

成都市医疗保障局文件

成医保发〔2021〕27号

成都市医疗保障局 关于印发《成都市基本医疗保险门诊 特殊疾病管理办法》的通知

四川天府新区社区治理和社事局，成都东部新区公共服务局，成都高新区社治保障局，各区（市）县医保局，各相关定点医疗机构：

《成都市基本医疗保险门诊特殊疾病管理办法》已经2021年市医保局第32次党组会审议通过，现印发你们，请遵照实施。



成都市基本医疗保险门诊特殊疾病管理办法

第一章 总则

第一条 为保障我市基本医疗保险参保人员的门诊医疗费用待遇，加强和规范门诊特殊疾病管理，根据相关规定，制定本办法。

第二条 本办法所称门诊特殊疾病，是指病情相对稳定、需长期在门诊治疗、纳入我市基本医疗保险统筹基金（以下简称医保基金）支付范围的慢性或重症疾病。

第三条 我市基本医疗保险待遇享受期内的城镇职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险参保人员（以下简称参保人员），患有门诊特殊疾病病种范围内疾病的，可以申请门诊特殊疾病认定和治疗，享受门诊特殊疾病基本医疗保险待遇。

第四条 申请门诊特殊疾病基本医疗保险待遇的参保人员，应当先认定，后治疗。

认定和治疗应当遵循科学规范、客观真实、合理有效的原则。

第五条 市医疗保障行政部门负责制定和调整门诊特殊疾病政策，并指导、监督实施；区（市）县医疗保障行政部门负责属地门诊特殊疾病监督管理工作。

市医疗保障经办机构负责制定我市基本医疗保险门诊特殊疾病认定标准、支付范围、治疗机构准入标准，制定完善医保服务协议文本，组建和管理医疗保险专家库。

市医疗保障信息部门负责为门诊特殊疾病管理提供信息化支撑。

各级医疗保障经办机构按照属地管理和级别管理相结合的原则，具体负责门诊特殊疾病的认定，费用结算、审核、稽核，以及医保服务协议签订等经办工作。

第二章 病种范围

第六条 根据病种特点，我市门诊特殊疾病分为以下四类：

（一）第一类

1. 阿尔茨海默病
2. 脑血管所致精神障碍
3. 癫痫所致精神障碍
4. 精神分裂症
5. 躁狂症
6. 抑郁症
7. 双相情感障碍
8. 焦虑症
9. 强迫症

（二）第二类

1. 高血压病
2. 糖尿病
3. 风湿性心脏病

4. 高血压性心脏病
5. 冠状动脉粥样硬化性心脏病
6. 慢性肺源性心脏病
7. 脑血管意外后遗症
8. 肝硬化
9. 帕金森氏病
10. 硬皮病
11. 地中海贫血
12. 干燥综合征
13. 重症肌无力
14. 类风湿性关节炎

(三) 第三类

1. 结核病
2. 慢性活动性肝炎
3. 甲状腺功能亢进
4. 甲状腺功能减退
5. 慢性阻塞性肺疾病
6. 青光眼

(四) 第四类

1. 恶性肿瘤
2. 器官移植术后抗排斥治疗
3. 再生障碍性贫血

4. 骨髓增生异常综合征
5. 系统性红斑狼疮
6. 肾病综合征
7. 慢性肾脏病
8. 慢性肾脏病门诊血透
9. 血友病
10. 肝豆状核变性
11. 普拉德-威利综合征
12. 原发性生长激素缺乏症

第七条 市医疗保障行政部门根据医保基金运行情况、疾病谱变化等有关情况,适时调整门诊特殊疾病病种范围及待遇标准。

第八条 市医疗保障经办机构按照国家医疗保障疾病诊断分类和代码,规范病种编码。

第三章 认定管理

第九条 门诊特殊疾病认定是指医疗保障经办机构依据参保人员申请,按照认定标准,确定参保人员所患疾病是否属于门诊特殊疾病病种以及能否享受门诊特殊疾病基本医疗保险待遇的行为。

