁症(中、重度)	300元
5	II型糖尿病(胰岛素)	200元	25	肝硬化失代偿期	300元
6	精神分裂症	200元	26	小儿慢性肺炎	300元
7	分类情绪性障碍	200元	27	前列腺增生(中、重度)	200元
8	持久性妄想性障碍(偏执性精神病)	200元	28	高血压并发症	200元
9	双相(情感)障碍	200元	29	帕金森	200元
10	癫痫所致精神障碍	200元	30	慢性心力衰竭	200元
11	精神发育迟滞伴精神障碍	200元	31	溃疡性结肠炎	200元
12	慢性肾功能衰竭(非透析)	600元	32	慢性阻塞性肺疾病	150元
13	骨髓增生异常综合征	500元	33	恶性肿瘤术后复发	150元
14	系统性红斑狼疮	500元	34	慢性肺源性心脏病	150元
15	肾衰竭综合征	400元	35	冠心病(非介入型)	150元
16	重症肌无力	400元	36	股骨头坏死	150元
17	痛风	400元	37	癫痫	150元

三十、长期在外地居住的门诊慢性病参保人员如何享受待遇?

已办理异地长期居住备案手续的参保人员申报门诊慢性病待遇认定通过后,本人可通过“河南省医疗保障公共服务平台”“河南医保”微信或支付宝小程序变更定点后,可享受异地直接结算服务。

三十一、参保人员能同时享受几种门诊慢性病待遇?

参保人员可以同时享受两个不同脏器认定的两个门诊慢性病待遇。按照叠加核定的限额标准执行。一个最高限额标准的病种按100%核定,一个次高限额标准的病种按50%核定。

参保人员认定有门诊重特大疾病(含门诊特药)医保待遇,也认定有不同脏器的门诊慢性病病种待遇的,门诊重特大疾病(含门诊特药)按规定执行,门诊慢性病病种按照限额标准的50%进行医保待遇享受。

三十二、门诊慢性病认定通过后需要年审吗?如何办理?

异体器官移植、心脏瓣膜置换搭桥、体内支架放置术后(支架/搭桥/球囊)和恶性肿瘤三种支付限额标准按年度发生变化的,需进行年度复审(延期);其他慢性病病种取消年度复审(延期)。

参保人员需在门诊慢性病待遇有效期满前15日内,凭有效身份证件和近期诊断证明到参保地任意一家门诊慢特病定点医院办理年度复审(延期)手续。在门诊慢性病待遇有效期满后6个月内办理年度复审(延期)的,自复审(延期)次月起享受规定的医保待遇;在有效期满6个月后办理年度复审(延期)的,原门诊慢性病待遇作废,需按照相关规定重新申请门诊慢性病待遇认定。对超过1年未发生门诊慢性病(精神疾病除外)诊疗结算的,取消门诊慢性病待遇;因病情变化又需治疗的,需重新申请认定。

三十三、享受门诊慢性病的参保人员能申请变更定点吗?如何办理?

可以。参保人员申报病种认定通过后,确需变更定点医疗机构的,本人可通过“河南省医疗保障公共服务平台”“河南医保”微信或支付宝小程序变更或持相关资料到参保地二级及以上定点医疗机构变更。一个自然年度内可变更1次,次月生效,按规定享受待遇。

三十四、参保人员申请门诊特定药品需提供哪些材料?

参保人员需携带本人确诊病历复印件(加盖病历复印件章)或门诊病历、二级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明及其他相关申报材料,到参保地二级及以上定点医

疗机构进行申报,待遇认定通过后按规定享受相关待遇。

三十五、门诊特定药品就医有什么规定?门诊特定药品原则上1年为1个治疗周期,1个周期内可择1家定点医院,或1家“双通道”药店+1家医院(处方流转),需在同一统筹区。

三十六、门诊特定药品待遇标准是什么?参保人员使用门诊特定药品的费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围,不设起付标准。支付比例范围,参保居民医保80%,在职工85%、退休人员90%。

三十七、什么是谈判药品?

谈判药品是指国家医保局与相关药企进行价格谈判后纳入医保目录的药品。这些药品通常是临床必需、疗效确切但价格较为昂贵的专利或独家药品,包括抗肿瘤、慢性病等用药。部分谈判药品已纳入门诊特定药品“双通道”范围,参保群众可通过医疗机构和“双通道”定点药店两种渠道购买,并享受相同的医保报销。

三十八、异地就医备案包括哪些?报销标准有什么区别?

异地就医备案包括异地长期居住备案和临时外出就医备案两种。

1.异地长期居住备案(含异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作)实行“一次备案,长期有效”。以材料制办理的,可随时变更或取消备案;以承诺制办理但未补充材料的,6个月内不得变更或取消备案,且取消备案后24个月内不得再次以承诺制办理。

异地长期居住人员享受参保地、备案地双向直接结算待遇。备案有效期内确需回参保地就医,以材料制办理的,支付比例与本地同级别医疗机构保持一致;以承诺制办理,但未补充备案类型所需材料的,支付比例在本地同级别医疗机构基础上降低20个百分点;承诺制备案人员补充相应材料后,享受与材料制备案相同的就医待遇。

2.临时外出备案人员实行“一次备案,半年有效”。异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例降低10个百分点,非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员支付比例降低25个百分点。

三十九、异地就医备案需要提供哪些材料?

