

张掖市医疗保障局 张掖市财政局

文件

张医保发〔2024〕24号

关于贯彻落实全省统一 门诊慢特病保障政策的通知

各县区医疗保障局、财政局，市医保事务中心，市级定点医药机构：

按照《甘肃省医疗保障局关于统一规范全省基本医疗保险门诊慢特病保障范围和认定标准的通知》（甘医保发〔2023〕94号）、《甘肃省医疗保障局甘肃省财政厅关于印发全省基本医疗保险门诊慢特病待遇标准的通知》（甘医保发〔2024〕49号）、《甘肃省医疗保障局关于印发甘肃省基本医疗保险门诊慢特病经办管理规程的通知》（甘医保发〔2024〕60号）等文件精神，决定执行全省统一的门诊慢特病保障政策，结合我市

实际，现就有关事项通知如下：

一、保障范围和对象

执行全省统一的门诊慢特病保障政策，将发病率高、治疗周期长、病情相对稳定、诊疗方案明确、临床路径清晰、长期或终身需在门诊治疗的疾病纳入门诊慢特病保障范围（详见附件1）。适用于我市职工基本医保和城乡居民基本医保参保人员。

二、病种范围和支付标准

（一）病种范围。纳入保障范围的病种分Ⅰ类和Ⅱ类，其中Ⅰ类是全省统一纳入的63个病种，Ⅱ类是我市根据基金承受能力在省级限定选择纳入实施的病种范围保留的1个原纳入病种（详见附件1）。门诊慢特病病种范围将依据省级政策及本市疾病谱特点、发病率等适时动态调整。认定标准执行《甘肃省基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准及复审期限》（详见附件2）。

（二）支付范围。申请门诊慢特病待遇的参保人员，应当先认定，后享受待遇。在符合条件的定点医药机构就医、购药，发生的政策范围内费用，按规定纳入门诊慢特病保障支付范围。门诊慢特病支付范围包括与疾病相关的符合基本医疗保险用药目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录和支付标准内的检查、检验、药品、治疗、特殊材料等医疗费用。门诊慢特病用药按照《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》规定执行。使用乙类药品、特殊材料和诊疗项目所发生的费用，参

保职工、居民先由个人分别自负10%、20%后再进行报销。

门诊慢特病保障不予支付范围包括：与认定门诊慢特病病种诊疗无关或目录外的检查、检验、药品、治疗、特殊材料等医疗费用。住院期间发生的门诊慢特病医疗费用；国家和省上规定的其他不符合基本医疗保险支付范围和支付标准的费用。

（三）支付标准。门诊慢特病不设起付标准，在相应病种年度最高支付限额内，职工医保、居民医保统筹基金分别按政策范围内费用的85%、70%报销；血友病、恶性肿瘤门诊治疗、恶性肿瘤（放化疗）、白血病门诊治疗、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、系统性红斑狼疮伴并发症、器官移植抗排异治疗、血液透析、腹膜透析共10个医疗费用高、参保人员负担重的病种，职工和城乡居民基本医疗保险门诊慢特病政策范围内支付比例分别为90%、80%。门诊慢特病统筹基金年度支付限额按病种分别设定（详见附件1），仅限于当年使用，不得结转累加到次年。

对患多种门诊慢特病的参保人员，最多可申报两个门诊慢特病病种，个人门诊慢特病统筹基金年度累计最高支付限额为：两个病种中最高的限额（具体按最高病种限额分解到可享受月份的基金）与定额（500元）之和。

门诊慢特病待遇支付以自然年度为待遇享受周期，参保人员取得门诊慢特病身份后当月开始享受待遇。待遇享受开始日期以审核通过后，信息系统录入登记当日为准，待遇开始日期

之前发生的费用不予报销；待遇享受截止日期不超过该病种规定的复审期限。认定后的统筹基金年度支付限额为认定病种统筹基金年度最高支付限额月平均值乘以年内剩余月份，取整数确定。

