聊城市基本医疗保险门诊慢特病管理办法

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条 根据《关于建立医疗保障待遇清单制度的实施意见》（鲁医保发〔2021〕43号）、《中共聊城市委 聊城市人民政府印发〈关于深化医疗保障制度改革的实施方案〉的通知》（聊发〔2021〕8号），推动建立更加公平适度的基本医疗保险待遇保障机制，进一步规范基本医疗保险门诊慢特病管理，减轻参保人员门诊医疗费用负担，提高基本医疗保险基金使用效率，结合基本医疗保险政策有关规定及我市实际，制定本办法。

第二条 坚持以人民为中心，立足“保障基本”的功能定位，适应基本医疗保障基金运行实际，结合临床医药技术发展现状，建立健全门诊慢特病病种纳入、认定管理、待遇保障、经办服务等制度体系，实现科学、规范、精细化管理。

第三条 本办法适用于聊城市职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）门诊慢特病医疗管理。

第四条 门诊慢特病一般是指一些医疗费用负担高、诊断明确、有社会影响、能在门诊治疗，在医保统筹基金的可负担范围内受统筹基金保障的疾病或者治疗方式。对适宜门诊治疗且治疗费用相对较高、治疗用药单一、治疗路径明确且使用国谈药治疗的病种纳入门诊药品单独支付管理。

第五条 市医疗保障行政部门负责建立健全全市门诊慢特病管理制度，加强管理和监督。各县（市、区）医疗保障行政部门负责统筹区域内的门诊慢特病管理工作。

市医疗保障经办机构负责指导全市门诊慢特病经办服务与管理工作，并做好市直职工、居民医保门诊慢特病经办管理。各县（市、区）医疗保障经办机构负责病种复核、待遇支付、费用结算和协议管理等工作。

门诊慢特病病种年度起付线和支付限额，由市医疗保障行政部门综合考虑经济社会发展水平、医保基金承受能力、诊疗需要、慢特病门诊费用、医药服务费用调整情况及个人实际负担水平等因素制定，并根据以上等因素适时进行调整。

第二章 病种管理

第六条 全市职工、居民门诊慢特病执行全省统一的门诊慢特病基本病种和国谈药门诊药品单独支付病种，区分甲类、乙类病种。甲类病种不设起付线、年度支付限额，与统筹基金年度最高支付限额合并累计计算。乙类病种设置年度起付线（职工600元、居民500元）；根据病种历年费用和我市基金运行情况合理设置年度限额。超出省规定病种目录的本地病种相关政策另行通知。

第七条 积极做好门诊慢特病制度与普通门诊统筹制度衔接，逐步实现由病种保障向费用保障过渡，提升制度的均衡性和可及性。

第三章 资格确认管理

第八条 门诊慢特病申请人须按规定参加基本医疗保险，按时足额缴纳基本医疗保险费，正常享受医疗保险待遇。门诊慢特病实行资格确认管理，参保人员提出申请，符合门诊慢特病病种范围和鉴定标准的，按规定享受门诊慢特病待遇。

1. 参保人员申请。参保人员向市内各二级综合及以上公立定点医疗机构提出申请，并提供以下材料：原则上需要与申请病种有关的近3年二级综合及以上公立定点医疗机构或二级及以上专科公立定点医疗机构住院病历复印件；无住院病历的，需提供二级综合及以上公立定点医疗机构、三级专科公立定点医疗机构近一年连续治疗的门诊就诊病历原件或电子病历打印件及相关检查检验报告等。以上材料参保患者可根据自身病情提供一种或多种材料。

（二）定点医疗机构审核。本市二级综合及以上公立定点医疗机构按照医保部门委托授权的病种范围开展门诊慢特病资格确认服务，要即时受理参保人申请。对参保人提交的申请材料进行资格确认时，须按申报病种种类抽取不少于2名门诊慢特病资格确认医师，进行审核确认并签字。恶性肿瘤门诊治疗、白血病、尿毒症透析治疗、组织或器官移植抗排异治疗、血友病、动脉血管支架植入等术后抗凝治疗、苯丙酮尿症、严重精神障碍和脑瘫、视力、听力、言语、智力、肢体等残疾儿童和孤独症儿童康复治疗为即时办理病种，应即时办理资格确认、备案，享受待遇；对其余门诊慢特病病种（高血压、糖尿病、冠心病、脑血管病除外），定点医疗机构每月至少组织一次资格确认。审核通过的所有人员名单推送至所属经办机构，自通过之日起享受待遇。审核不通过的，定点医疗机构要及时退回申请人，同时做好相关政策的解释工作。

