

淮南市医疗保障局文件

淮医保办〔2021〕25号

关于印发《淮南市基本医疗保险门诊慢性病、 特殊病管理办法（试行）》的通知

各县区医保局、局机关各科室、市医保中心、权益保障中心、信息中心、各医保定点医药机构：

现将《淮南市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理办法（试行）》印发给你们，请遵照执行。



淮南市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病 管理办法（试行）

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，规范基本医疗保险门诊慢性病、特殊病（以下简称门诊慢特病）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，根据《安徽省医疗保障局关于印发〈安徽省基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理办法（试行）〉的通知》（皖医保秘〔2020〕132号）、《安徽省医疗保障局关于印发〈安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种目录（试行）〉的通知》（皖医保秘〔2021〕36号）、《安徽省医疗保障局关于印发〈安徽省基本医疗保险门诊慢特病用药目录（试行）〉的通知》（皖医保秘〔2021〕37号）和基本医疗保险政策有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于淮南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）门诊慢特病管理。

第三条 坚持以人民为中心，立足“保障基本”的功能定位，适应基本医疗保险基金运行实际，结合临床医药技术发展现状，建立健全门诊慢特病、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。

第四条 市级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，细化制定门诊慢特病管理政策并组织实施。

第五条 市级医疗保障经办机构负责指导全市门诊慢特病经办服务、管理及病种认定工作。各级医疗保障经办机构负责待遇支付、费用结算和协议管理等工作。

第二章 病种管理

第六条 统一执行省级医疗保障行政部门制定发布的《安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种目录》（以下简称《病种目录》），不得自行调整。市级医疗保障经办机构对照门诊慢特病病种国家标准编码，做好新旧慢特病病种编码对照和系统更新维护工作。

第七条 市级医疗保障行政部门根据医学、医保管理专家等的评估意见，综合考虑医保基金承受能力等因素，向省级医疗保障行政部门提出纳入或调出病种的建议。

第八条 建议纳入《病种目录》的疾病综合考虑下列条件：

- （一）临床诊断明确，诊疗方案明确，且《基本医疗保险药品目录》有相应的治疗药品；
- （二）本市发病率高，需要长期门诊治疗；
- （三）病情较重但已过急性期，可在门诊维持治疗；
- （四）其他需要考虑的情形。

第九条 门诊慢特病病种的动态管理由省级医疗保障行政部门根据各统筹地区申请、全省疾病谱、参保人员医疗保障需求、医保基金收支情况和中长期支撑能力等因素，适时增加或调出病种。

第三章 病种认定

第十条 统一执行省级医疗保障行政部门制定发布的《安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准》（以下简称《认定标准》），不得自行调整。

第十一条 参保人员按规定向县（区）级医疗保障行政部门或医疗保障经办机构提交门诊慢特病认定申请，按《认定标准》提供相应的诊断证明、病历、检查、化验报告等门诊慢特病申请资料。市级医疗保障经办机构应按照相关规定与要求，对参保人员的申请组织审核认定，并将审核结果及时告知申请人。

第十二条 组织认定时，原则上应抽取具有高级职称的医学专家组建专家组，依据《认定标准》实施认定并出具认定意见，医保经办机构审核确认。

第十三条 通过信息化手段，进一步优化门诊慢特病申请受理、认定流程、经办服务。将参保人员在定点医疗机构联网结算的就诊记录等作为门诊慢特病认定材料，逐步减少书面证明材料。对有手术记录且诊断明确、符合认定标准的恶性肿瘤、血管

支架植入术后、心脏冠脉搭桥术后、器官移植术后、慢性肾衰竭（尿毒症期）等病种，应及时受理、办结。

第十四条 本市原有的、不在省定《病种目录》范围内且国家已赋病种编码的门诊慢特病病种，原则上3年内完成清理规范，与省定政策有序衔接；已认定门诊慢特病的人员继续按原规定享受保障待遇，不再认定增加新的人员。

第十五条 依据病种认定标准，细化慢特病待遇享受期，对门诊慢特病待遇享受期满申请复审的人员定期组织开展复审。参保人员在待遇享受期满后未重新申请或在待遇享受期内未发生慢特病门诊费用的，门诊慢特病待遇自动取消。

