安康市基本医疗保险门诊慢特病

管理实施办法

(征求意见稿)

第一章 总 则

第一条 为推动建立更加公平适度的基本医疗保险待遇保障机制，落实全省统一的门诊慢性病、门诊特殊病制度，规范全市基本医疗保险门诊慢性病、门诊特殊病（以下简称“门诊慢特病”）管理，根据《陕西省医疗保障局 陕西省财政厅 陕西省卫生健康委员会关于印发〈陕西省基本医疗保险门诊慢特病规范管理办法（试行）〉的通知》(陕医保发〔2022〕18号)，结合我市实际，制定本实施办法。

第二条 办法所称门诊慢特病指门诊慢性病与门诊特殊病的简称，是指发病率高经济负担重或患病率低医药费用高、可以门诊治疗、不需要住院治疗的一类临床诊断明确、诊疗方案确定的慢性病或重大疾病的总称。原有基本医疗保险制度中的门诊慢性病、门诊特殊病治疗等相关保障政策与内容，一律统称为“门诊慢特病”政策。

第三条 本办法适用于职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险的门诊慢特病规范管理。

第四条 市医疗保障行政部门负责建立健全全市的门诊慢特病管理制度，制定并发布门诊慢特病病种鉴定标准和待遇标准。县（市、区）医疗保障行政部门负责本行政区域的组织实施。市、县（市、区）医疗保险经办机构负责病种认定、待遇支付、费用结算、协议管理等工作，定期调度医保基金运行状况，确保统筹区医保基金安全。财政部门按规定拨付基本医疗保险周转金，确保参保人员按时享受门诊慢特病待遇。卫健部门督促定点医疗机构依据诊疗规范为门诊慢特病患者提供诊疗必须、安全有效、费用适宜的门诊诊治服务，按规定开展鉴定工作。

第二章 病种范围

第五条 门诊慢特病病种实行分类管理。共分为门诊慢特病Ⅰ类、Ⅱ类、Ⅲ类。

门诊慢特病Ⅰ类为全省统一保障的门诊慢特病病种。本市属于Ⅰ类门诊慢特病病种范围内的参保人员（包括参保职工和参保居民），自2023年1月1日起全市按省上统一政策规定执行。

门诊慢特病Ⅱ类为全省统一门诊慢特病病种前，本市已开展但不在全省规定的门诊慢特病Ⅰ类范围内的病种。全市继续保留已纳入该类病种的保障对象待遇身份，但不再新增保障对象。

门诊慢特病Ⅲ类为根据医保制度发展需要新增的病种。新增病种工作按照“逐步统一存量病种，严格控制增量病种”的原则，待省医保局发布后适时开展。

第六条 门诊慢特病Ⅰ类为全省统一管理规范实施的病种。其病种名称、鉴定标准、支付标准、复检时限均按省医疗保障局统一规定执行。

门诊慢特病Ⅰ类共51种，包括：高血压；糖尿病；高脂血症；恶性肿瘤门诊治疗；器官移植抗排异治疗；脑血管病后遗症(脑卒中后遗症)；肺结核活动期（包括耐药性结核病）；精神病（包括精神分裂症、双相障碍、妄想性障碍、分裂情感性障碍、癫痫性精神病、重度以上精神发育迟滞）；透析（含血液透析、腹膜透析）；氟骨病；大骨节病；克山病；儿童苯丙酮尿症；四氢生物蝶呤缺乏症；甲状腺功能异常；血友病；再生障碍性贫血；白血病门诊治疗；慢性粒细胞白血病；儿童白血病；癫痫；脑瘫；慢性阻塞性肺疾病；支气管哮喘；特发性肺间质纤维化；冠心病；肺源性心脏病；慢性心力衰竭；心脏瓣膜病；风湿性心脏病；心肌病；病毒性肝炎；肝硬化失代偿期；慢性肾功能不全失代偿期；肾病综合征；慢性肾炎；慢性肾小球肾炎；免疫性血小板减少症；生长激素缺乏症；强直性脊柱炎；类风湿性关节炎；慢性骨髓炎；帕金森病；系统性红斑狼疮；银屑病；中枢神经系统脱髓鞘疾病；运动神经元病；股骨头坏死；系统性硬化症；肝豆状核变性；重症肌无力。

