

# 安徽省医疗保障局文件

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性病、特殊病管理办法（试行）》的通知

各市医疗保障局，局各处室、单位：

现将《安徽省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，请结合实际认真贯彻落实。

安徽省医疗保障局

2020年12月31日

# 安徽省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，根据基本医疗保险政策有关规定，结合我省实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于安徽省职工基本医疗保险（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** 省级医疗保障行政部门负责建立健全门诊慢特病管理制度，加强全省门诊慢特病管理和监督。各统筹地区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，细化制定本地区门诊慢特病管理政策并组织实施。

**第五条** 省级医疗保障经办机构负责指导全省门诊慢特病经办服务与管理工作,并做好省直职工医保门诊慢特病经办管理。各统筹地区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 病种管理**

**第六条** 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病种目录》(以下简称《病种目录》),按照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》,各统筹地区已有但未纳入《病种目录》的病种可继续执行。

**第七条** 纳入《病种目录》的疾病应综合考虑下列条件:

- (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) 本省发病率高,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。

**第八条** 省级医疗保障行政部门根据医学、医保管理等专家的评估意见,综合考虑医保基金承受能力等因素,确定纳入或调出的病种。

**第九条** 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，对门诊慢特病病种实行动态管理，适时增加或调出病种。

### **第三章 病种认定**

**第十条** 省级医疗保障行政部门根据疾病的临床诊断、特征性检查检验等客观因素，制定《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》）。

**第十一条** 参保人员按规定向参保地医保经办机构提交门诊慢特病认定申请。医保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。

**第十二条** 各统筹地区组织认定时，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** 各统筹地区医保经办机构应充分运用信息化手段，逐步通过医保信息系统或互联网等方式，受理参保人员门诊慢特病申请、认定。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。

### **第四章 支付范围**

**第十四条** 省级医疗保障行政部门根据《基本医疗保险药品目录》，制定《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》），并实行动态调整。《用药目录》内的医药费用

由医保基金按规定支付。

**第十五条** 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。

**第十六条** 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。

**第十七条** 《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。省级医疗保障经办机构负责《用药目录》编码的对照、发布。

**第十八条** 门诊慢特病病种的诊疗项目和医用耗材暂按现行规定执行。省级医疗保障行政部门适时组织制定门诊慢特病诊疗项目和医用耗材目录。

## **第五章 保障待遇**

**第十九条** 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。

**第二十一条** 各统筹地区应结合当地实际及基金承受能力，分病种合理设置门诊慢特病医保基金起付线、报销比例和年度支付限额，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。

**第二十二条** 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，按增加病种支付限额的一定比例增加支付额度。

**第二十三条** 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。

**第二十四条** 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。

**第二十五条** 各统筹地区可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。

**第二十六条** 建立健全全省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。暂未开通异地门诊慢特病直接结算的地区，应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

**第二十七条** 经参保地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。鼓励各统筹地区创新服务机制，为参保人员提供更加便捷、高效的服务。有条件的可探索开展处方外配医保结算服务。

**第二十八条** 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，可向参保地医疗保障经办机构申请并办理变更手续。

**第二十九条** 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。

**第三十条** 各统筹地区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。

**第三十一条** 各统筹地区要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

**第三十二条** 本办法由省级医疗保障行政部门负责解释，自2021年1月1日起施行。