

# 六安市医疗保障局文件

六医保秘〔2021〕80号

---

## 关于印发《六安市基本医疗保险门诊慢特病管理办法（试行）》的通知

各县区医保局，局各科室、市医保中心：

现将《六安市基本医疗保险门诊慢特病管理办法（试行）》印发给你们，请认真贯彻落实。



# 六安市基本医疗保险门诊慢特病管理办法 (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《安徽省基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理办法（试行）》（皖医保秘〔2020〕132号）、《安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种目录（试行）》（皖医保秘〔2021〕36号）及《安徽省基本医疗保险慢特病门诊用药目录（试行）》（皖医保秘〔2021〕37号）文件精神，结合我市实际情况，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于六安市职工基本医疗保险（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** 市级医疗保障行政部门负责制定本统筹地区门诊慢特病管理政策，加强全市门诊慢特病管理和监督。

**第四条** 市级医疗保障经办机构负责指导全市门诊慢特病经办服务与管理，并组织全市职工医保门诊慢特病申报病种认定和市直职工待遇支付、费用结算和协议管理工作。各县区医疗保障经办机构负责参保地职工待遇支付、费用结算和协议管理工作；负责参保地居民医保门诊慢特病申报病种认定、待遇支付、

费用结算和协议管理工作。

## 第二章 病种管理

**第五条** 统一门诊慢特病病种目录。职工医保与居民医保统一执行《安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种目录(试行)》(以下简称《病种目录》),对不在省定病种范围内且国家已赋病种编码的本市门诊慢特病病种,已认定门诊慢特病的人员继续按原规定享受保障待遇,在2024年1月1日前完成清理规范,同省定政策有序衔接,但不再增加新的人员。

## 第三章 病种认定

**第六条** 统一门诊慢特病认定标准。各级医保经办机构组织医学专家依据《安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准》对参保人员慢特病申请实施认定并出具认定意见,医保经办机构审核确认。

**第七条** 门诊慢特病按下列程序申请与认定:

(一)申请。参保人员在参保地经办机构(或经办机构指定的协议定点医疗机构)或在六安医保服务公众号上申请办理门诊慢特病,提交《六安市基本医疗保险门诊慢特病申请表》,按认定标准提供相应的诊断证明、病历、检查、化验报告等门诊慢特病申请资料。

对诊断明确、符合认定标准的恶性肿瘤、心脏瓣膜置换术后、血管支架植入术后、心脏冠脉搭桥术后、器官移植术后、白血病、慢性肾衰竭(尿毒症期)的参保患者,可在参保地经办机构或者

经办机构指定的协议定点医疗机构随时申报，及时受理、办结。

（二）认定。申请材料齐全的，医保经办机构在 20 个工作日内，组织完成认定工作。

（三）结果查询。参保人员可通过“六安市医疗保障局”网站查询认定结果。

**第八条** 医保经办机构要通过信息化手段进一步优化认定流程。将参保人员在协议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，逐步减少纸质材料。并鼓励将门诊慢特病病种认定下沉到符合要求的协议定点医疗机构，由协议定点医疗机构“一站式受理”，探索“全程网办--无纸化”模式。医保经办机构对协议定点医疗机构认定情况进行有效监督。

#### **第四章 支付范围**

**第九条** 统一门诊慢特病用药目录。慢特病用药执行《安徽省基本医疗保险慢特病门诊用药目录（试行）》（以下简称《用药目录》），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。甲乙类药品分类、限定支付条件、凡例说明等按照 2020 年版国家医保药品目录及国家谈判药品的有关规定执行。中药饮片执行 2020 年版国家医保药品目录中药饮片目录，医保基金按规定予以支付。

**第十条** 门诊慢特病病种的诊疗项目和医用耗材暂按基本医保现行规定执行。与病种相关必需的治疗、检查和材料等费用，按规定纳入医保支付范围。与病种无关的治疗、检查和材料费用，

基本医疗保险基金不予支付，由参保人员自付。待省级医疗保障行政部门制定诊疗项目和医用耗材目录后，再动态调整。

## 第五章 保障待遇

**第十一条** 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。

**第十二条** 起付线和支付比例。参保人员在协议定点医药机构发生的门诊慢特病医药费用，居民医保起付线为 500 元，支付限额为基本医疗封顶线的病种，支付比例参照普通住院，其余病种支付比例为 60%；职工医保起付线为 500 元，支付比例为 85%。同时享受多种门诊慢特病待遇的，一个年度只计算一次起付线。

