

2022年辽宁省医保局会同14个地市的医保部门和定点医院共同制定了《关于规范全省门诊慢特病保障制度的通知》（辽医保发〔2022〕17号，以下简称17号文件）

17号文件从五个方面对全省职工医保和城乡居民参保人员的门诊慢特病保障制度进行规范，建立全省病种目录、统一全省病种认定标准、明确费用保障范围、合理确定待遇水平以及优化经办服务。

全省参保人员的待遇水平普遍提高，尤其是透析、恶性肿瘤、严重精神障碍等重特大疾病患者的待遇水平明显提高；在疫情防控常态化的背景下，医保的经办服务更加便捷。新政策将自2023年1月起全省施行。

2022年11月18日

辽宁省医保局

待遇保障处副处长付海龙介绍了

17号文件主要的五处亮点：

一、利于传染病的防治

以艾滋病为例,将艾滋病作为新增病种纳入全省的病种范围。各地医保部门将为艾滋病患者提供良好的门诊医疗保障待遇。

自2023年1月份开始，全省城镇职工医保和城乡居民医保，每个季度分别为艾滋病患者提供最低不低于2000元和1800元的门诊待遇，个别统筹地区年度支付额度合计能达到1万元。

患者门诊就诊没有个人起付线，支付比例方面职工不低于85%，居民不低于80%，部分统筹地区能达到90%以上。

二、利于解决因病致贫问题

以透析为例：

一是大幅度提高门诊透析最低支付限额，居民医保不低于6000元/月，是目前部分地市标准的1.5倍（提高了近50%），利于腹膜透析的推广。

二是促进医院提升门诊透析治疗效果。支付限额提高后，门诊透析次数可由目前每月12到13次提高到14到15次，要求定点医院每月至少提供一次门诊血液透析滤过，鼓励开展高通透析，总体门诊透析效果会明显改善。

三是扩大了保障范围。将透析治疗必须的辅助用药、常规检查化验项目以及医用耗材纳入医保门诊支付范围，个人综合费用负担大幅度减轻，避免因病致贫。

三、利于恶性肿瘤的合理治疗

一是将恶性肿瘤细分为4大类，包括门诊放化疗、镇痛治疗、内分泌治疗和辅助治疗，设置不同的支付限额。

二是恶性肿瘤门诊化疗执行住院的医保支付限额，各地普遍在10万元左右，部分统筹地区门诊化疗的报销比例高于住院报销比例，引导参保患者更多地使用门诊治疗，减少不必要的住院治疗。

三是新增肿瘤患者的门诊镇痛治疗，年度医保报销额度超过2万元，不需要住院镇痛。

四、利于重特大疾病的治疗

以严重精神障碍为例，我省的17号文件，是医保部门落实《辽宁省精神卫生条例》的一个具体措施。

病种由原来的以精神分裂症为主扩大到严重精神障碍所有的6个病种，城乡居民的支付比例不低于80%，每个季度医保报销额度不低于1200元，年度合计近5000元，对应的医疗费用近7000元。

据卫生健康部门测算，患者常用药品的年度费用集中在5000到6000元之间，医保支付后，个人和家庭的疾病经济负担将大幅度减轻。

五、利于疫情防控常态化下的参保人员就医和

异地长期居住人员的医保认定与报销

一方面，扩大了定点医院的范围。取消目前参保患者一年只能限定一家医院的规定，允许患者自愿选择公立医院或民营医院。

另一方面，要求各统筹地区按月开展病种认定业务，省内异地长期居住人员在居住

地认定的结果，参保地承认，这将大幅度减轻异地居住人员往返参保地进行认定的负担。

对话：辽宁省医保局

待遇保障处副处长付海龙

Q:

记者：17号文件是全省首次规范门诊慢特病，目前全省确定了41个病种，各地参保职工和城乡居民对此都很关注，请问全省病种目录是如何制定的？不在目录范围内的病种如何处理？

A:

