

黄山市医疗保障基金管理中心文件

黄医管字〔2020〕67号

关于慢特病门诊医药费用全面实行 直接结算的工作通知

各区县医保中心、定点医疗机构、定点零售药店：

为切实减轻慢特病患者门诊医疗费用负担，提高医保结算效率，防范医保基金风险，结合我市实际，经广泛征求意见并研究决定，在全市范围内实行慢特病门诊医药费用直接结算。现将有关事项通知如下：

一、慢特病门诊医药费用直接结算范围

1. 全市基本医疗保险（含城镇职工、城乡居民医疗保险）慢特病门诊医药费用直接结算，包括常见慢性病和特殊慢性病门诊医药费用直接结算，病种范围按照城镇职工、城乡居民基本医疗保险慢性病病种范围执行。

2. 全市基本医保慢特病门诊医药费用直接结算人群为持有慢特病证的城镇职工、城乡居民医保参保人员。

3. 全市基本医保慢特病门诊医药费用直接结算的定点医疗机构，暂定为全市乡镇卫生院、社区卫生服务中心、二级及以上定点医疗机构。

二、慢特病门诊医药费用直接结算管理

1. 参保人员在慢特病门诊医药费用可直接结算的定点医疗机构发生的医药费用，应通过医保信息系统实行即时直接结算，各级医保中心原则上不再受理手工报销。

2. 黄山市范围内，暂未开通慢特病门诊医药费用直接结算的定点医药机构（含诊所及定点零售药店）产生的慢特病门诊医药费用，医保统筹基金暂不予支付，待信息系统升级改造后，再逐步纳入直接结算范围。

3. 参保人员在市外异地就医产生的慢特病门诊医药费用，仍按原渠道将就医购药相关票据在受理时间段内送至参保地医保经办机构进行手工结算。

4. 慢特病门诊用药目录统一执行《安徽省基本医疗保险慢性病门诊用药目录（试行）》，诊疗项目目录根据病情需要对症执行《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》，并根据省医保局统一要求进行动态调整。

三、慢特病门诊医药费用直接结算相关要求

1. 明确分工责任。各定点医疗机构要高度重视慢特病门诊医药费用直接结算工作，组织相关工作人员认真落实通知要求，积极改造完善信息系统，明确就医结算流程，确保慢特病药品的配

备能满足参保人员就医的需要。

各级医保中心应加强与定点医疗机构沟通协调，确保慢特病门诊医药费用直接结算方便快捷，平稳有序。若因定点医药机构或参保人员个人原因未能实现直接结算而造成的经济损失，分别由定点医药机构和参保人员承担。

2. 规范执行政策。各定点医疗机构应严格执行医保相关政策、医疗诊疗规范和执业许可范围，合理用药、合理检查、合理治疗，对乱收费、滥用药、乱检查等违规行为一经查实，将严肃处理。

3. 强化宣传力度。已开通慢特病门诊医药费用直接结算的定点医疗机构应配合医保部门积极做好宣传推广工作；暂未纳入慢特病门诊医药费用直接结算的定点医疗机构（诊所）和定点零售药店应积极做好宣传引导工作。对误导参保人员的行为，将按协议约定进行处理。各级医保中心要做好宣传解释工作，确保参保人员知晓慢特病门诊医药费用直接结算相关政策和规定，要对定点医疗机构开展医保政策指导培训，加强监管，确保基金安全、高效运行。

本通知自2021年1月1日起实施，执行中遇到的问题，请及时向市医疗保障基金管理中心反馈。

黄山市医疗保障基金管理中心

2020年12月24日

抄送：市医疗保障局