1. 门诊慢特病Ⅱ类为本市保留并继续保障的病种，其病种名称、鉴定标准、支付标准、复检时限由市医保局统一设置。适用于本市目前正在保障期内的参保职工和居民门诊慢特病患者。

职工医保门诊慢特病Ⅱ类共5种：白癜风；结核病（除肺结核活动期）；肺气肿；各类精神病（除精神分裂症、双相障碍、妄想性障碍、分裂情感性障碍、癫痫性精神病、重度以上精神发育迟滞）；肝硬化（代偿期）。

居民医保门诊慢特病Ⅱ类共3种：白癜风；肺结核（除肺结核活动期）；重度精神疾病（除精神分裂症、双相障碍、妄想性障碍、分裂情感性障碍、癫痫性精神病、重度以上精神发育迟滞）。

第三章 待遇保障

第八条 城镇职工与城乡居民门诊慢特病医保待遇与缴费水平相挂钩，医保基金支付分别核算。

第九条 门诊慢特病支付范围包括与疾病相关的符合基本医疗保险用药目录、诊疗项目范围、医疗服务设施范围和支付标准内的检查、检验、药品、治疗、特殊材料等医疗费用。与疾病无关或上述目录外的检查、检验、药品、治疗、特殊材料等费用不予支付。鼓励中西医结合治疗门诊慢特病，支持中医适宜技术和中草药在门诊慢特病治疗中的应用。门诊慢特病支付范围不设置病种用药，凡与疾病（含并发症、合并症）相关的治疗或辅助治疗的药品均可支付，用药范围按照《基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》分类执行。特药保障按相关政策执行。

第十条 门诊慢特病待遇设定，原则应设置起付标准，起付标准为该病种年度平均门诊费用的10%左右，个别特殊疾病可不设起付标准；城乡居民、城镇职工政策范围内医保基金支付比例分别不低于70%、85%。Ⅰ类门诊慢特病相关乙类支付项目，统一按5%先行自付后纳入按比例报销。年度支付限额均纳入基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额内管理。

第十一条 参保人员罹患多种门诊慢特病保障范围疾病时，允许同时申报两种或两种以上门诊慢特病，只计一次起付标准，年度最高支付限额可按照一定比例增加，原则按照第一病种年度最高支付限额累加第二病种年度最高支付限额的1/2和第三病种年度最高支付限额的1/4和第四病种年度最高支付限额的1/8计算，依次类推。可按照申报病种支付限额从高到低排序确定多病种最高支付限额。

第十二条 门诊慢特病待遇支付实行年度参保、年度享受，以自然年度为待遇周期；参保人员取得门诊慢特病身份后次月开始享受待遇，初次认定门诊慢特病身份年度的最高支付限额为该病种年度最高支付限额月平均值乘以剩余月份数取整确定。

第十三条 参保职工（包括退休人员，下同）符合门诊慢特病规定发生的医药费用，执行门诊慢特病支付政策，超过对应病种年度限额的政策范围内费用，可按普通门诊统筹政策支付；在门诊产生的其他费用按普通门诊统筹政策直接支付。门诊慢特病待遇启动条件不再关联个人账户使用情况。参保职工使用完当年门诊慢特病最高支付限额后，在定点医疗机构发生的医保政策范围内的门诊医疗费用，可进入补充医疗保险。对于确有困难，符合医疗救助条件的，按规定纳入医疗救助范围。

城乡居民医保门诊慢特病医疗费用经慢特病政策支付后，个人负担的政策范围内医疗费用将逐步纳入大病保险、医疗救助等保障范围。落实居民医保高血压、糖尿病“两病”专项保障待遇，未达到门诊慢特病鉴定标准的，按照门诊“两病”专项保障机制的相关政策标准执行。“两病”专项保障和门诊慢特病两种待遇不予累加。

第十四条 门诊慢特病患者医保关系转移接续时，对同一病种，其门诊慢特病身份同步转移，关系转入地不再进行重新鉴定或认定。转出地按年度限额分解到月计算其待遇额度并终止待遇办理；转入地按照本市同病种待遇按月计算年度内剩余月份的待遇限额。转入地无同种病种的，门诊慢特病待遇关系不做转移处理，待遇保障自然结束。