**第十三条** 支付限额。按病种设定医保基金年度支付限额。同时患多种慢特病的，以支付限额最高的为基数，每增加一个病种，按照增加病种限额的 50%增加支付额度，年度内新增病种的，按新增病种限额的 50%增加支付额度。多个病种之间经核定的支付额度共用，但年度限额为基本医疗保险封顶线的病种，其限额不与其他病种共用。申请享受门诊慢特病待遇不满 12 个月的，按实际享受待遇月数计算确定起付线和支付限额。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。

**第十四条** 参保人员门诊慢特病医疗费用经基本医疗保险支付后，个人负担的合规费用按规定纳入大病保险、医疗救助等保障范围。门诊慢特病的合规费用指符合《用药目录》内的药品

费用及与该病种治疗相关的诊疗项目和耗材费用。

**第十五条** 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。

## **第六章 服务管理**

**第十六条** 门诊慢特病实行协议管理，直接联网结算。参保人员可在市内各级承担门诊慢特病服务的协议定点医疗机构直接联网结算。门诊慢特病患者在市内指定的协议定点零售药店购买纳入“双通道”管理的药品时，直接联网结算，执行与协议定点医疗机构统一的支付政策。省内、外协议定点医疗机构发生的门诊慢特病费用，按照异地就医结算管理规定执行。

**第十七条** 对市内按照门诊慢特病认定标准鉴定并享受门诊慢特病待遇的参保人员，因参保类别或参保地发生变化，门诊慢特病可直接变更到新参保类别、参保地，起付线和报销比例按新参保类别重新计算，已使用的限额及起付线相应扣减。

**第十八条** 各级医保经办机构应将门诊慢特病管理纳入协议定点医药机构、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。

**第十九条** 协议定点医药机构要完善内部管理制度，不得为参保患者提供虚假病历及检查报告单，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。

**第二十条** 参保人员应遵守门诊慢特病管理相关规定，有以

下行为之一者，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）参保人员在待遇享受期满后未申请复审或在一个参保年度内未发生门诊慢特病费用的；

（四）其他应取消门诊慢特病资格的情形。

**第二十一条** 协议定点医药机构、参保人员以欺诈手段骗取医保基金的，按照《中华人民共和国社会保险法》及《医疗保障基金使用监督管理条例》等相关规定处理。医保行政部门和医保经办机构工作人员、医疗专家滥用职权、徇私舞弊的，依照有关法律法规和规定严肃处理。

## 第七章 附 则

**第二十二条** 本办法自 2022 年 1 月 1 日起执行。原《六安市基本医疗保险慢性病门诊治疗管理办法》（六人社秘〔2016〕357 号）同时废止，凡以前相关规定与本文不一致的，以本文为准。今后，门诊慢特病起付线、限额及支付比例根据我市基金运行情况及医疗服务价格变化等因素动态调整。门诊慢特病病种目录、用药目录、诊疗项目和医用耗材目录根据省级医疗保障行政部门相关规定动态调整。

**第二十三条** 本办法由六安市医疗保障局负责解释。

附：六安市基本医疗保险门诊慢特病病种目录及限额标准

## 六安市基本医疗保险门诊慢特病病种目录及限额标准

序号	病种名称	国家病种编码	年度限额（元）	享受期限
1	高血压	M03900	4000	长期
	高血压伴并发症	M03904	4500	长期
2	冠心病	M04600	4000	长期
3	心功能不全	M04300	3500	长期
4	慢性阻塞性肺疾病	M05300	7000	长期
5	支气管哮喘	M05400	3200	2年
6	肺动脉高压	M04000	基本医疗封顶线	长期
7	特发性肺纤维化	M05601	基本医疗封顶线	长期
8	溃疡性结肠炎	M06501	12000	长期
9	克罗恩病	M06000	12000	长期
10	肝硬化	M06201	7000	长期
11	晚期血吸虫病	M00402	2500	长期
12	自身免疫性肝病	M06100	15000	长期
13	慢性肾脏病	M07807	10000	长期
14	肾病综合征	M07700	9000	4年