第十条 各级医疗保障经办机构负责门诊特殊疾病的认定。

医疗保障经办机构可以委托符合条件的定点医疗机构开展门诊特殊疾病的认定(以下简称认定机构)。

第十一条 医疗保障经办机构按照“总量控制、布局合理、动态调整、及时便民”的原则，在具备下列条件的医疗机构中委托认定机构：

（一）属于本市基本医疗保险定点范围的城市三级医疗机构、县级公立医疗机构；

（二）具备相应病种执业范围的医师（以下简称认定医师），并建立门诊特殊疾病认定医师库；

（三）配备门诊特殊疾病诊断相适应的仪器设备；

（四）具备向医疗保障经办机构实时上传门诊特殊疾病认定结论的信息系统；

（五）具备与门诊特殊疾病认定有关的其他条件。

第十二条 医疗保障经办机构应当与认定机构明确委托认定条款，并纳入医保服务协议管理。委托认定条款应当包含医疗机构认定的病种范围、认定责任、违约责任等内容。

第十三条 定点医疗机构自愿开展门诊特殊疾病认定的，应当向结算关系地医疗保障经办机构提出申请，并提供符合认定机构资质条件的资料。

第十四条 医疗保障经办机构根据定点医疗机构申请，对定点医疗机构进行委托认定授权，医疗机构按照委托授权的病种范围开展认定服务。其中，恶性肿瘤、器官移植术后抗排斥治疗、慢性肾脏病门诊血透、肝豆状核变性、普拉德-威利综合征和原发性生长激素缺乏症等病种的认定机构由市医疗保障经办机构确

定。

区（市）县医疗保障经办机构委托的认定机构，应当报市医疗保障经办机构备案。

认定机构名单由市医疗保障经办机构统一向社会公布。

第十五条 门诊特殊疾病认定应当由参保人员提出申请。参保人员申请时应当提供本人医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡、病历资料、检查资料，以及本人或委托授权人签字确认的成都市基本医疗保险门诊特殊疾病认定申请表。

成都市基本医疗保险门诊特殊疾病认定申请表由市医疗保障经办机构另行制定。

第十六条 门诊特殊疾病的认定结论应当由认定机构相应病种认定医师作出。认定机构应当实时将认定结论和相关资料上传至医疗保障经办机构。

认定机构作出的不符合认定条件的认定结论，医疗保障经办机构可以予以撤销。

第十七条 参保人员对认定结论有异议的，应当在收到认定结论之日起 15 个工作日内，向认定机构结算关系地医疗保障经办机构提出复核申请。

受理复核申请的医疗保障经办机构，从市医疗保险专家库中随机抽取专家，组成评审小组进行复核，复核结论为最终认定结论。

第十八条 通过门诊特殊疾病认定的参保人员，应当及时到

定点医疗机构进行门诊特殊疾病治疗。认定后超过6个月未进行门诊特殊疾病治疗或出现中断治疗达到6个月以上的，应当按本办法的规定重新申请门诊特殊疾病认定。

第十九条 认定机构应当加强认定资料档案管理，建立认定管理信息系统，利用现代信息技术在线全程监控认定过程，确保认定结论真实、客观，严禁弄虚作假。

第二十条 认定机构应当强化流程管控，制定门诊特殊疾病认定管理办法等管理制度，报医疗保障经办机构审核后，作为医保服务协议附件。

第四章 就医管理

第二十一条 符合以下条件的本市定点医疗机构，可以向结算关系地医疗保障经办机构申请门诊特殊疾病治疗资格。经结算关系地医疗保障经办机构审核通过并签订医保服务协议后，成为门诊特殊疾病治疗机构（以下简称治疗机构），为全市门诊特殊疾病患者提供治疗服务：

（一）已纳入本市基本医疗保险定点范围并开展住院医疗服务的定点医疗机构（含血液透析中心）；

（二）开展部分门诊特殊疾病病种治疗的定点医疗机构应当符合成都市基本医疗保险门诊特殊疾病治疗机构准入标准；

（三）配备相应病种执业范围的医师（以下简称治疗医师），并建有门诊特殊疾病治疗医师库；

（四）配备与门诊特殊疾病相应病种治疗相适应的仪器设备和药品；

（五）具备满足门诊特殊疾病管理和医疗费用结算需要的信息系统，能实时向医疗保障经办机构上传门诊特殊疾病相关信息；

（六）其他治疗门诊特殊疾病应当具备的基本条件。

成都市基本医疗保险门诊特殊疾病治疗机构准入标准由市医疗保障经办机构制定。

第二十二条 定点医疗机构申请门诊特殊疾病治疗资格时，应当提供相应病种治疗医师名单。其中，恶性肿瘤、器官移植术后抗排斥治疗、慢性肾脏病门诊血透、肝豆状核变性、普拉德-威利综合征和原发性生长激素缺乏症等病种的治疗机构由市医疗保障经办机构确定。