第四章 支付范围

第十六条 统一执行省级医疗保障行政部门制定发布《安徽省基本医疗保险门诊慢特病用药目录》（以下简称《用药目录》），不得自行调整。《用药目录》内的医药费用由医保基金按规定支付。市级医疗保障行政部门在《目录》实施过程中发现重大问题，或发现临床确需使用而未纳入《目录》范围的药品，及时向省级医疗保障行政部门报告或提出调整建议。

第十七条 根据省级医疗保障行政部门规定，以下药品不纳入《用药目录》：

（一）未纳入《基本医疗保险药品目录》的药品；

- (二) 与门诊慢特病病种门诊治疗无关的药品;
- (三) 明确不得在门诊使用的药品;
- (四) 辅助类或滋补类的药品;
- (五) 其他不适宜门诊使用的药品等。

第十八条 根据省级医疗保障行政部门规定，有下列情况之一的药品，直接调出《用药目录》：

- (一) 《基本医疗保险药品目录》调出的药品;
- (二) 被药品监管部门撤销、吊销或者注销药品批准证明文件的药品;
- (三) 国家及省规定的其它情形。

第十九条 《用药目录》内药品的限定支付范围按《基本医疗保险药品目录》规定执行。市级医疗保障经办机构按照省定《用药目录》编码，及时做好编码对照和系统更新维护工作。

第二十条 门诊慢特病病种的诊疗项目和医用耗材按省级医疗保障行政部门的统一规定执行。

第五章 保障待遇

第二十一条 经认定符合条件的参保人员，自申请认定通过起享受门诊慢特病保障待遇。

第二十二条 参保人员在确认的医保定点医药机构发生的慢特病门诊医药费用，一个年度内比照一次住院处理的规定进行结算。

第二十三条 市级医疗保障行政部门结合当地实际及基金承受能力，合理设置门诊慢特病医保基金起付线、报销比例，分病种合理设置年度支付限额，并报省级医疗保障行政部门备案。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。

城镇职工、城乡居民门诊慢特病起付线、报销比例暂按照原有政策执行。每个病种单独设置年度支付限额（见附表），城镇职工暂限两个病种，年度支付限额合并计算；城乡居民不限病种，年度支付限额不超过 4000 元；与住院合并计算的病种除外。上述待遇政策将适时调整。

城镇职工原病种炎症性肠病变更为溃疡性结肠炎、克罗恩病；慢性肾功能不全变更为慢性肾脏病、肾病综合征。

取消城镇职工、城乡居民原病种骨坏死、慢性前列腺炎、慢性盆腔炎。

第二十四条 参保人员享受多种门诊慢特病病种待遇时，只计算一次起付线。

第二十五条 参保人员门诊慢特病医疗费用经基本医疗保险支付后，个人负担的合规医疗费用按规定纳入大病保险、医疗救助等保障范围。

第二十六条 对高血压、糖尿病等病情稳定并需要长期服用固定药物的门诊慢特病，一次处方药量可在遵循医嘱的条件下延长至3个月，医保可实行按长期处方结算。

第二十七条 探索建立门诊慢特病的基层就医费用统筹保障、护理依赖型疾病的基金包干管理等医保支付方式，引导实现分级诊疗。

第二十八条 建立健全全市统一的医保信息系统，参保人员门诊慢特病医药费用实行联网即时结算。逐步开通异地门诊慢特病直接结算，提高退休异地安置人员、长期驻外人员等参保群体手工报销结算的便捷性。

第六章 服务管理

第二十九条 经市级医疗保障经办机构确认，门诊慢特病参保人员应选择能够满足治疗需要、方便就医配药的医保定点医药机构进行门诊治疗。创新服务机制，为参保人员提供更加便捷、高效的服务。探索开展处方外配医保结算服务。

第三十条 参保人员确定的门诊慢特病医保定点医药机构，原则上一年内不得变更。参保人员因病情需要或居住地迁移等情形需要变更定点医药机构的，可向市级医疗保障经办机构申请并办理变更手续。