序号	病种名称	国家病种编码	年度限额（元）	享受期限
15	慢性肾衰竭（尿毒症期）	M07805	基本医疗封顶线	长期
16	糖尿病	M01600	5000	长期
	糖尿病胰岛素治疗	M01601	7000	长期
17	甲状腺功能亢进症	M01702	3000	4年
18	甲状腺功能减退	M01701	3000	长期
19	肢端肥大症	M01908	基本医疗封顶线	长期
20	脑卒中	M04800	5000	长期
21	癫痫	M02500	4500	长期
22	帕金森综合征	M02300	4500	长期
23	阿尔兹海默病（老年痴呆）	M02400	4500	长期
24	肝豆状核变性	M01904	15000	2年
25	重症肌无力	M03200	3600	长期
26	肌萎缩侧索硬化症	M02800	5000	2年
27	多发性硬化	M02900	6000	长期
28	青光眼	M03600	5500	长期
29	黄斑性眼病	M03701	20000	4年

序号	病种名称	国家病种编码	年度限额（元）	享受期限
30	银屑病	M06700	6500	4年
31	白癜风	M10500	3600	4年
32	重度特应性皮炎	M11801	20000	4年
33	精神障碍	M02000	7000	长期
34	慢性乙型肝炎	M00201	20000	2年
35	慢性丙型肝炎（非1b型）	M00203	13000	1年
	慢性丙型肝炎（1b型）	M00204	6500	1年
36	结核病	M00100	2500	2年
37	艾滋病	M00300	7000	长期
38	类风湿性关节炎	M06900	3500	长期
39	强直性脊柱炎	M07200	5000	长期
40	系统性红斑狼疮	M07101	20000	长期
41	白塞氏病	M07107	4500	长期
42	系统性硬化症	M07105	4000	长期
43	干燥综合征	M07106	5000	长期
44	多发性肌炎	M07103	5000	长期

序号	病种名称	国家病种编码	年度限额（元）	享受期限
45	皮肤炎	M07104	5000	长期
46	结节性多动脉炎	M05001	5000	长期
47	ANCA 相关血管炎	M05000	基本医疗封顶线	长期
48	先天性免疫蛋白缺乏症	M01505	基本医疗封顶线	长期
49	生长激素缺乏症	M01902	基本医疗封顶线	2 年 (限城乡居民)
50	普拉德 威利综合征	M08202	基本医疗封顶线	长期
51	脑瘫	M02601	4000	2 年 (限城乡居民)
52	尼曼匹克病	M01903	基本医疗封顶线	长期
53	心脏瓣膜置换术后	M08404	基本医疗封顶线	长期
54	血管支架植入术后	M08403	基本医疗封顶线	4 年
55	心脏冠脉搭桥术后	M08401	基本医疗封顶线	4 年
56	器官移植术后	M08300	基本医疗封顶线	长期
57	血友病	M01200	20000	长期
	血友病重型	M01213	基本医疗封顶线	长期
58	特发性血小板减少性紫癜	M01301	5500	长期
59	再生障碍性贫血	M01102	20000	2 年

序号	病种名称	国家病种编码	年度限额（元）	享受期限
60	骨髓增生异常综合征	M00902	基本医疗封顶线	1年
61	骨髓增生性疾病	M00906	基本医疗封顶线	1年
62	白血病	M00800	基本医疗封顶线	2年
63	恶性肿瘤	M00500	基本医疗封顶线	4年
64	心脏起搏器置入术后 (抗排异治疗)	M08501	基本医疗封顶线	本地病种 (限城乡居民)
65	骨坏死	M07401	5000	本地病种

备注：1、病种年度限额包含起付线和个人自付比例（限额为基本医疗封顶线的病种除外）。

2、基本医疗封顶线为基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额，不含起付线和个人自付比例。