区（市）县医疗保障经办机构确定的治疗机构，应当报市医疗保障经办机构备案。

治疗机构名单由市医疗保障经办机构统一向社会公布。

第二十三条 各级医疗保障经办机构应当加强对治疗机构的监督管理，将门诊特殊疾病治疗的费用控制、服务质量、费用结算、违规处理、病种类型等内容纳入医保服务协议管理。

第二十四条 治疗机构应当按规定收治参保人员，提供诊治服务时应当核对有关证件，并通过现代信息技术识别参保人员身份，严格防范冒名顶替、虚记费用等违规行为。

第二十五条 治疗机构应当配备充足的药品，满足门诊特殊

疾病治疗的需要。

治疗机构开具外购药品时，应当向患者告知医保不予结算的规定，实行特殊管理的药品除外。

第二十六条 治疗医师应当严格按照疾病诊疗规范和药事管理等有关规定，规范诊疗和用药行为，切实做到合理检查、合理用药、合理治疗，严格防范过度医疗。治疗医师在开具处方时，应当注明治疗用药的起止日期，并将处方明细信息上传医保信息系统。

治疗机构应当组织开展处方点评，对医务人员不合理用药及时采取干预措施，保障患者用药安全、有效、经济。

第二十七条 一个自然年度内参保人员应当选择一家治疗机构就医，参保人员患精神类或传染类合并其他类门诊特殊疾病病种的，可以同时选择一家专科性医疗机构和一家综合性医疗机构作为治疗机构。

第二十八条 参保人员在治疗机构就医时，应当提供本人医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡等身份验证资料。

第二十九条 参保人员因病情需要在门诊特殊疾病治疗期间住院治疗的，门诊特殊疾病医疗费用不得与住院医疗费用重复保障。

第三十条 参保人员在门诊特殊疾病治疗期间，因治疗机构条件限制需到其他定点医疗机构检查的，由治疗机构治疗医师提出意见，经治疗机构医疗保险业务管理部门确认后，外检费用按

规定纳入门诊特殊疾病医疗费用，与治疗机构结算。

第三十一条 具备条件的治疗机构，可以积极探索提供门诊特殊疾病互联网诊疗服务，提升服务效率。

第五章 待遇支付管理

第三十二条 市医疗保障行政部门根据病种特点确定医保支付标准。

第三十三条 一个自然年度内，参保人员由医保基金支付的门诊特殊疾病医疗费用计入基本医疗保险基金规定的最高支付限额。

门诊特殊疾病医疗费用纳入基本医疗保险基金的险种待遇和年度最高支付限额以就诊时间确定。

第三十四条 门诊特殊疾病医疗费用的起付标准按自然年度分病种、分参保类别、分医疗机构计算，具体如下：

一个自然年度内，第一、四类病种不计起付标准；第二、三类病种计一次起付标准。

城镇职工基本医疗保险参保人员：乡镇卫生院、社区卫生服务中心 160 元，一级医疗机构 200 元，二级医疗机构 400 元，三级医疗机构 800 元。

城镇职工基本医疗保险参保人员年满 100 周岁及以上的不计起付标准。

城乡居民基本医疗保险参保人员：乡镇卫生院、社区卫生服

务中心 100 元，一级医疗机构 100 元，二级医疗机构 200 元，三级医疗机构 500 元。

起付标准以一个自然年度内首次结算医疗费用时的治疗机构确定，如参保人员在自然年度内更换治疗机构，起付标准按更换后的治疗机构重新计算。参保人员有效认定病种包含多类病种时，起付标准计算次数按照最少次数的病种确定。

第三十五条 参保人员发生的符合门诊特殊疾病医疗费用支付范围，数额在起付标准以上的部分，扣除个人首先自付的费用后，由医保基金按以下比例支付：

城镇职工基本医疗保险参保人员：乡镇卫生院、社区卫生服务中心 95%，一级医疗机构 92%，二级医疗机构 90%，三级医疗机构 85%。在此基础上，年满 50 周岁的增加 2%，年满 60 周岁的增加 4%，年满 70 周岁的增加 6%，年满 80 周岁的增加 8%，年满 90 周岁的增加 10%，根据年龄增加后的报销比例不得超过 100%。

