

武威市医疗保障局文件

武医保发〔2025〕16号

关于印发《武威市基本医疗保险门诊慢特病管理办法》的通知

各县区医保局，市医保服务中心：

现将《武威市基本医疗保险门诊慢特病管理办法》印发你们，
请认真遵照执行。

武威市医疗保障局

2025年4月22日



武威市基本医疗保险门诊慢特病管理办法

第一章 总 则

第一条 为规范基本医疗保险门诊慢特病管理，根据《甘肃省医保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）、《关于印发全省门诊慢特病待遇标准的通知》（甘医保发〔2024〕49号）和《关于印发甘肃省门诊慢特病经办规程的通知》（甘医保发〔2024〕60号）要求，结合我市实际，制定本办法。

第二条 门诊慢特病是指部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重且适合在门诊治疗的，由统筹基金按规定支付门诊医疗费用的疾病（含治疗项目）。市医疗保障行政部门根据全省统一的门诊慢特病病种目录，在综合考虑基本医疗保险统筹基金承受能力等因素后确定全市门诊慢特病病种目录。

第三条 本办法适用于全市所有参加城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险人员（以下统称“参保人员”）的门诊慢特病管理。

第四条 市医保经办机构负责指导全市门诊慢特病经办管理服务。各县区医保局按照规程做好本辖区门诊慢特病经办管理服务，开展辖区内门诊慢特病定点医药机构诊疗服务行

为监督管理。

第二章 待遇标准

第五条 全市执行统一的《武威市基本医疗保险门诊慢特病病种目录》（见附件1，以下简称《病种目录》）。

第六条 全市纳入基本医疗保险门诊慢特病报销范围的病种共两大类68种，并根据病种特点设定待遇享受期限。具体待遇享受期限在《病种目录》中明确。

I类（63种）：类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、糖尿病伴有并发症（2种以内）、糖尿病伴有并发症（3种及以上）、甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、苯丙酮尿症、克汀病、慢性活动性肝炎、肝硬化失代偿期、脑血管病后遗症、重症肌无力、阿尔茨海默病、脑瘫、癫痫、帕金森病、精神分裂症、偏执性情感障碍、癫痫性精神病、双向障碍、分裂情感障碍、精神发育迟滞所致精神障碍、儿童孤独症、器质性精神病、躁狂症、抑郁症、肺源性心脏病、慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、耐药性结核病、肺结核、原发免疫性血小板减少症、冠状动脉搭桥术后状态、具有其他心脏瓣膜置换、冠状动脉支架置入术后状态、血管支架植入术后状态、冠心病、慢性心力衰竭、高血压（高危）、克山病、慢性肾功能衰竭、慢性肾脏病、慢性肾炎、肾病综合征、股骨头坏死、大骨节病、氟骨病、布鲁氏菌病、包虫病、疟疾、黑热病、

其他传染病和寄生虫病、砷中毒、系统性红斑狼疮、系统性红斑狼疮伴并发症、血友病、白血病门诊治疗、再生障碍性贫血、血液透析、腹膜透析、恶性肿瘤门诊治疗、恶性肿瘤（放化疗）、器官移植抗排异治疗。

Ⅱ类（5种）：风湿性关节炎、痛风、溃疡性结肠炎、风湿性心脏病、银屑病

第七条 门诊慢特病患者在慢特病定点医药机构门诊治疗慢特病所发生的目录内诊疗项目（包括检查化验）、常规药品以及医用耗材等医疗费用（以下简称合规医疗费用），纳入门诊慢特病的保障范围。

第八条 门诊慢特病不设置起付标准，职工和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85%、70%；其中血友病、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个病种，职工和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）。

第九条 门诊慢特病统筹基金不予支付的范围：

（一）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；

- (二) 住院期间发生的门诊慢特病医疗费用;
- (三) 超出药品法定适应症及医保限定支付范围的药品;
- (四) 明确不得在门诊使用的药品;
- (五) 无处方或处方未按规定程序经过药师或执业药师审查的药品;
- (六) 非慢特病定点医药机构(就医地未设置慢特病定点医药机构的情形除外)发生的门诊慢特病费用,医保基金不予支付;
- (七) 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。