（三）医保经办机构复核。市县两级医保经办机构对由定点 医疗机构初审通过的高血压、糖尿病、冠心病、脑血管病（其中高血压、糖尿病、冠心病、脑血管病介入和搭桥术后除外），每月组织进行资格复核。门诊慢特病复核通过后，自复核通过之日起享受待遇。定点医疗机构在资格复核结束后及时完成备案工作，并按照要求对参保人申请资料存档。复核不通过的，定点医疗机构要在5个工作日内告知参保人，并做好政策解释工作。对其他病种定期进行抽查复核，抽查率不低于20%。

第九条 门诊慢特病资格确认医师。各二级综合及以上公立定点医疗机构副主任医师及以上技术职称的医师可以进行门诊慢特病资格的确认。具有确认资格的医师只能鉴定与本专业相关的门诊慢特病病种，不得跨专业进行鉴定。未在委托授权的定点医疗机构或未由门诊慢特病资格确认医师确认的，不能享受门诊慢特病待遇。

第十条 门诊慢特病资格关系转移。参保人在市内参保身份变化或者参保地变化时，市内各定点医疗机构确认的职工、居民门诊慢特病资格可互认。参保险种变化后，门诊慢特病病种不属于医保保障范围的，慢特病资格待遇中止，恢复原险种后，可向医保部门申请恢复原资格。外地参保人转入我市，即时办理病种通过定点医疗机构审核可直接纳入，其余病种重新申请资格确认。

第十一条 门诊慢特病退出机制。

（一）门诊慢特病资格定期审查。参保人员被认定患有乙类门诊慢特病的次年起，连续两个自然年度未产生与治疗本病种有关医疗费用，不再享受门诊慢特病待遇。

（二）严重违规自动退出。医保部门对参保人在定点医疗机构的就诊情况进行实时监控，动态管理，定期组织医疗专家对诊疗情况进行抽查，发现诊疗异常的，暂停参保人员门诊慢性病资格，并通知定点医疗机构。参保人员在门诊慢特病资格确认过程中，弄虚作假的，确认结果无效，两年内不得重新申请。将本人门诊慢特病资格转借他人使用或冒用他人的资格、串换药品等弄虚作假行为，套取医保基金的，取消其门诊慢特病资格，追回医保基金，两年内不得重新申请；情节严重的，移交有关部门处理。

第四章 支付待遇

第十二条 纳入门诊慢特病管理范围的参保人，在定点医药机构发生的，与享受病种治疗相关的药品和必要的检查、化验、治疗等费用，由医保基金按相应标准报销。门诊慢特病病人因病情需要住院时，享受参保人员住院同等待遇。

第十三条 门诊慢特病参保患者使用的药品应与核定慢特病种相关且在医保目录范围内，用药要以疾病诊断或治疗为目的，治疗与病情相符，符合药品适应症及医保限定支付范围。超出核定病种范围的诊疗药品费用、用于帮助诊断的相关检查费用、防止并发症的相关预防性用药费用不纳入门诊慢特病结算。在非定点医药机构发生的费用，基金不予支付。

第十四条 纳入我市门诊慢特病病种范围的疾病，医保基金支付实行按病种、按年度个人限额制度。

门诊慢特病病种年度支付限额纳入基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额内管理。

第十五条 门诊慢特病病种年度起付线和支付限额为一个自然年度使用。参保人员享受多种门诊慢特病病种待遇时，按下列原则核定支付总限额：

同时患多种乙类病种：按各单病种限额累计；

同时患甲类病种和乙类病种：甲类病种限额和乙类病种限额分别计算。

第十六条 门诊慢特病支付比例。

职工门诊慢特病基本医保年度累计起付标准为600元（指纳入统筹费用），由参保人自负。起付标准以上，年度病种限额内，基本医保在职职工支付比例为85%，退休人员支付比例为90%，对部分特殊病种适当提高基金支付比例，即在职和退休职工血液透析为95%；在职职工血液滤过为85%，退休职工血液滤过为90%。

居民门诊慢特病基本医保年度累计起付标准为500元（指纳入统筹费用），由参保人自负。起付标准以上，年度病种限额内，基本医保支付比例为65%。对部分特殊病种适当提高基金支付比例，即血友病为75%，常规血液透析为80%，血液滤过为70%，严重精神障碍为70%，脑瘫、视力、听力、言语、智力、肢体等残疾儿童和孤独症儿童康复治疗为70%。