(一)异地长期居住人员  
实行“一次备案、长期有效”。提供材料如下:  
1.医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡;  
2.《河南省基本医疗保险异地就医登记备案表》;

## 打破误区懂医保

五十二、跟以前的新农合相比,现在的居民医保是不是太贵了?

当然不是!2016年,省、市、区印发了关于整合城乡居民基本医疗保险制度的文件,将原城镇居民医保和新农合整合统一为“城乡居民医保”,从2017年起实施统一的城乡居民医保制度。虽然缴费标准提高了,但实际享受的医保待遇也在提升:

一是对群众的服务能力和水平跨越式提升。目前,居民医保参保群众不仅可以在本县(区)、本市、本省份享受就医报销,还可以在定点医疗机构享受跨省住院费用直接结算服务,为在异地生活、旅游、工作的群众看病就医提供了坚实保障。此外,城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制从无到有,让群众不再为买药钱操心。

20年间,居民医保人均筹资标准虽然增加了390元,但医疗保障水平和服务的提升为群众带来的收益却远不是这390元可计量的。国家在对居民个人每年参保缴费标准进行调整的同时,财政对居民参保的补助进行了更大幅度的上调。2003—2025年,国家财政对居民参保的补助从每年人均不低于10元增长到不低于700元。

在不断完善的医保制度的有力支持下,全国居民就医需求快速释放,健康水平显著提升。近14亿医保参保人享受更高水平的医疗条件、更大范围的医疗保障,更高比例的医保报销,更为便利的医保服务的背后,是中国医保制度为人民生命健康的保驾护航。

五十三、我国城乡居民医保参保人数近年来持续下降吗?

这种说法是不准确的。实际上,我国基本医保参保覆盖面一直在持续提升。虽然近年来参保人数出现了一定的波动,但这主要是由于数据治理和参保结构优化等因素。一是从数据治理方面来看,自2022年起,医保部门以全国统一医保信息平台上线为契机,连续两年清理了居民医保跨省和省内重复参保数据。这导致

3.异地“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”或长期居住证明。若因特殊原因,上述材料备案时无法及时提供的,可提供《河南省基本医疗保险异地就医备案个人承诺书》。

(二)临时外出就医人员  
实行“一次备案、半年有效”。提供材料如下:

1.医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡;  
2.《河南省基本医疗保险异地就医登记备案表》;

3.异地转诊人员需提供参保地规定的定点医疗机构开具的《河南省基本医疗保险转诊转院申请表》;异地急诊抢救人员由就诊医院录入急诊信息后视同已备案;其他临时外出就医人员填写个人承诺书。

委托他人代办的,除上述材料外还需持代办人身份证,经审核后,可享受异地就医直接结算。

四十、长期在外地居住的参保人员如何办理异地备案手续?

参保人员可通过“国家医保服务平台”App、“国家异地就医备案”小程序、“国务院客户端”小程序、“河南医保”小程序或参保地经办机构服务窗口等线上线下途径提交相关资料申请,审核通过后可按规定享受异地就医直接结算。

四十一、如果不能在异地直接报销,能回参保地申请零星报销吗?需要提供哪些材料?

参保人员因各种特殊情况,未能在异地就诊医疗机构直接结算的,可提交相关材料到参保地医保窗口申请医疗费用手工(零星)报销。

(一)住院费用报销需提供以下资料:

- 有效身份证件或社会保障卡。
  - 医院收费票据。
  - 住院费用清单。
  - 出院记录。
- 急诊(精神病)提供急诊(精神病)诊断证明;急诊抢救无效死亡的可以提供门诊病历、病程记录代替出院记录或处方。

(二)门诊费用报销需提供以下资料:

- 有效身份证件或社会保障卡。
  - 医药机构收费票据。
  - 门诊费用清单。
  - 处方底方。
- 四十二、异地就医人员急诊门诊抢救无效死亡的,相关费用如何报销?

因急诊发生的门诊费用视同住院费用,由患者家属全额垫付后,持死亡医学证明及相关资料回参保地经办机构按规定报销。

## 基金监管与安全

四十三、为什么要打击欺诈骗取医保基金的行为?

医保基金是老百姓的“救命钱”,具有“专款专用”的性质,将医保基金视作“唐僧肉”而发生的欺诈骗取行为,最终损害的将是每个参保人的切身利益。近年来,欺诈骗取医保基金的行为多发频发,严重损害基金安全,损害广大参保人员切身利益,必须坚决予以打击。

四十四、哪些行为属于欺诈骗保?

