

# 安顺市医疗保障局文件

安医保发〔2021〕55号

## 安顺市医疗保障局关于贯彻落实省级统一 慢特病门诊保障制度的通知

各县（区）医疗保障局、黄果树旅游区社会事务管理局、市医保事务中心：

根据《省医保局关于进一步规范慢特病门诊保障制度的通知》（黔医保发〔2021〕49号）要求，为完善我市基本医疗保险慢特病门诊保障制度，现将有关事项通知如下：

### 一、慢特病门诊保障制度原则

#### （一）分类保障

对慢特疾病门诊按职工医保和居民医保实行分类保障，明确慢特病待遇办理标准，依申请确定待遇发放。

#### （二）统一病种

逐步统一基本医疗保险门诊慢特病病种，实现职工医保和居民医保的门诊慢特病病种统一，确保制度公平性（病种见附件1）。

### 二、支付范围

### **（一）药品支付范围**

门诊慢特病用药按全省统一的药品目录规定执行。

### **（二）诊疗项目支付范围**

与门诊慢特病登记备案病种相关的检查、治疗和医用耗材费用按医保政策规定支付。

## **三、待遇保障**

### **（一）门诊慢特病保障原则**

执行统一门诊慢特病办理标准（见附件2），慢特病门诊保障最高支付限额计入医保基金的最高支付限额（基本医疗与大病保险支付限额之和）。

### **（二）慢性病门诊**

门诊慢性病年度起付标准为150元，门诊慢性病起付线不参与住院起付线累计。患多种慢性病的只支付一次起付线，办理多种慢性病的，基金支付限额可以叠加，但职工不得超过17000元每年度，居民不得超过10000元每年度。职工医保慢性病门诊按90%比例进行报销（不分医疗机构级别），居民医保慢性病门诊按统筹区内同级别医疗机构住院报销比例报销。

### **（三）门诊特殊病**

特殊疾病门诊不设年度起付线。同时办理各种门诊特殊疾病的，基金支付限额可以叠加，叠加后的年度支付限额不得超过医保基金年度支付限额（基本医疗与大病保险支付限额之和），对于执行具体限额的病种，叠加部分的基金支付限额不得超过实际合并计算限额。

职工医保门诊特殊疾病报销比例为 90%；居民医保门诊特殊疾病按统筹区内同级别医疗机构住院报销比例报销。

#### **四、经办管理**

##### **(一) 门诊慢特病办理标准**

执行全省统一的办理标准。

##### **(二) 门诊慢特病认定机构**

- 1、二级及以上综合定点医疗机构；
- 2、参保人员所属医保经办机构。

##### **(三) 门诊慢特病定点结算机构**

- 1、门诊慢特病治疗指定一级及以上定点医疗机构；
- 2、门诊特殊病治疗指定二级及以上综合定点医疗机构。

##### **(四) 门诊慢性病认定流程**

定点机构办理流程：参保人员就医时，有资质的定点医院医师根据参保人员检查结果，如符合门诊慢性病办理条件的，向参保人进行说明，并收集办理资料（见附件 2），出具门诊慢性病备案登记表，参保人员指定门诊慢性病就诊医院后，经两位相关科室临床医师（含一位副高职称医师）签字确认，交医院医保科进行系统登记（需医保科盖章），医院医保科收集备案登记表及参保人申报资料，按季度送所属医保经办机构归档审核。原则上医院应在收到参保人员资料后即时办结，如因特殊情况不能即时办理的，向参保人员进行说明，最长办理时限为三天。如参保人员不符合慢特病办理条件的，及时向参保人员说明。

医保经办机构办理流程：参保人提供相应病种申报资料，经

所属医保经办机构审核后，参保指定门诊慢性病就诊医院后，由医保经办机构为申报参保人员填写参保人备案登记表，收集慢特病办理资料归档，并录入系统。原则上及时办结。

### **（五）门诊特殊病办理流程**

定点机构办理流程：参保人员在有资质的定点医疗机构就医时，由定点医疗机构医师根据参保人员检查结果，如符合门诊特殊病病种办理条件的，向参保人进行说明，并收集办理资料，为参保人员出具门诊慢性病备案登记表，经两位相关科室临床医师（含一位副高职称医师）签字确认，交医院医保科进行系统登记（需医保科盖章），医院医保科收集备案登记表及参保人申报资料，按季度送所属医保经办机构审核归档。原则上医院应在收到参保人员资料后即时办结，如因特殊情况不能即时办理的，向参保人员进行说明，最长办理时限为三天。如参保人员不符合门诊病办理条件的，及时向参保人员说明。