（四）政策衔接。做好与原门诊慢特病、普通门诊统筹、“两病”门诊用药保障、“双通道”管理药品政策、住院医疗等待遇政策的衔接。

1. 本通知执行前已享受门诊慢特病待遇的参保人员，对照本通知病种范围，已认定的病种属于本通知病种或属于本通知合并的病种，参保人员不需再次申请认定，直接享受该病种或合并后病种待遇；已认定的病种属于本通知细分的病种，按细分病种最低标准享受待遇，参保人员有异议的，可申请重新认定。

2. 我市原自行制定不在本通知病种范围内的动静脉人工内痿成型术、残疾儿童康复治疗、椎间盘突出 3 个病种，按照 2023 年 12 月 22 日印发《关于停止受理认定部分门诊慢特病病种的通知》执行，2024 年 1 月 1 日起不再申办；之前已享受残疾儿童康复治疗门诊慢特病待遇的参保人员，根据原始申办认定资料对照本通知相关病种认定标准合并至相应病种，享受相应病种待遇标准；之前享受椎间盘突出门诊慢特病待遇的参保人员，在 2022 年 12 月 31 日之前认定的人员已全部达到 2 年复审期限，2024 年 12 月 31 日全部终止门诊慢特病保障待遇；2023 年认定的人员按原政策规定执行复审期限（2 年），达到复审期限不再

复审，椎间盘突出门诊慢特病待遇自然终止。

3. 未达到门诊慢特病规定标准的高血压、糖尿病(以下简称“两病”)居民医保参保人员的门诊用药，按现行“两病”门诊用药保障政策执行。

三、优化经办服务

各级医保经办机构要按照全省统一的门诊慢特病经办管理规程，组织定点医疗机构做好资格认定、就医管理、复审管理、费用结算等工作，在把好入口关的同时为参保人员提供快捷、便利的服务。

(一) 资格认定。

1. 认定机构。门诊慢特病认定由二级及以上定点医疗机构负责，具体认定医院由各县区医保经办机构审核确认，并向社会公布。认定医院应建立门诊慢特病认定内部工作机制和管理制度，成立负责门诊慢特病管理服务的专门科室，组成认定专家组，专家组由各相关临床科室副主任及以上医师、科室主任及分管副院长组建。

2. 办理流程。

(1) 申请。门诊慢特病实行随时申报、随时受理。认定所需材料包括身份证或社保卡复印件、《甘肃省基本医疗保险门诊慢特病申请表》(详见附件3)以及申请病种认定所需的二级及以上定点医疗机构相关医疗证明材料。相关医疗证明材料主要是指住院病历复印件(加盖病案专用章)，部分病种可为门

诊病历及诊断证明（原件加盖有效专用章）。参保人员可通过“甘肃省医疗保障局”微信小程序、“甘肃省医保服务平台APP”进行线上申报，也可按照就近便民原则在居住地基层医疗机构（社区卫生服务中心、乡镇卫生院）或具有门诊慢特病认定资格的定点医疗机构门诊慢特病申报窗口提交相关资料。

（2）受理。线下窗口经办人员收到申请资料后，核对材料是否齐全完整有效；材料不齐全的，一次性告知需补全材料；线上申请的申请人可通过线上渠道查询受理状态。

（3）鉴定。申请受理后，认定医院根据参保人员申请的病种以及提供的住院病历资料或检查检验资料，组织认定专家依据甘肃省基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准进行评判，未提供相关病历资料的应进行相关检查、化验，综合研判后提出拟确认意见，由科室主任复审。认定专家应在规定时间内完成鉴定，并由认定专家所在门诊慢特病定点医疗机构按规定上传鉴定结果至省医疗保障信息平台。