第四章 病种认定

第十五条 严格按照《陕西省基本医疗保险门诊慢特病病种鉴定通则》开展鉴定工作。凡符合门诊慢特病Ⅰ类病种范围的执行《陕西省基本医疗保险门诊慢特病病种鉴定标准》和《陕西省基本医疗保险门诊慢特病病种待遇标准》。

第十六条 医保经办机构可委托具有慢特病鉴定能力、信誉良好的二级及以上定点医疗机构作为门诊慢特病鉴定定点机构。门诊慢特病鉴定定点机构应根据医院学科建设情况和医师力量成立一个或多个鉴定专家组，专家组应由副主任医师级别以上医生组建。个别医疗机构在副主任医师配置不足的情况下，可由业务院长和具有职业资格的临床医生组成专家组。门诊慢特病鉴定专家组名单报同级医保经办机构备案。

对同一个参保人申请的同一种慢特病病种，鉴定结果应至少由专家组的两名医师共同认定签字方可生效。

第十七条 门诊慢特病鉴定实行“一站式”办理，受委托的定点医疗机构在受理鉴定后，负责向同级医保经办机构通过线上或线下方式报送鉴定结果，医保经办机构及时将信息准确登记到医保信息系统中。

第十八条 病种鉴定材料包括四类：基本材料，包括医保电子凭证、社保卡、身份证等身份证明；申请材料，包括门诊慢特病申请鉴定表等；病历材料，包括病历、诊断证明书、相关检查、化验报告复印件等；个别病种鉴定中其它必要的证明材料，包括其它部门、其它保险类型需说明的材料等。

第五章 服务管理

第十九条 畅通线上线下多种服务渠道，采取委托定点医疗机构直接受理、医保经办机构服务窗口受理，医保服务站（室）、参保单位代办，积极探索网上申报等多种方式提供门诊慢特病申报受理、政策咨询等服务。采取集中申报形式的医保经办机构，受理门诊慢特病申报每年不得少于6次，根据医保信息化建设推进情况，逐步实现随时申报、随时办理，最终实现具有鉴定条件的医疗机构直接受理认定，患者出院后10个工作日完成鉴定并报医保经办机构备案和信息确认，为慢性病患者在定点医药机构就医购药提供直接结算。

第二十条 门诊慢特病用药实行“双通道”保障，所有具备条件的定点医疗机构和定点药店均可开展门诊慢特病用药保障服务。定点医药机构可根据病情治疗需要确定患者药物种类和用量，规范处方用药管理，长期处方用药量最长为三个月。

第二十一条 具备条件的医保经办机构和门诊慢特病鉴定定点机构，对因行动不便、年纪大、失能卧床等原因不能到达鉴定机构的或不具备线上申报条件的参保人员，可组织管理人员和鉴定专家开展上门服务，或通过远程智能方式完成鉴定和认定工作。

第六章 监督管理

第二十二条 各级医疗保险经办机构应将门诊慢特病管理纳入定点医药机构、医保医师协议管理范畴，加强对门诊慢特病病种认定、医疗服务等行为的日常管理和监督检查。

第二十三条 定点医药机构要完善内部管理制度，医保医师要严格认定、合理诊疗、科学施治，严禁超剂量、超范围处方等违规行为。应及时上传资格认定和费用结算信息，不得结算与病种无关的费用。各门诊慢特病鉴定定点机构、定点医药机构、医保经办机构须做好认定资料及就医购药的处方、发票、结算单据等存档保管工作。

第二十四条 门诊慢特病用药必须严格遵守合理用药、因病施治原则，做到“人与病、病与症、症与药、药与量、量与价”五相符，确保门诊慢特病患者科学、合理、安全用药。

第二十五条 各定点医药机构和鉴定专家组成员应严格执行门诊慢特病鉴定相关规范要求，禁止扩大鉴定病种范围，严禁人情鉴定或无正当理由拒绝鉴定等行为。医保经办机构在检查复审中发现相关违规行为，可依据医保定点协议管理要求进行处理，情节严重的医师和机构纳入医保协议医师管理和涉嫌欺诈骗保范围，按相关规定处理。

第二十六条 对涉嫌骗取医保基金的参保人员、医务人员、医疗机构、经办人员等一经查实，按照《医疗保障基金使用监督管理条例》有关规定执行。

第七章 附 则

第二十七条本办法试用期二年。如遇中省有关医保制度政策变化进行调整。

第二十八条 本办法由市医疗保障局负责解释，自2023年1月1日起试行。