关于印发《芜湖市基本医疗保险门诊慢特病管理实施细则》的通知

芜医保〔2022〕28号

各县市区医保局、经开区人社局、三山经开区医疗卫生局，市医保中心：

现将《芜湖市基本医疗保险门诊慢特病管理实施细则》印发给你们，请结合实际认真贯彻落实。

芜湖市医疗保障局

2022年4月15日

芜湖市基本医疗保险门诊慢特病管理实施细则

第一章　总　则

第一条 为进一步优化我市基本医疗保险门诊慢特病管理，建立规范、高效、统一的门诊慢特病待遇保障、基金支付、监督管理运行机制，根据《安徽省基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理办法（试行）》（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）等文件要求，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 本细则适用于本统筹区基本医疗保险参保人员的门诊慢特病管理和待遇支付等。

第二章　门诊慢特病病种

第三条 执行全省统一的门诊慢特病病种。根据病种性质、治疗费用等，结合基金收支情况及临床专家意见，门诊慢特病病

种分为普通慢性病和特殊慢性病。

（一）**普通慢性病：**1. 高血压 2. 冠心病 3. 心功能不全 4. 慢性阻塞性肺疾病 5.支气管哮喘 6.溃疡性结肠炎 7.晚期血吸虫病 8. 自身免疫性肝病 9. 慢性肾脏病 10. 肾病综合征 11. 糖尿病 12. 甲状腺功能亢进症 13. 甲状腺功能减退症 14. 脑卒中 15. 癫痫 16. 帕金森综合症 17. 阿尔茨海默病（老年痴呆）18. 重症肌无力 19. 肌萎缩侧索硬化症 20. 青光眼 21. 黄斑性眼病 22. 银屑病 23. 白癜风 24. 慢性乙型肝炎 25. 慢性丙型肝炎 26. 非耐药性结核病 27. 艾滋病 28. 类风湿性关节炎 29. 强直性脊柱炎 30. 白塞氏病 31. 系统性硬化症 32. 干燥综合征 33. 多发性肌炎 34. 皮肌炎 35. 结节性多动脉炎 36. 脑瘫

（二）**特殊慢性病：**1.肺动脉高压 2. 特发性肺纤维化 3. 克罗恩病 4. 肝硬化 5. 慢性肾衰竭（尿毒症期）6. 肢端肥大症 7. 肝豆状核变性 8. 多发性硬化 9. 重度特应性皮炎 10. 精神障碍 11. 耐药性结核病 12. 系统性红斑狼疮 13. ANCA 相关血管炎 14. 先天性免疫蛋白缺乏症 15. 生长激素缺乏症 16. 普拉德-威利综合征 17. 尼曼匹克病 18. 心脏瓣膜置换术后 19. 血管支架植入术后 20. 心脏冠脉搭桥术后 21. 器官移植术后 22. 血友病 23. 特发性血小板减少性紫癜 24. 再生障碍性贫血 25. 骨髓增生异常综合征 26. 骨髓增生性疾病 27. 白血病 28. 恶性肿瘤

第四条 2021 年 5 月 1 日起，我市原有的、不在省定门诊慢特病病种范围内的病种已取消（具体见附件 1），不再认定增加

新的人员；已认定门诊慢特病的人员继续按原规定享受保障待遇，待遇享受期不超过3年，享受期结束后通过门诊慢特病动态调整及建立健全门诊共济保障机制等措施实现待遇平稳过渡。

第三章 门诊慢特病准入认定

第五条 参保患者可在符合条件的定点医疗机构直接办理门诊慢特病准入认定，填报《芜湖市基本医疗保险参保人员门诊慢特病准入申请表》（附件2）。

（一）我市参保人员可在市域内各三级医院、芜湖市传染病医院、芜湖市精神病医院、芜湖市妇幼保健院和无为市、南陵县、湾沚区、繁昌区人民医院及中医院申请门诊慢特病准入认定。

（二）参保人员的普通慢性病病种，也可在市域内二级甲等医院、芜湖市第六人民医院和镜湖区、弋江区、鸠江区人民医院申请。

（三）异地安置人员可持相关资料到皖南医学院第一附属医院（弋矶山医院）、皖南医学院第二附属医院、芜湖市第一人民医院、芜湖市第二人民医院、芜湖市中医院、芜湖市传染病医院、芜湖市精神病医院、安徽省皖南康复医院（芜湖市第五人民医院）和无为市、南陵县、湾沚区、繁昌区人民医院及中医院办理门诊慢特病待遇申请。