（4）确认。由医疗机构鉴定通过的，同级医保经办机构在省医疗保障信息平台对参保人员门诊慢特病病种待遇享受资格鉴定结果审核通过后，向患者出具《甘肃省基本医疗保险门诊慢特病认定审批表》（详见附件4）。参保人员可通过线上或线下渠道查询门诊慢特病病种待遇认定办理情况。参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定应在20个工作日内办结。认定医院于每月5日前负责将上月认定情况（《张掖市基本医疗保险门诊慢

特病待遇申请鉴定汇总表》详见附件6)及相关资料,报送同级医保经办机构备案。

(二)就医管理。门诊慢特病就医购药实行定点管理。医保经办机构应按照“总量控制、布局合理、及时便民”的原则,根据定点医药机构服务能力和医保管理水平,确定门诊慢特病定点医药机构并签订服务协议,在协议中明确门诊慢特病定点医药机构和责任医师的义务与违约责任。

定点医疗机构和医保医师严格执行医保药品、诊疗等目录的规定,在门诊慢特病病种范围内,对治疗方案明确、病情稳定、需长期使用处方药的参保人员实行门诊慢特病医疗保障长期处方管理,诊治医师评估后可单次开具不超过12周用药量处方,医保基金按规定予以支付;对异地长期居住、60岁以上或行动不便的参保人员,可酌情放宽医保基金单次支付用药费用时间。

参保人员在门诊慢特病定点医药机构就医购药时,定点医药机构通过“5301接口”查询门诊慢特病备案信息,参保人员无需提供门诊慢特病审批表。在定点零售药店购药时需持医疗机构开具的外配处方。

(三)复审管理。建立门诊慢特病动态管理机制。参保人员应在复审期限截止日前3个月内申请复审,复审期间仍按原病种继续享受相应待遇。未在规定时间内提出复审申请的,复审期限截止后不再继续享受相应待遇。复审流程与申请流程一致,

复审结果确定后，按照复审结果执行。已取得本通知病种目录内门诊慢特病资格的参保人员，病种复审期限统一从2025年1月起重新计算。

（四）费用结算。参保人员在定点医药机构进行门诊慢特病就医购药的，由定点医药机构与参保人员进行直接结算，参保人员只需按规定支付应由个人自负的医疗费用，其他费用由医保经办机构与定点医药机构进行结算。

（五）异地就医。门诊慢特病费用异地就医直接结算时，执行就医地的目录（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材目录），执行参保地的政策（支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等）。已申办门诊慢特病的参保人员在省内异地就医购药时，无需备案，在就医地门诊慢特病定点医药机构直接结算。参保人员办理跨省异地就医备案，对开通门诊慢特病跨省直接结算的病种，可享受直接结算。未在就医地定点医疗机构直接结算的，由参保人员先行全额垫付费用，持发票和医疗费用明细清单等相关资料到参保地医保经办机构手工（零星）报销，报销时目录范围及报销政策均按参保地相关政策执行。办理跨省异地就医临时外出的参保人员自然年度内发生的门诊慢特病费用应在当年12月31日前报销，办理异地长期居住、异地安置及常驻异地工作备案的参保人员自然年度内发生的门诊慢特病费用可在次年3月31日前报销，且不计入次

年限额。

（六）转移接续。门诊慢特病认定结果全省范围内互认，参保人员在省内办理基本医保关系转移接续时，转入地和转出地均有同病种的，在一个自然年度内共用一个限额标准。转入地无同种病种的，门诊慢特病待遇自然终止。参保人员办理跨省基本医保关系转移接续时，原参保地门诊慢特病病种待遇自然终止，按甘肃省门诊慢特病病种认定标准重新认定，认定后按规定享受门诊慢特病待遇。

参保人员省内跨制度转移（职工转居民或居民转职工），门诊慢特病病种待遇享受资格不需要重新认定，正常参保后当月按转移后的参保类别开始享受门诊慢特病待遇，统筹基金年度支付限额为该病种统筹基金年度最高支付限额月平均值乘以本年内剩余月份。

