

7月6日,郑州市委宣传部新闻办召开“门诊慢特病网上办理”新闻发布会。据悉,市医疗保障局取消门诊慢特病申报体检环节,并实行门诊慢特病申报、鉴定全程网办,为全市参保群众申报门诊慢特病提供了更加便捷、更具人性化的服务。门诊慢特病网办实行近1个月以来,已成功通过平台办理业务13551人次。郑报全媒体记者 李京儒

门诊慢特病申报一网搞定

办结由60个工作日内以上缩至6个工作日
随时可申报 取消体检 老年人可委托代办



全程网办已在市内9区推广应用

据了解,以往我市门诊慢特病的申报模式主要有两种:一是即时办结病种,如恶性肿瘤、尿毒症、器官移植等。此类病种由医院组织专家进行初审,符合条件的,由医保经办机构录入系统,参保人即可享受待遇。二是限时办结病种,如糖尿病、高血压、冠心病等。此类病种,每年两次集中申报,经办机构组织统一体检和

专家鉴定。由于申报时间相对集中,往往出现扎堆申报、扎堆体检等现象,参保人一旦错过申报期,至少需要等待半年左右时间。

目前门诊慢特病申报、鉴定全程网办已在市内9区推广应用,并将从2022年1月1日起扩大至中牟、登封、新密、新郑、荥阳、上街等区县(市)。届时,全市参保群众都能享受到此政策。

异地住院的参保人员须到窗口申请

针对郑州市参保人员在异地住院的(主要指转诊至外地就医人员和办理过异地安置参保人员在安置地就医的),须由参保人提供外地住院病历,并由参保人或其委托人到各区县(市)医保中心窗口申请,由经办机构工作人员负责扫描上传病历资料(复印件需加盖病历复印专用章)和诊断证明,其余流程与本地住院参保人员相同。

在门诊慢特病待遇享受方面,已通过门诊慢特病鉴定的办

理异地安置的郑州市参保人员,可在异地选择一家医院作为其门诊慢特病的待遇享受定点医院。

在目前没有实现异地门诊慢特病异地即时结算的情况下,需要先自费,然后持医保电子凭证(身份证或社保卡)、医院收费票据、费用清单和处方到各区县(市)医保经办服务窗口进行报销。

在郑的外地参保人员,其门诊慢特病的申报、待遇享受均由其本人的参保地医保经办机构负责。

参保人最好在住院医院进行申报

门诊慢特病申报可在非住院定点医院申报,但是住院病历资料必须由住院医院来上传。市医疗保障局相关负责人建议,参保人最好在住院医院进行申报,申报时可选择取药方便的定点医院作为本人的门诊慢特病定点,一次性解决申报及享受待遇医院的问题,避免申报人多跑腿。

享受待遇的医疗机构可以更换,更换方式有两种:一是通过手

机“郑好办”APP,在“医保一件事”“我要变更门诊慢特病定点医院”模块办理;二是持《郑州市基本医疗保险门诊慢特病定点医疗机构变更表》在各区县(市)医保经办服务窗口办理。

市医疗保障局相关负责人表示,下一步,将进一步加强与卫健等部门协作,实现住院病历数据共享,方便参保人员根据需要就近申报。

老年人可由亲属或委托人进行申报

据介绍,门诊慢特病网办申报主体是定点医院,采取“线上+线下”模式。参保人在本人曾经住院的医疗机构申报的,只需说明住院时间段,由住院医院进行初审,参保人不需要提供任何材料。

对于初审合格的,由定点医院经办人员登录郑州市医保信息系统进行申报并上传电子病历,参保人全程无需进行任何操作。系统将信息随机推送至两名鉴定专家,鉴定专家在郑州市互联网医疗保障服务平台上根据电子病历做出鉴定结论,

鉴定结果以短信形式通知参保人。

针对老年人等行动不便或运用智能技术困难人员,还可采取代办服务,由其亲属或委托人进行申报,不存在不适老问题。

据了解,我市建立门诊慢特病的主要目的是解决参保人员因慢性病长期服药个人负担过重等问题。门诊慢特病包括基本医疗保险门诊规定病种、重特大疾病门诊病种和重特大疾病门诊特药。截至6月底,全市共有40万人次享受门诊慢特病政策待遇。

取消体检环节 简化申报流程

门诊慢特病网上办理与以往的办理方式有何不同?

在申报期限上,由每年两次集中申报改为参保人员根据病情工作日随时申报,不再受申报时间限制;在申报形式上,由实地申报改为网络申报,实行不见面办理;在办理流程上,以申请人的病例为唯一依据,不再要求体检结果佐证,环节更加简化;在办理时限上,由60个工作日的办结时限以上降至6个工作日,极大缩短了申报人的等待期,提升了参

保群众的经办体验。

此外,在门诊慢特病网办模式下,专家鉴定环节实现了完全盲推。申报人、医院和经办机构无法事先知晓专家信息,进一步确保了鉴定工作公平、公正。同时,医保经办机构将组织人员或委托第三方定期对鉴定通过的电子申报材料按不低于10%的比例进行抽查,辅以不定期进行明察暗访,进一步加强对门诊慢特病评审认定工作的监督检查。

河南居民医保人均财政补助再增30元

持居住证参加医保的,补助标准相同

本报讯(郑报全媒体记者 李娜 李京儒)7月6日,省医疗保障局公布消息,省医疗保障局、省财政厅、国家税务总局省税务局日前联合印发了《关于转发医保发〔2021〕32号文件做好2021年城乡居民基本医疗保险工作的通知》,对做好2021年全省城乡居民医保工作做出全面部署。

通知明确,2021年我省居民医

保人均财政补助标准新增30元,达到每人每年580元。同步提高个人缴费标准40元,达到每人每年320元。

通知强调,我省将进一步放开参加基本医疗保险的户籍限制,对于持居住证参加当地居民医保的,各级财政要按当地居民相同标准给予补助。对居民医保在集中参保期内参保的、在职工医保中断缴费3个月内参加居民医保的,以及

新生儿等不设待遇等待期。

同时,今年全省大病保险继续实施差异化筹资,全省大病保险筹资标准分为95元、78元、70元、64元四个档次,全省人均筹资71元。

通知还明确了大病保险合规自付医疗费用范围。参保城乡居民住院医疗费用(含规定的门诊慢特病、门诊特定药品等限价、限额结算的医疗费用,下同)经基本医疗保险报销后的

部分,纳入大病保险合规自付医疗费用范围的有两种:一是基本医疗保险规定的起付标准以上、年度最高支付限额以下的按比例应由个人负担部分医疗费用;二是基本医疗保险年度最高支付限额以上扣除自费费用和乙类药品、乙类诊疗项目的个人首付部分后的医疗费用。调整后的大病保险合规自付医疗费用范围,自今年9月30日起开始执行。