第六条 恶性肿瘤申报时提供病理报告的，慢特病待遇起始

时间为病理报告日期；心脏瓣膜置换术后、血管支架植入术后、心脏冠脉搭桥术后、器官移植术后，慢特病待遇起始时间为手术当次住院出院日期；慢性肾衰竭（尿毒症期）自确诊后第一次进行透析时间开始享受慢特病待遇。其他被认定的门诊慢特病患者，其待遇从审核认定之日起开始享受。

第七条 门诊慢特病准入认定标准按照省文件执行（附件3）。

第四章 门诊慢特病定点管理

第八条 具备基本医疗保险住院资质的定点医疗机构，可申请成为芜湖市基本医疗保险门诊慢性病定点医疗机构，具体申报流程按定点医疗机构申请开展门诊慢性病业务有关规定执行。纳入本统筹区“双通道”管理的定点零售药店自动确定为门诊慢特病定点零售药店。

第九条 医药机构信息系统互联互通尚未实现前，门诊慢特病患者门诊就医、购药实行定点管理。城镇职工医保门诊慢特病患者可自行选择本市内三家定点医疗机构就医和本市内一家慢性病定点零售药店购药。城乡居民医保门诊慢特病患者可自行选择本市内三家定点医疗机构就医。本市内“双通道”药店均可作为我市基本医疗保险参保患者购买国家医保谈判药品定点药店，不受家数限制（城乡居民参保患者仅限购买抗癌谈判药）。本细则

印发前已申请纳入门诊慢特病管理的城乡居民参保患者选择的定点数量高于本细则规定的，保留原定点。选定的门诊慢特病定点医药机构原则上一年内不予变更。基本医保慢性肾衰竭（尿毒症期）门诊慢性病患者及城镇职工医保器官移植术后抗排异治疗门诊慢性病患者按现行签约政策执行。

第十条 职工医保异地安置人员可在安置地和本市内选择门诊慢特病定点医疗机构。

第十一条 参保人员变更门诊慢特病选定的定点医药机构，医保经办机构和定点医疗机构均可办理。变更选定的定点医疗机构，原则上由新选定的定点医疗机构办理。

第五章 门诊慢特病待遇保障

第十二条 城乡居民医保

（一）普通慢性病门诊不设起付线，政策范围内医药费用按60%的比例进行报销，年度累计报销限额3000元。患多种慢性病的，每增加1个病种，统筹基金支付限额增加300元，年度最高限额4500元。

（二）特殊慢性病门诊参照同等条件下住院报销政策执行，一个参保年度内按就诊最高类别医疗机构计算一次起付线。

第十三条 城镇职工医保

（一）城镇职工医保门诊慢特病年度起付线 1000 元。

（二）普通慢性病按不同病种实行不同的限额管理（附件 4）。起付线以上，限额以内的符合医保政策范围内的医疗费用按同等条件下住院比例报销。同时患有多种普通慢性病的，以支付限额最高的病种为基础，每增加一个病种，按照该病种支付限额的50%比例增加，累计不超过增加病种中最高病种限额。

（三）特殊慢性病扣除年度起付线后，按同等条件下住院比例报销。

第十四条 基本医保门诊慢特病年度支付限额纳入基本医疗保险年度最高限额内管理。

第十五条 参保人员参保类别发生变化，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。

第十六条 参保人员在本市内选定的定点医药机构享受门诊慢特病待遇需直接结算，原则上未直接结算的不享受门诊慢特病待遇；因急诊或选定医疗机构不具备诊疗能力等实际情况，确须在市内非参保人选定的定点医疗机构发生的符合门诊慢特病支付范围的费用，职工医保参照个人自行转外予以报销，居民医保参照未办理转诊手续的予以报销。

第十七条 异地安置（转外就医）参保门诊慢特病患者在选定的就医地定点医疗机构门诊就医，定点医疗机构无法满足其用药需求的情形下，可凭定点医疗机构出具的外配处方，前往就医