（七）病种变更。参保人员因病情发展、身体变化等原因确需变更或新增病种的，需重新进行病种申请认定。

除血友病、恶性肿瘤门诊治疗、恶性肿瘤(放化疗)、白血病门诊治疗、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、系统性红斑狼疮伴并发症、器官移植抗排异治疗、血液透析和腹膜透析外，其余病种本年度内已产生费用的不予变更；本年度内未产生费用的门诊慢特病病种可做变更。病种变更时需填写《甘肃省基本医疗保险门诊慢特病病种变更申请表》（详见附件5），对原病种停止门诊慢特病待遇享受，按变更后病种限额及复审期限

享受待遇。

四、加强监督管理

(一) 严格认定管理。各级医保部门、医保经办机构要强化定点医疗机构在慢特病认定、规范诊疗、合理使用医保基金等方面的责任，加强对慢特病病种认定、医疗服务行为的日常管理和监督检查，对于发现的违规违法行为严肃处理。对认定中弄虚作假的专家，取消门诊慢特病鉴定专家资格，并根据医保医师管理有关规定处理；对鉴定中以权谋私的工作人员以及通过伪造、变更或变造医疗文书等方式骗取门诊慢特病待遇的参保人员，按《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等有关规定处理。对纳入门诊慢特病待遇保障范围的参保人员，通过倒卖药品获得非法利益的，或将本人的医保凭证交给他人冒名使用的，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规严肃处理，构成犯罪的，移交司法机关处理。

(二) 加强费用审核。各级医保部门、医保经办机构要要加强门诊慢特病的医疗费用审核，引入智能监控，完善审核规则，定期开展监督检查，严厉打击套取、骗取医保基金行为。对监督检查过程中发现的问题和违规行为，按相关法律法规和医保协议管理相关规定处理。

(三) 规范医药服务。门诊慢特病定点医药机构应严格执行医保政策和服务协议规定，严格执行实名就医购药管理规定，

坚持因病施治的原则，配备疗效确切、质价相符的药品，根据参保人员的门诊慢特病病种，合理检查、合理治疗、合理用药，为参保人员妥善保存处方、诊疗单据等资料，做到诊疗、处方、交易、配送等全流程可追溯、可监管。

五、工作要求

（一）加强组织领导。各县区医保局要高度重视，充分认识规范统一门诊慢特病政策的重要性，切实加强组织保障，周密组织实施，把贯彻落实门诊慢特病政策作为贯彻落实党的二十届三中全会精神的重要举措，做好政策衔接，确保平稳过渡。

（二）精心组织实施。各县区医保局、市医保事务中心要强化服务意识，优化服务方式，加大对具有门诊慢特病认定资格定点医疗机构的培训和指导力度，确保参保人员按规定应尽享门诊慢特病待遇，推动政策落地实施。

（三）强化宣传引导。各县区要坚持正确舆论导向，多渠道、多方式做好宣传引导工作，对与原有政策和待遇标准有变化的，开展面对面的政策宣传和解读，及时回应社会关切，合理引导参保人员预期，为平稳推动工作营造良好社会氛围。

除确诊为苯丙酮尿症的城乡居民基本医保参保人员执行省卫健委等5部门印发的《关于进一步做好全省苯丙酮尿症患者医疗救治及医保报销等工作的通知》（甘卫妇幼函〔2024〕139号）外，以往门诊慢特病政策与本通知不一致的，以本通知为准。

本通知自 2025 年 1 月 1 日起执行。

- 附件：1. 张掖市基本医疗保险门诊慢特病病种和待遇支付标准
2. 甘肃省基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准及
 复审期限
3. 甘肃省基本医疗保险门诊慢特病申请表
4. 甘肃省基本医疗保险门诊慢特病认定审批表
5. 甘肃省基本医疗保险门诊慢特病病种变更申请表
6. 张掖市基本医疗保险门诊慢特病待遇申请鉴定汇总表



抄送：省医疗保障局

张掖市医疗保障局办公室

2024 年 12 月 3 日印发
