

达州市人民政府办公室文件

达市府办〔2016〕21号

达州市人民政府办公室 关于印发达州市城镇职工基本医疗保险 门诊特殊疾病管理办法的通知

各县、市、区人民政府，达州经开区管委会，市级各部门（单位）：

《达州市城镇职工基本医疗保险门诊特殊疾病管理办法》已经市第三届人民政府第97次常务会议审议通过，现予印发，请认真贯彻执行。

达州市人民政府办公室
2016年5月27日



达州市城镇职工基本医疗保险 门诊特殊疾病管理办法

第一章 总 则

第一条 为保障身患门诊特殊疾病的参保人员基本医疗需求，促进规范管理，根据《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）、《四川省深化医药卫生体制改革领导小组办公室关于印发〈四川省深化医药卫生体制改革2015年工作要点〉的通知》（川医改办〔2015〕9号）规定，结合我市实际，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，需长期在门诊治疗并纳入我市城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）统筹基金支付范围的慢性或重症疾病。

第三条 参加我市职工医保并履行相应缴费义务的人员，所患疾病在本办法规定的门诊特殊疾病病种范围内，均可申请纳入门诊特殊疾病管理，经认定合格后享受门诊特殊疾病待遇（以下简称门诊特殊疾病人员）。

第四条 门诊特殊疾病管理应坚持“以收定支、收支平衡”原则，在基本医疗保险统筹基金支付能力范围内确定病种和待遇标准。

门诊特殊疾病的认定和治疗，应当遵循科学规范、客观真实、

合理有效和“定病种、定医院、定金额”的原则。

第二章 病种分类

第五条 符合临床医学标准规定，纳入门诊特殊疾病管理的病种分为以下两类：

第一类：诊断明确，主要依赖药物在门诊长期治疗的 10 种慢性疾病，即糖尿病，高血压（Ⅱ期、Ⅲ期），再生障碍性贫血，甲亢病，脑血管意外后遗症，精神分裂症（稳定期），肝硬化，慢性活动性肝炎（丙型肝炎除外），肺心病，帕金森氏病。

第二类：病情稳定后，可在门诊治疗的 6 种重症疾病，即恶性肿瘤，慢性白血病，红斑狼疮，慢性肾功能衰竭，器官移植术后抗排斥治疗，丙型肝炎。

第六条 市人力资源社会保障局、市财政局可根据医保基金运行和门诊特殊疾病人员费用负担情况等因素，对门诊特殊疾病的病种、分类以及待遇标准等适时进行调整。

第三章 认定管理

第七条 门诊特殊疾病认定是指认定机构组织相关医学专家根据临床医学标准，确认申报门诊特殊疾病待遇人员能否纳入门诊特殊疾病管理的行为。

第八条 按照参保属地管理原则，各级医保经办机构为门诊特殊疾病认定机构，负责本地门诊特殊疾病人员认定工作。

第九条 申报门诊特殊疾病待遇人员，应在认定机构填写《达州市纳入门诊特殊疾病管理申请表》，并提供本人身份证、社会保障卡。申报第二类门诊特殊疾病待遇的人员还需提供二级及以上医疗机构出具的疾病诊断证明书、住院病历（复印件）及相关检查报告单。

第十条 患有多种第一类门诊特殊疾病的人员，可最多申报两种病种。同时患有第一类、第二类门诊特殊疾病的人员，自愿选择其中一类申报。

第十一条 认定机构原则上每季度统一组织申报第一类门诊特殊疾病待遇人员集中体检。体检医院应为二级甲等及以上医院。体检费用由申报人员负担。

第十二条 认定机构应随机抽取申报病种所需医学专家，对体检结果或申报资料进行认定。

认定过程应接受相关部门监督。

第十三条 认定机构应将认定合格的人员予以公示。公示期满无异议的，纳入门诊特殊疾病管理，发放《达州市门诊特殊疾病记录卡》，并从认定通过之次月起，按本办法规定享受门诊特殊疾病待遇。

第十四条 申报门诊特殊疾病待遇人员对认定不合格有异议的，应在公示期满后 15 个工作日内，向认定机构提出复检申请，认定机构再组织一次复检。

第十五条 认定机构应对已享受门诊特殊疾病待遇三年以

上的人员进行复查体检。按照复查体检结果确定是否继续纳入门诊特殊疾病管理。对复查体检后继续纳入门诊特殊疾病管理的人员，每隔三年复查体检一次。复查体检医院应为二级甲等及以上医院。复查体检费用由门诊特殊疾病人员负担。

75 岁以上的门诊特殊疾病人员、经认定机构家访的瘫痪病人不再复查体检。

第四章 就医管理

第十六条 我市医保定点医疗机构具备以下条件的，可以向当地医保经办机构提出申请，经考察合格后，确定为门诊特殊疾病治疗机构（以下简称治疗机构），为门诊特殊疾病人员提供治疗服务：

- （一）配备有治疗相应门诊特殊疾病病种的专业医务人员；
- （二）有治疗门诊特殊疾病的相应仪器设备和药品；
- （三）有制定门诊特殊疾病治疗方案、实时记账、费用结算和向医保经办机构实时上传门诊特殊疾病相关数据等功能的信息系统；
- （四）其他治疗门诊特殊疾病应具备的基本条件。