(一)定点医药机构及其工作人员存在下列行为的:

- 诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药,提供虚假证明材料,串通他人虚开费用单据;
- 伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料;
- 虚构医药服务项目;
- 其他骗取医疗保障基金支出的行为。

(二)参保人员存在下列行为的:

- 利用虚假医疗服务票据、医疗文书,骗取医疗保障基金的;
- 将本人的医疗保障凭证租借他人就医或持他人医疗保障凭证冒名就医的;
- 非法使用医疗保障身份凭证,套取药品耗材等,倒买倒卖非法牟利的;
- 涉及参保人员的其他欺诈骗取医疗保障基金行为。

(三)医疗保障经办机构工作人员存在下列行为的:

- 不属于医疗保障范围的人员办理医疗保障待遇手续的;
- 违反规定支付医疗保障费用的;
- 涉及经办机构工作人员的其他欺诈骗取医疗保障基金行为。

四十五、欺诈骗保奖励举报人须符合什么条件?

奖励举报人须同时符合下列条件:

- 有明确的被举报对象和具体违法

违规线索,并提供了有效证据;

2.举报的主要事实、证据事先未被医疗保障部门掌握;

3.举报事项经查证属实,被举报行为已造成医疗保障基金损失;

4.举报人愿意得到举报奖励,并提供可供核查且真实有效的身份信息、联系方式等;

5.其他依法依规应予奖励的必备条件。

四十六、医保卡可以借给他人随便用吗?

医保卡严禁借给他人用于“冒名住院”或虚假就医,这属于欺诈骗保行为。但是,目前职工医保可以通过家庭共济,将职工医保参保人员的个人账户结余资金,可用于支付其近亲属(配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女)在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用,或在定点零售药店购买符合规定的药品、医疗器械等。还可以为近亲属代缴城乡居民医保费,体现了“一人参保,全家共济”的理念,但与“借卡看病”有本质区别。

四十七、不能享受医保报销政策的情形有哪些?

- 基本医保基金不予支付的费用:
- 应当从工伤保险基金中支付的;
  - 应当由第三人负担的;
  - 应当由公共卫生负担的;
  - 在境外就医的;
  - 体育健身、养生保健消费、健康体检;
  - 国家规定的基本医保基金不予支付的其他费用。

四十八、什么是定点零售药店的“阴阳价格”?

“阴阳价格”指医保定点药店对同一药品设置两种价格体系。一是医保结算价格,即刷卡使用医保基金支付时的价格;二是现金购买价格,即不使用医保、现金支付时的价格。

通常表现为同一药品,医保刷卡价高于现金支付价的现象。

四十九、“阴阳价格”是否合法?遇到“阴阳价格”应该怎么办?

根据《医疗保障基金使用监督管理条例》,定点药店不得以高于实际销售价格刷卡结算,药品实际销售价格应保持一,无论支付方式,“低进高刷”“虚构价格”等行为属于违法违规行为。如您遇到“阴阳价格”时,可以采取以下措施:一是当场核实。询问药品现金售价,对比医保结算价。二是索要凭证。保留购药小票、医保结算单等证据。三是及时举报。及时拨打当地医保局举报电话,或通过“国家医保服务平台”App反馈,或向当地市场监管部门反映。

五十、参保人员该如何避免遇到“阴阳价格”?

参保人员可以采取以下几种方式:一是比价三家;购药前多咨询几家药店价格;二是主动询问;明确询问“现金价”和“医保价”是否一致;三是选择透明药店;优先选择明码标价、价格公示规范的药店。

维护医保基金安全是每位参保人的权利和义务。如果您发现价格违规行为,请积极举报,共同守护百姓的“看病钱”“救命钱”。

五十一、听说职工医保和居民医保的钱会合在一起使用,是真的吗?

完全不会!一是资金分两个“池子”。职工医保资金来源是职工医保参保人个人缴费和单位缴费;居民医保来源是居民医保参保人个人缴费和财政补助。两个基金存放在不同的银行账户内,互不影响。二是国家严格监管。医保基金有专门的审计制度,会针对基金管理进行检查。如果发现职工医保的钱挪到居民医保使用,或者反过来,都属于违规行为。

简单说,职工医保和居民医保的钱是“各管各的”,就像两人各自存钱,不会互相借钱。

# 健康是幸福生活最重要的指标

## 声明

▲冯起龙(身份证号:410926198707210438):  
王伟璐(身份证号:410928199206300029)不慎将中国石化集团中原石油勘探局有限公司开具的河南增值税普通发票(发票代码:041001900104;发票编号:79141967;开票日期:2021年12月23日;金额:18415元;房号:腾飞小区010-4-05号)丢失,声明作废。

▲濮阳市童话文化娱乐有限公司的发票专用章不慎丢失,声明作废。

本报仅对广告进行形式审查,以上广告所产生的后果由刊登广告者本人(单位)承担。