城镇职工基本医疗保险参保人员年满 100 周岁及以上的，支付比例为 100%。

城乡居民基本医疗保险成年高档参保人员：乡镇卫生院、社区卫生服务中心 95%，一级医疗机构 87%，二级医疗机构 82%，三级医疗机构 68%。

城乡居民基本医疗保险成年低档参保人员：乡镇卫生院、社区卫生服务中心 95%，一级医疗机构 85%，二级医疗机构 75%，

三级医疗机构 53%。

城乡居民基本医疗保险学生儿童档参保人员(含大学生): 乡镇卫生院、社区卫生服务中心 95%，一级医疗机构 85%，二级医疗机构 75%，三级医疗机构 60%。

第三十六条 门诊特殊疾病病种有特殊管理规定的，从其规定。

第三十七条 下列情形产生的门诊特殊疾病医疗费用，医保基金不予支付：

- (一) 未经病种认定产生的医疗费用；
- (二) 未在选定的治疗机构产生的医疗费用；
- (三) 未经选定的治疗机构同意产生的外检医疗费用；
- (四) 非门诊特殊疾病治疗医师处方产生的医疗费用；
- (五) 超出成都市门诊特殊疾病基本医疗保险支付范围的医疗费用；
- (六) 医疗费用发生后，超过 6 个月(特殊情况超过 12 个月)未办理结算的医疗费用；
- (七) 应当由公共卫生负担的医疗费用；
- (八) 其他违反法律法规和医疗保险政策规定产生的医疗费用。

成都市门诊特殊疾病基本医疗保险支付范围由市医疗保障经办机构另行制定。

第六章 费用结算管理

第三十八条 参保人员在治疗机构即时结算由个人负担的门诊特殊疾病医疗费用。因特殊情况不能即时刷卡结算的，治疗机构应告知参保人员不能刷卡结算的原因、处置办法及补刷卡流程，在消除不能刷卡因素后仍由接诊治疗机构结算。

第三十九条 参保人员门诊特殊疾病医疗费用中由医保基金支付的部分，由医疗保障经办机构与治疗机构结算。结算办法由成都市医疗保障经办机构另行制定或双方通过签订医保服务协议的方式约定。

第四十条 治疗机构应当与结算关系地医疗保障经办机构办理门诊特殊疾病医疗费用结算业务。

医疗保障经办机构通过银行转账的方式与治疗机构结算门诊特殊疾病医疗费用。

第七章 异地就医管理

第四十一条 参保人员有下列情形之一的，按照成都市基本医疗保险异地就医管理相关规定办理异地就医登记备案手续后，可申请按照本办法享受门诊特殊疾病基本医疗保险待遇：

- （一）退休异地安置和长期异地居住或务工的；
- （二）因疾病治疗需要转至成都市以外就医的；
- （三）随父母长期异地居住的本市户籍的参保学生儿童。

第四十二条 参保人员异地就医登记备案期间申请门诊特殊

疾病基本医疗保险待遇的，由参保关系地所属医疗保障经办机构进行门诊特殊疾病认定；通过认定的，享受本办法规定的门诊特殊疾病基本医疗保险待遇。

参保人员申请门诊特殊疾病基本医疗保险待遇的，应当提供备案地三级定点医疗机构出具的检查报告和6个月内的出院证明（或疾病诊断证明）等病历资料以及本办法第十五条规定的认定所需的其他资料。

第四十三条 已认定通过的参保人员异地就医期间，一个自然年度内应当在备案地选择一家定点医疗机构进行门诊特殊疾病治疗，发生的医疗费用即时结算。参保人员患精神类或传染类合并其他类门诊特殊疾病病种的，可以同时选择同一城市的一家专科性医疗机构和一家综合性医疗机构作为治疗机构。

异地就医参保人员在未开通直接结算的异地定点医疗机构治疗门诊特殊疾病，医疗费用由个人全额垫付，每治疗满3个月后至参保关系地所属医疗保障经办机构申请结算。申请结算时间不得超过医疗费用发生时间的6个月（特殊情况不超过12个月）。办理结算时须提供以下资料：

（一）患者本人医保电子凭证或有效身份证件或社会保障卡，代办的还需提供代办人的有效身份证件；

（二）财政、税务部门制作或监制的门诊收费专用票据报销联（加盖医疗机构收费专用章）；

（三）门诊特殊疾病医疗费用清单；

(四) 药品处方、检查报告;