付海龙：目前17号文件确定了41个病种，个别病种又进一步细化。建立全省病种目录这项工作，我们按照严格的程序要求，进行了充分考虑和论证后确定的。

首先我们确定了病种选择的基本原则。即将透析、恶性肿瘤（放化疗）、严重精神障碍、康复治疗（未成年人）以及糖尿病（合并症和并发症）、脑卒中、心肌梗死等部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重且适合在门诊治疗的疾病，纳入全省统一的门诊慢特病病种目录。其次，目录是在全省近150个病种基础上，采用全国病种认同度评分方法，将辽宁现有的职工和居民医保病种合并综合赋分后排序，筛选出分数位居前列的病种。

再次，根据病种的临床科室分布，调整优化病种结构（种类）并进行专家论证，删除了门诊费用低的病种。对于省局确定的41个具体病种，允许各市根据本地患者人数等实际情况，自行确定本统筹地区的病种范围。同时省局鼓励支持各地从职工医保开始，探索由病种保障向费用保障过渡办法，省直医保将会率先开展探索。

Q:

记者：各地病种确定之后，病种的认定成为参保人享受门诊慢特病待遇的首要环节。之前各地的认定标准存在着较大的差距，因其具有很强的专业性，请问省局是如何统一全省认定标准的？

A:

付海龙：我省的认定标准，在学习借鉴外省认定标准和总结各地病种认定实践经验

的基础上，由中国医科大学、大连医科大学、辽宁中医药大学以及锦州医科大学等高校附属医院以及部分地市的中心医院，共计150多名临床专家逐个病种研究论证后确定的。

临床专家按照“因地制宜、科学适用”的原则，细化病种准入条件，严把病种入口关。

相对于目前各统筹地区的认定标准，全省病种认定标准宽严相济，宽的方面如将出现糖尿病肢端坏疽的纳入认定范围；严的方面如将高血压所致血管狭窄程度、糖尿病合并周围神经病变定量化，避免低标准纳入造成基金浪费。

全省认定标准起草完毕之后，反复征求各地意见，全省有100多名临床医师给予了肯定意见，我局采纳了部分医师对于个别病种认定标准细节调整的意见。

将全省首次统一的认定标准作为试行版本供各地使用，试用一段时间后根据各地情况组织临床专家进行调整完善，确保认定标准科学合理。

针对各地存在的部分认定人员长期（24个月）未发生医疗费用的问题，要求各市全部清退，解决只进不出的问题。

Q:

记者：17号文件通过提出最低待遇指导线的方式来规范待遇水平。请问我省待遇标准指导线制定过程中，考虑了哪些因素，具体包括哪些具体内容？

A:

付海龙：按照保障基本、权责对等和基金收支平衡原则，在综合分析各市现行政策、实地调查、费用测算以及评估地市统筹基金承受能力之后，分别确定了全省职工医保和居民医保的支付比例与支付限额的指导线，即各地不得低于此待遇标准，可以适当上浮。具体保障待遇包括三方面内容：

起付标准。除艾滋病、严重精神障碍等12个特殊疾病全省统一不设置起付之外，其他由各市自行确定。

支付比例。我们充分考虑了当前实际支付水平、拉开合理差距和基金可承受三个要素。一方面，根据全省实际报销水平，确定最低支付比例不低于60%、特殊疾病适当提高的基本原则。另一方面，支付比例保持合理差距，体现在病种之间、险种之间、医院之间共三个维度。

支付限额。这是全省统一规范的难点，既要体现职工和居民两个险种筹资差异带来的待遇差距，还要考虑基金可承受能力，避免基金浪费。通过临床科室反复测算和实地调研论证，我局根据每个病种的临床诊疗实际，确定了待遇享受时限（年度、季度、月度），在此基础上分别确定了职工医保和居民医保的病种支付限额（下限）。

从实际保障效果来看，我省大部分统筹地区的病种待遇标准得到了提高，尤其是城乡居民，部分地市从20多种增加到40多种，增加了4个未成年人病种；从病种角度来看，恶性肿瘤、透析（月定额下限职工医保6600元/居民医保6000元）和严重精神障碍（职工不低于1600元/季度，居民不低于1200元/季度）等容易因病致贫的患者实际待遇水平显著提高。

各统筹地区将千方百计筹措资金，确保待遇落实到位，有条件的地区将在全省指导线的基础上适当上调待遇标准，但部分统筹地区的个别待遇过高造成浪费基金的病种支付限额（支付比例）也应适当下调。

转自：辽宁日报·北国客户端

来源：大观新闻