第十七条 各级医保经办机构不得将不符合条件的定点医疗机构确定为治疗机构。县（市、区）医保经办机构确定的治疗机构，应报市级医保经办机构备案。

治疗机构名单由市级医保经办机构统一向社会公布。

第十八条 在我市行政辖区内居住的门诊特殊疾病人员(以下简称本地居住人员),在本地治疗机构中自愿选择 1 家作为本人本年度的治疗机构;在我市行政辖区外居住的人员(以下简称异地居住人员),在长期居住地自愿选定 1 家当地定点医疗机构作为本人本年度的治疗机构。

第二类门诊特殊疾病人员可加选 1 家三级定点医疗机构作为治疗机构。

门诊特殊疾病人员在选定治疗机构后,原则上本年度不予变更,下一个医保统筹年度可重新选择。

第十九条 门诊特殊疾病人员在本人选定的治疗机构以外的医疗机构和零售药店发生的门诊特殊疾病医疗费用,医保基金原则上不予支付。

第二十条 门诊特殊疾病人员在治疗机构就医时,须提供本人身份证、社会保障卡以及《达州市门诊特殊疾病记录卡》。

第二十一条 治疗机构应为门诊特殊疾病人员配备必要数量的诊治医师。诊治医师应根据门诊特殊疾病人员病种和具体病情制定治疗方案,对治疗期内需要使用的药品名称、剂型、用量、用法和诊疗项目名称(含物价编码)等予以明确,处方用量时间应按照《处方管理办法》规定执行。治疗机构应将诊治医师相关信息和治疗方案通过信息系统实时上传至门诊特殊疾病人员参保地医保经办机构。

第二十二条 门诊特殊疾病人员选定的治疗机构无法购买

治疗所需药品时，由诊治医师提出意见，并经治疗机构签章确认，符合医保支付范围的，报参保地医保经办机构同意后，在指定地点购药。符合上述条件的外出购药费用，由门诊特殊疾病人员凭发票在医保经办机构按规定结算。

第二十三条 医保经办机构应与治疗机构按年度签订服务协议，将治疗的具体病种、费用控制、费用结算、服务质量和违规行为处理措施等内容纳入协议管理。

第五章 费用支付

第二十四条 第一类门诊特殊疾病购药费用实行按比例支付和最高支付限额控制的办法。一个医保统筹年度内，第一类门诊特殊疾病人员发生治疗该类疾病的门诊药品费用，符合医保支付范围的部分，由统筹基金支付 70%。按比例支付累计年度最高支付限额为：糖尿病 4000 元，高血压（Ⅱ期、Ⅲ期）3000 元，再生障碍性贫血 6000 元，甲亢病 1500 元，脑血管意外后遗症 4000 元，精神分裂症（稳定期）2500 元，肝硬化 5500 元，慢性活动性肝炎（丙型肝炎除外）5000 元，肺心病 4500 元，帕金森氏病 4500 元。当年纳入门诊特殊疾病管理的，按月计算本年度最高支付限额。

享受两种第一类门诊特殊疾病待遇的人员，可将治疗两种疾病所需药品费用纳入统筹基金支付范围，就高享受单病种最高支付限额待遇。

第二类门诊特殊疾病人员发生的门诊医疗费用，符合医保支付范围的部分，按住院医疗费用报销规定支付。一个统筹年度只扣减一次起付标准。

丙型肝炎患者的门诊抗病毒治疗疗程一般为 6 个月。对疗程结束需继续治疗的，由本人提出申请，经认定机构组织专家进行诊治效果评价，对治疗有效的可延续治疗 6 个月。

享受第二类门诊特殊疾病待遇人员，统筹基金支付的门诊医疗费用和住院医疗费用之和不得超过当年统筹基金最高支付限额。

第二十五条 本地居住人员，在选定的治疗机构发生的门诊医疗费用实行即时结算。属于个人负担的部分，由门诊特殊疾病人员与治疗机构结算；应由统筹基金支付的部分，由医保经办机构与治疗机构结算。各级医保经办机构原则上不得受理本地居住人员的门诊特殊疾病报账资料。

异地居住人员，应于当年第四季度至下年第一季度持选定的定点医疗机构发票和处方等资料，到参保地医保经办机构审核报销。全省异地就医结算平台开通门诊特殊疾病即时结算功能后，各级医保经办机构原则上不得受理异地居住人员门诊特殊疾病报账资料。

第二十六条 市级医保经办机构应根据《四川省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》规定，明确与治疗机构结算门诊药品费用的范围。

第六章 监督管理

第二十七条 各级医保经办机构应对治疗机构进行定期和不定期监督检查，对门诊特殊疾病人员的医疗费用进行重点监控，发现问题应严格按照服务协议、承诺书及时处理。

第二十八条 治疗机构、参保单位或个人以欺诈、伪造病历和虚开结算票据等手段骗取医保基金的，按《社会保险法》相关规定处理，涉嫌犯罪的，移送司法机关处理。

第七章 附 则

第二十九条 本办法自 2016 年 7 月 1 日起施行，有效期五年。期满自行失效。在有效期内，法律、法规、规章或上级规范性文件另有规定，或已按程序对本办法作出废止、修改、失效的决定的，从其规定或决定。

本办法施行前我市有关城镇职工基本医疗保险门诊特殊疾病的规定与本办法不符的，以本办法为准。

信息公开选项：主动公开

抄送：市委办公室，市人大常委会办公室，市政协办公室，市纪委，
市中级人民法院，市检察院，达州军分区。

达州市人民政府办公室

2016年5月30日印发