医保经办机构办理流程：参保人提供门诊特殊病申报资料，经所属医保经办机构审核后，符合办理条件的，由医保经办机构为申报参保人员填写参保人备案登记表，收集慢特病办理资料归档，并录入系统。原则上及时办结。

### **（六）门诊慢特病费用结算**

统筹区内已备案参保人员就医时，可直接持卡（医保电子凭证、社保卡或身份证）进行慢特病结算。如无法进行直接结算，可持医疗费用有效凭证（发票、费用清单，门诊病历）到所属医保经办机构申请报销。统筹区外就医的，在慢特病异地结算功能

完善前，需自费垫付医疗费用后，持医疗费用有效凭证（发票、费用清单，门诊病历）到所属医保经办机构申请报销。

### **（七）强化定点医疗机构管理**

1、加强慢特病资格办理管理。二级及以上定点医疗机构要建立慢特病办理管理机制，严格执行全省统一的慢特病办理标准，公布慢特病办理流程，加强慢特病办理入口管理。

2、加强慢特病诊疗管理。各定点医疗机构应严格遵循“合理检查、合理用药、合理治疗”的原则，为参保人员提供慢特病诊疗服务，原则上慢性疾病复查，每季度一次。慢性病药品可执行长处方，最长时限为三个月。定点医疗机构要杜绝超范围检查、打包开药等行为。

## **五、其他要求**

### **（一）统筹安排，做好政策衔接；**

各县（区）要注重新老政策衔接，在本通知实施前已办理慢特病手续的，不再另行办理，并按新标准享受慢特病待遇。在本通知实施后新申请的患者，按本通知规定的标准进行办理。对未纳入全省统一管理的慢特病病种，仍按原政策执行。

### **（二）特殊处理问题**

1、在本通知实施前，对本通知规定病种已启动诊疗疗程，或周期治疗的患者，可按相应待遇继续诊疗至疗程结束或周期结束。

2、参保人员使用与慢特病病种相对应的特殊药品时，管理方式按特殊药品制度执行，待遇标准按本通知规定执行。

## **六、工作要求**

### **（一）统一思想，提高认识**

此次规范慢特病门诊保障政策是全省医保政策统一的开端，是为了下一步医疗保障实现省级统筹做好基础，各县区要统一思想，提高认识，做好政策落实和经办服务工作。

### **（二）压实责任，保障待遇**

为保障参保人员慢特病待遇，各级医保经办部门要加强门诊慢特待遇审核管理，确保政策落实，在指导定点医疗机构做好门诊慢特病办理和结算工作的同时，要加强对定点医疗机构门诊慢特病办理和结算的监督，将定点医疗机构门诊慢特病办理和诊疗服务纳入医保协议管理，确保参保人员公平合理的享受门诊慢特病待遇。落实定点医疗机构主体责任，加强对定点医疗机构放宽条件办理门诊慢特病、慢特病大范围检查及慢特病打包开药情况进行监督，如因医疗机构未按规定执行政策或参保个人伪造病情造成基本医保基金损失的，按《医疗保障基金使用监督管理条例》规定处理。

### **（三）认真落实，做好服务**

2021年9月1日至2021年12月31日为政策过渡期，期间参保人员待遇标准就高执行，各县（区）医保局要认真研究政策，为医疗机构和患者享受正常待遇提供好服务，确保过渡期后政策按时落地落实。

### **（四）加强宣传，正面引导**

各县（区）要加强宣传引导，要通过新闻媒体、政府网、微

信公众号等广泛宣传，向公众做好慢特病门诊保障新政策的解读工作，合理正面引导群众，防止过度承诺，营造良好社会氛围。

- 附件：
1. 贵州省医疗保险门诊慢特病病种及待遇标准一览表
  2. 贵州省医疗保险门诊慢性病按定额包干结算病种和待遇标准一览表
  3. 贵州省医疗保险门诊特殊疾病病种及待遇标准一览表
  4. 贵州省医疗保险慢特病门诊病种办理标准



（公开属性：主动公开）

---

抄送：安顺市卫生健康局

安顺市人民医院、贵航三〇二医院

---

安顺市医疗保障局办公室

2021年9月24日印发

共印 20 份