对纳入医保帮扶的参保职工和居民，政策范围内合规自付部分（含年度起付线）可以通过医疗救助进一步减轻费用负担。

第十七条 办理异地就医的门诊慢特病患者，执行我市异地就医相关政策规定。享有特殊报销比例的门诊慢特病患者异地就医时，直接联网结算或手工报销比例统一按照在职职工85%、退休职工90%、居民65%，其中血液透析、滤过无单次报销限额。

第十八条 参保人因病情需要住院治疗的，住院期间不享受门诊慢特病待遇且享受参保人员住院同等待遇。参保人在享受职工普通门诊统筹、长期护理保险医疗专护待遇期间，不能同时享受门诊慢特病统筹待遇。

第五章 经办服务

第十九条 合理确定门诊慢特病供药定点医疗机构。各级公立定点医疗机构为门诊慢特病供药定点医疗机构（含乡镇卫生院、社区医疗服务中心），可向所属医保部门提出申请，经核准同意，签订服务协议，开展门诊慢特病供药服务。民办定点医疗机构（包括定点医院、定点门诊）可向所属医保部门提出申请承担门诊慢特病供药业务，医保部门根据医疗机构规模、医务人员资质、服务能力、备药率、药品价格、药品加成率、地理位置以及区域内门诊慢特病供药定点医疗机构布局等因素，经过协商谈判确定为门诊慢特病供药定点医疗机构。

第二十条 严格检查购药资格审核。各定点医药机构负责对就诊慢特病患者身份及对应病种进行核实确认，医保医师为慢特病患者进行门诊治疗、用药指导。要严格按照临床诊疗规范，合理检查，合理治疗，合理用药。

第二十一条 规范患者检查购药。严格执行《处方管理办法》等有关要求，一般情况下，开具药品用量不超过1个月。参保人员因出差、探亲等临时外出等原因，门诊处方量可延长至3个月。门诊慢特病患者取药时，定点医药机构要认真审核患者取药情况是否合理，在系统内查询患者既往取药记录，避免短期内多次取药、重复取药，骗取医保基金。医师应针对患者病情变化进行医疗处理，合理安排大型检查、检验等项目，不得滥开乱用大型医疗检查、检验项目。

第二十二条 规范国谈药使用。定点医疗机构应对使用国谈药品的门诊慢特病患者就医行为进行规范管理，对参保患者待遇资格、接诊医师资质、病历记载情况及处方等信息准确性、完整性、合规性进行审核，严格执行国谈药相关用药规定。“双通道”药店获取患者病历、处方及待遇资格、身份等信息后再次审核确认，审核无误后即时联网结算。对病历或处方未经定点医疗机构确认、超出保障数量或疗程、超出目录限定范围或其他不符合医保管理规定的情形，应当拒绝即时联网结算，并及时将相关情况分别向定点医疗机构和医疗保障部门反馈。

第二十三条 门诊慢特病病种申办材料、资格认定、结果反馈及定点医药机构门诊慢特病费用结算等执行现行工作流程，由市医保经办机构统一调整。

第六章 监督管理

第二十四条 各医保经办机构应将门诊慢特病管理纳入定点医药机构协议管理范畴，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。各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。对在门诊慢特病资格确认过程中，不严格执行资格确认标准，发生徇私舞弊、优亲厚友、伪造病历等行为的，属于医师责任的，责任医师纳入“黑名单”管理，取消医保处方权，3年内不许重新申请；属于医疗机构责任的，暂停或取消该医疗机构门诊慢特病定点资格；造成医保基金损失的，追回医保基金，由医保部门进行行政处罚或移送司法机关依法追究刑事责任。

第二十五条 探索门诊慢特病智能监管。在医保部门、定点医疗机构部署门诊慢特病智能监管系统，实现事中、事后的监督管理。医师为门诊慢特病患者开具医保处方或事后审核时，智能监控系统自动筛查超量超品种拿药、过度检查、短期内多地点拿药等情况，即时报警提醒。

第二十六条 定点医药机构及其执业医（药）师在对参保人员申报材料审核、出具诊断结论以及在对门诊慢特病患者身份核对、开具处方等方面弄虚作假，违反规定的，对执业医师及定点医疗机构按医疗服务协议及有关规定处理。涉嫌欺诈骗保的，按相关规定处理。

第七章 附则

第二十七条 门诊慢特病费用经基本医疗保险支付后，个人负担的统筹范围内医药费用按规定纳入职工医疗费用补助、居民大病保险、医疗救助等保障范围。

第二十八条 本办法由市医疗保障局解释。

第二十九条 本办法自2025年1月1日起施行，原职工医保、居民医保门诊慢特病相关规定与本办法不一致的，以本办法为准。