(五) 与参保关系地所属医疗保障经办机构有汇兑结算关系银行的储蓄账号。

第八章 监督管理

第四十四条 市医疗保障行政部门负责全市门诊特殊疾病监督管理工作。各区(市)县医疗保障行政部门负责本行政区域内医疗保障领域信用管理工作,依法对辖区范围内的医疗保障经办机构、认定机构、治疗机构、参保人员履行监督、管理、服务职责。

第四十五条 任何单位和个人有权举报、投诉侵害医保基金的行为,经查证属实的,按相关规定予以奖励。市医疗保障行政部门应按照相关规定,规范线索查办,依法保护举报人合法权益。

第四十六条 各级医保部门应建立社会监督机制。鼓励社会各方参与医保基金监督,探索引入第三方机构参与监管。

市医疗保障经办机构和市医疗保障信息部门应加强监管创新,优化医保智能监控信息系统,完善审核规则,加强对药品使用、处方合规性的审核监督。

定点医疗机构应当建立健全监管信息系统,做好药品进销存管理,利用智能监控,加强对诊疗行为的过程监控。

第四十七条 各级医疗保障经办机构应当采取随机与定期相结合的方式,对认定机构、治疗机构、参保人员行为合规性、真

实性和完整性开展监督检查。

定点医疗机构应当建立内部监督管理制度，定期对相关工作人员提供门诊特殊疾病服务的合规性、真实性和完整性等进行抽查，抽查情况应当及时记录，存档备查。

第四十八条 认定机构以欺诈骗保为目的作出虚假认定结论的，医疗保障行政部门应当依法依规予以查处。涉嫌犯罪的，移送公安机关处理。

治疗机构违反法律法规或违反医疗保险服务协议，医疗保障经办机构应当依法依规依约予以处理。

参保人员弄虚作假，骗取门诊特殊疾病基本医疗保险待遇资格的，医疗保障经办机构应当取消其门诊特殊疾病基本医疗保险待遇资格，并按医疗保险相关法律法规处理。

第四十九条 定点医疗机构及其工作人员提供门诊特殊疾病服务时，应当遵守下列规定：

- （一）严格履行医疗保险管理规定和协议约定；
- （二）按规定按要求接受医疗保障行政部门的监督检查，并提供所需信息，同时对信息的合规性、真实性和完整性负责；
- （三）向参保人员出具医疗费用详细单据及相关资料；
- （四）核验参保人员的有效证件，做到人证相符；
- （五）对涉嫌欺诈骗保的行为予以制止；
- （六）不得伪造变造处方、病历、治疗检查记录、药品和医疗器械出入库记录、财务账目等材料骗取医保基金；

(七) 医疗保险管理的其他规定。

第五十条 参保人员在门诊特殊疾病认定和治疗时，应当遵守下列规定：

(一) 持本人有效证件就诊、购药，并主动出示接受查验，不得将本人社会保障卡或医保电子凭证出借给他人，不得使用他人社会保障卡或医保电子凭证。

(二) 不得伪造变造证明材料骗取医保基金；

(三) 医疗保险管理的其他规定。

第九章 附则

第五十一条 本办法由成都市医疗保障局负责解释。

第五十二条 本办法从2021年11月17日起施行，有效期5年。原《成都市人力资源和社会保障局关于印发〈成都市基本医疗保险门诊特殊疾病管理办法〉的通知》（成人社发〔2013〕226号）、《成都市医疗保障局关于印发〈成都市基本医疗保险门诊特殊疾病管理办法〉的通知》（成医保发〔2020〕32号）、《成都市医疗保障局关于成都市基本医疗保险门诊特殊疾病管理办法实施的补充通知》（成医保办〔2020〕67号）、《成都市医疗保障局关于肝豆状核变性、普拉德-威利综合征和原发性生长激素缺乏症纳入门诊特殊疾病管理的通知》（成医保函〔2020〕28号，以上四个文件统称为原办法）同时废止。本办法实施后，其他本市过去制定的相关规定与本办法不一致的，以本办法为准。

第五十三条 本办法实施前，参保人员已按原办法规定申请治疗门诊特殊疾病未结算的，可按原办法规定提前结算。本办法实施后，应当按本办法规定进行门诊特殊疾病治疗和费用结算。

信息公开属性：主动公开

成都市医疗保障局办公室

2021年11月17日印发
