

黄山市医疗保障局关于印发《黄山市基本医疗保险门诊慢特病管理实施细则（试行）》的通知

黄医保〔2021〕86号

各区县医疗保障局，局属各单位：

现将《黄山市基本医疗保险门诊慢特病管理实施细则（试行）》印发给你们。请认真贯彻落实。

黄山市医疗保障局

2021年12月8日

黄山市基本医疗保险门诊慢特病管理 实施细则（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，强化基本医疗保险门诊常见慢性病、特殊慢性病（以下简称门诊慢特病）管理，切实减轻参保人员门诊就医负担，提高基本医疗保险基金使用效率，根据《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《安徽省基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理实施办法（试行）》等政策规定，制定本实施细则。

第二条 本实施细则适用于黄山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。

第四条 市医疗保障行政部门负责建立健全门诊慢特病管理制度，加强全市门诊慢特病管理和监督。各区县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，落实全市门诊慢特病管理政策。

第五条 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。市直及各区县医疗保障经办机构负责病种认定、待遇支付、费用结算和协议管理等工作。

第二章 病种范围管理

第六条 按照《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》）和国家医保标准化要求，统一病种名称及内涵，职工医保与居民医保执行统一的《病种目录》，共计63种门诊慢特病病种，结合我市实际，将病种分为常见慢性病和特殊慢性病，具体为：

常见慢性病：高血压、心功能不全、冠心病、脑卒中、慢性阻塞性肺疾病、克罗恩病、溃疡性结肠炎、慢性乙型肝炎、慢性丙型肝炎、慢性肾脏病、糖尿病、甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、癫痫、帕金森病、类风湿性关节炎、重症肌无力、结核病、特发性血小板减少性紫癜、系统性硬化症、晚期血吸虫病、银屑病、白癜风、艾滋病、白塞氏病、强直性脊柱炎、肌萎缩侧索硬化症、支气管哮喘、肾病综合征、多发性肌炎、皮炎、干燥综合征、结节性多动脉炎、脑瘫、精神障碍、特发性肺纤维化、肺动脉高压、自身免疫性肝病、肢端肥大症、阿尔兹海默病（老年痴呆）、多发性硬化、青光眼、黄斑性眼病、重度特应性皮炎、ANCA相关血管炎、先天性免疫蛋白缺乏症、生长激素缺乏症、普拉德-威利综合征、尼曼匹克病、骨髓增生性疾病。

特殊慢性病：肝豆状核变性、系统性红斑狼疮、心脏瓣膜置换术后、血管支架植入术后、心脏冠脉搭桥术后、血友病、再生

障碍性贫血、慢性肾衰竭（尿毒症期）、器官移植术后、骨髓增生异常综合征、白血病、恶性肿瘤、肝硬化。

第七条 慢性肺源性心脏病、风湿性心脏病、慢性肾盂肾炎、女性双侧卵巢切除术后 4 个病种不再纳入我市基本医疗保险慢特病门诊管理范围，之前已办证参保人员按原政策享受待遇；原已办理精神障碍（重型）、心脏起搏器植入术后（抗排异治疗）特殊慢性病证的参保人员按原政策享受待遇。以上 6 个病种不再增加认定新的人员。

第八条 根据省医疗保障行政部门对《病种目录》的动态调整，确定全市纳入或调出的病种，各县区不得自行调整。

第三章 病种认定管理

第九条 门诊慢特病认定执行《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》）。

第十条 参保人员按规定向市域内医疗保险经办机构提交门诊慢特病认定申请。医疗保险经办机构应按照规定与要求，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。为提高经办效率，慢特病申请开通线上申请模式。

第十一条 恶性肿瘤、白血病、器官移植术后、慢性肾衰竭（尿毒症期）、骨髓增生异常综合征、再生障碍性贫血、心脏瓣膜置换术后、血管支架植入术后、心脏冠脉搭桥术后、精神障碍、艾滋病等 11 个病种由经办机构根据参保人员提供的病情资料直接认定。其余病种的认定由经办机构抽取医学专家（原则上应具

有高级职称)认定,医疗保险经办机构对专家认定意见进行审核确认。

第四章 支付范围

第十二条 慢特病门诊用药执行《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》),《用药目录》内的药品费用由医保基金按规定支付。

第十三条 《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。

第十四条 门诊慢特病病种的诊疗项目和医用耗材应对症施治。门诊慢特病病种的诊疗项目由医保基金按规定支付。特殊慢性病病种的医用耗材由医保基金按规定支付。

第五章 保障待遇

第十五条 经认定符合条件的参保人员,原则上自认定通过之日起享受门诊慢特病保障待遇。

第十六条 门诊慢特病按不同病种实行不同的起付线、报销比例和限额管理,职工和居民进行分类保障。其中职工医保门诊常见慢性病起付线为500元,报销比例为70%,特殊慢性病起付线为700元,报销比例参照住院政策执行;居民医保门诊常见慢性病起付线为200元,报销比例为60%,特殊慢性病起付线为700元,报销比例参照住院政策执行。根据基本医疗保险基金收支情况,建立支付限额动态调整机制。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。

第十七条 慢特病按常见慢性病和特殊慢性病分别计算一次起付线。患有多种常见慢性病的，以支付限额最高的为基础，每增加一个病种，增加 500 元，最高增加 1000 元。

第十八条 慢特病门诊医药费用经基本医疗保险支付后，个人负担的合规医药费用按规定纳入大病保险和医疗救助保障范围。

第十九条 根据疾病治疗情况，门诊慢特病设置待遇复审期。确需继续门诊治疗的，参保人员应在待遇复审期到前 1 个月，向参保地医疗保险经办机构提出申请，并提供近 1 年来连续治疗病历和相关检查报告等材料。经专家鉴定，无需继续门诊治疗或门诊治疗无效的，停止享受慢特病门诊待遇。

第二十条 对按统一的门诊慢特病认定标准认定并享受慢特病门诊待遇的参保人员，在市域范围内因参保类别发生变化，门诊慢特病可直接变更到新参保类别，起付线和报销比例按新参保类别重新计算，已使用的限额相应扣减。

第二十一条 参保人员门诊慢特病医药费用实行联网即时结算。异地就医参保人员的门诊慢特病费用结算按照异地就医相关规定执行。

第二十二条 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，医保支付可实行按长期处方结算。

第六章 就医与服务管理

第二十三条 门诊慢特病实行定点管理。根据治疗的特殊要求并兼顾方便就医配药需要，各级医保部门将符合条件的定点医药机构纳入慢特病门诊定点管理范围。

第二十四条 各级医保部门要加强对享受门诊慢特病待遇参保人员的管理，提高基金使用效率。参保人员有以下行为之一的，取消门诊慢特病待遇享受资格：

（一）参保人员采用欺诈骗保等手段骗取医保基金的；

（二）伪造申报材料，经医保部门查实不符合门诊慢特病病种鉴定条件的；

（三）其他应取消门诊慢特病待遇享受资格的情况。

第二十五条 各级医疗保险经办机构将门诊慢特病管理纳入“两定”机构基本医保服务协议管理和日常监督管理范围，对“两定”机构及其工作人员违反协议管理规定的依法依规进行处理。

第二十六条 各级医疗保险经办机构要加强对慢特病认定管理，对认定中弄虚作假的医疗专家、以权谋私的工作人员，按有关法律法规处理。

第七章 附则

第二十七条 本细则自 2022 年 1 月 1 日起施行。