地“双通道”药店购买国谈药（城乡居民参保患者仅限购买抗癌谈判药），医保支付价格执行国家规定的国谈药价格。参保患者凭选定的定点医疗机构医保办盖章的外配处方原件、药房盖章的记载有用药方案的病历或出院小结、明细清单、有效购药发票等相关材料回参保地经办机构报销。

第十八条 基本医保门诊慢特病患者在选定的慢特病定点零售药店购药的，原则上按照开具门诊处方的医疗机构等级执行。

第六章　门诊慢特病基金支付

第十九条 门诊慢特病患者医保报销实行按项目付费。在定点医疗机构直接结算的，其医疗费用由医保基金支付部分由定点医疗机构垫付，参保人员就医结束后由定点医疗机构与医保经办机构进行结算；前往经办窗口报销的，医保经办机构按规定时间完成审核并拨付报销金额。

第二十条 门诊慢特病执行全省统一的慢特病用药目录，慢特病门诊用药、与病种相关必需的治疗、检查和材料等费用，按规定纳入医保支付范围。超用药目录、与该病种无关的治疗、检查和材料费用，基本医保基金不予支付。

第二十一条 参保人员因病情变化住院治疗的，不得重复享受住院和门诊慢特病医保待遇。

第二十二条 在本统筹区内实行定点就医的基本医保慢性肾衰竭（尿毒症期）门诊慢性病患者及城镇职工医保器官移植术后抗排异治疗门诊慢性病患者的基金支付，按现行年度人均定额包干政策执行，逐步稳妥扩大特殊慢性病医保基金年度人均定额包干结算的病种覆盖范围。

第二十三条 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。

第七章　门诊慢特病经办管理

第二十四条 定点医疗机构应选定若干名副主任以上医师，组成院内门诊慢特病认定专家组（对县、区级医疗机构可放宽至主治医师），对该院受理的门诊慢特病申报材料进行审定，并定期组织复查。

第二十五条 定点医疗机构受理参保人员门诊慢性病申请后，应及时组织院内门诊慢特病认定专家组，按照医保有关门诊慢特病准入标准，在20个工作日内完成审核认定，并保存申报材料备查。

第二十六条 门诊慢特病实行动态准入退出机制。

（一）对于出现以下情形的门诊慢特病患者，终止其门诊慢特病待遇：

1.提供虚假材料取得门诊慢特病认定资质的；

2.医疗机构自查或经办机构抽查中发现的不符合准入认定条件的；

3.采用欺诈骗保等行为骗取医保基金的。

（二）对于数据筛查显示门诊慢特病待遇享受期间连续24个月（含以上）未产生与治疗慢特病有关的医疗费用的门诊慢特病患者，纳入慢性病鉴定复审。

第八章 门诊慢特病基金监管

第二十七条 各医保经办机构应定期对定点医疗机构当年内门诊慢特病认定情况按照不低于10%比例进行抽查，一年至少1次。经核实不符合认定条件的病种，由认定该病种的定点医疗机构及时中止相应的门诊慢特病待遇，并自该病种准入认定之日起，所产生的相关门诊慢特病医药费用，全部由为其认定的定点医疗机构承担。

第二十八条 对门诊慢特病病种认定准确，但存在超剂量开药等违规行为所产生的门诊慢特病费用，由发生违规费用的定点

医疗机构承担。

第二十九条 参保人员通过伪造医学文书等有关资料申请门诊慢特病，以及在享受待遇期间出现违规行为，将按有关文件规定处理。

第三十条 定点医药机构及其工作人员在认定门诊慢特病待遇和提供门诊慢特病服务中出现违规行为，将按有关文件规定对相关定点医师、定点医药机构等进行处理。

第九章 附 则

第三十一条 本细则自2022年8月1日起开始执行。原基本医疗保险门诊慢特病有关文件与本细则规定不一致的以本细则为准。执行期间，如遇国家、省政策调整，从其规定。

第三十二条 本细则由市医保局负责解释。

附件：1. 2021年5月1日起取消病种

2. 芜湖市基本医疗保险参保人员门诊慢特病准入申请表

3. 门诊慢特病准入认定标准

4. 基本医保普通门诊慢特病限额及报销比例