第三十一条 参保人员应遵守门诊慢特病管理相关规定，有以下行为之一的，取消门诊慢特病待遇享受资格：

- （一）采用欺诈骗保等行为骗取医保基金的；
- （二）经查实不符合门诊慢特病病种认定条件的；
- （三）其他应取消门诊慢特病资格的情形。

第三十二条 各级医疗保障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。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。

第三十三条 加强门诊慢特病政策的宣传解释，提高政策知晓度。加强门诊慢特病管理内控制度建设，完善病种认定、待遇支付、费用结算、申诉处理等政策，加强对定点医药机构、医保医师的监督稽核。优化经办服务管理体系，确保业务经办的规范有序和优质高效。

第七章 附则

第三十四条 本办法由市级医疗保障行政部门负责解释，自发布之日起施行。

第三十五条 具体经办流程由市级医疗保障经办机构制定。

附件：

淮南市基本医疗保险门诊慢特病病种及年度支付限额(试行)

序号	病种	城镇职工 年度支付限额	城乡居民 年度支付限额	备注
1	高血压	3000	2000	
2	冠心病	3500	2000	
3	心功能不全	3000	2000	
4	慢性阻塞性肺疾病	3500	2000	
5	支气管哮喘	3500	2000	
6	脑卒中	3500	2000	
7	溃疡性结肠炎	4000	2000	
8	克罗恩病	4000	2000	
9	慢性乙型肝炎	4000	2000	
10	慢性丙型肝炎	4000	2000	
11	慢性肾脏病	3500	2000	
12	糖尿病	3500	2000	
13	甲状腺功能亢进	2000	2000	
14	甲状腺功能减退	2000	2000	
15	癫痫	3000	2000	
16	帕金森病	4000	2000	
17	类风湿性关节炎	3000	2000	
18	重症肌无力	3000	2000	
19	结核病	3000	2000	
20	特发性血小板减少性紫癜	3500	2000	

序号	病种	城镇职工 年度支付限额	城乡居民 年度支付限额	备注
21	系统性硬化症	3500	2000	
22	晚期血吸虫病	3000	2000	
23	银屑病	3500	2000	
24	白癜风	3500	2000	
25	艾滋病	4000	2000	
26	白塞氏病	3500	2000	
27	强直性脊柱炎	3500	2000	
28	肌萎缩侧索硬化	4000	与住院合并计算	
29	肾病综合征	3500	2000	
30	多发性肌炎	3500	2000	
31	皮炎	3500	2000	
32	干燥综合征	3500	2000	
33	结节性多动脉炎	3500	2000	
34	脑瘫	/	2000	儿童疾病
35	再生障碍性贫血	4000	与住院合并计算	
36	白血病	与住院合并计算	与住院合并计算	
37	血友病	4000	与住院合并计算	
38	精神障碍	3000	与住院合并计算	
39	恶性肿瘤	与住院合并计算	与住院合并计算	
40	慢性肾衰竭（尿毒症期）	与住院合并计算	与住院合并计算	
41	器官移植术后	与住院合并计算	与住院合并计算	
42	心脏瓣膜置换术后	3000	与住院合并计算	
43	血管支架植入术后	3500	与住院合并计算	

序号	病种	城镇职工 年度支付限额	城乡居民 年度支付限额	备注
44	肝硬化	4000	与住院合并计算	
45	肝豆状核变性	4000	与住院合并计算	
46	系统性红斑狼疮	4000	与住院合并计算	
47	骨髓增生异常综合征	与住院合并计算	与住院合并计算	
48	心脏冠脉搭桥术后	3500	与住院合并计算	
49	特发性肺纤维化	4000	3500	
50	肺动脉高压	4000	3500	
51	自身免疫性肝病	4000	3500	
52	肢端肥大症	4000	3500	
53	阿尔茨海默病（老年痴呆）	4000	3500	
54	多发性硬化	4000	3500	
55	青光眼	3000	2200	
56	黄斑眼病	4000	3500	
57	重度特应性皮炎	3500	2800	
58	ANCA 相关血管病	3500	2800	
59	先天性免疫蛋白缺乏症	4000	3500	
60	生长激素缺乏症	/	3500	儿童疾病
61	普拉德-威利综合征	/	3500	儿童疾病
62	尼曼匹克病	4000	3500	
63	骨髓增生性疾病	与住院合并计算	与住院合并计算	