第十条 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,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本年内剩余月份,取整数确定。门诊慢特病患者医保关系转移后,转入地和转出地均有同病种的,转出地按其认定的门诊慢特病病种统筹基金年度支付限额分解到月计算其待遇限额,并终止转出地待遇;转入地按照该病种统筹基金年度支付限额月平均值乘以年度内剩余月份计算其待遇限额。转入地无同种病种的,门诊慢特病待遇自然终止。

第十一条 对患多种门诊慢特病的职工和居民参保人员,均可申报两种门诊慢特病病种,其年度支付限额是在待遇水平最高病种限额的基础上,增加 500 元。

第十二条 参保人员因病情发展、身体变化等原因确需变更门诊慢特病病种的人员，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，本年度内已产生费用的门诊慢特病病种不予变更，本年度内未产生费用的门诊慢特病病种可做变更。病种变更时需办理变更手续对已申报病种中予以更换的病种办理停止享受门诊慢特病待遇相关手续后，按新病种限额及享受周期规定兑现待遇

第三章 认定管理

第十三条 全市执行统一的《武威市基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准》（见附件2，以下简称《认定标准》）。门诊慢特病的认定、复审由医保经办机构组织实施或委托具备条件的定点医疗机构受理参保人员门诊慢特病申请、认定、复审。条件允许时可委托第三方机构，协助做好门诊慢特病的认定、审核等相关工作。

第十四条 门诊慢特病病种需经二级及以上定点医疗机构确诊，对于门诊检查可明确诊断的病种，不得将住院作为认定门诊慢特病的必要条件。

第十五条 门诊慢特病资格认定医院由市级医保经办机构

根据门诊慢特病认定工作实际需求确定，并向社会公布。认定医院应建立完善的门诊慢特病认定内部工作机制和管理制度，成立门诊慢特病认定专家组，专家组由副主任医师及主任医师组建。

第十六条 门诊慢特病实行随时申报、随时受理，认定办理时限不超过 20 个工作日。

（一）申请。参保人员按规定向参保地医保经办机构或具有门诊慢特病认定资格医疗机构提交《认定标准》中明确的相关资料及《武威市基本医疗保险门诊慢特病申请表》（详见附件 3）。

（二）受理。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。

（三）认定。申请受理后，经办机构和认定医院严格按照《认定标准》在规定时间内完成认定。

（四）审核。由医疗机构认定通过的，将认定（复审）结果通过线上或线下方式报同级医保经办机构审核，审核通过后，医保经办机构及时将门诊慢特病病种待遇认定结果告知参保人员，参保人员也可通过电话咨询或到医保经办机构查询门诊慢特病病种待遇认定办理情况。

第十七条 在市域内具有门诊慢特病认定资格的定点医疗机构住院治疗的参保慢特病病种患者，直接向就诊医院提出申请，由就诊医院受理认定后报参保地经办机构审核。

第十八条 异地住院治疗和已确诊未及时申办的门诊慢特病患者，持相关资料到参保地经办机构或指定的认定医疗机构申报认定。

第十九条 原执行病种编码与现行病种编码不一致的慢特病患者，由医保经办机构组织重新进行病种认定，认定合格后按新病种限额及复审期限享受待遇。

第二十条 门诊慢特病病种复审期限统一从2025年1月起重新计算。慢特病患者应在病种复审期限截止日前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，复审结果确定后，按照复审结果执行。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。

第二十一条 门诊慢特病实行动态管理。门诊慢特病患者待遇享受期期满，停止享受待遇资格，仍需继续治疗的，应申请复核认定；对待遇享受期为长期及10年、5年的病种，门诊慢特病患者认定后连续24个月未发生合规医疗费用的，停止享受待遇资格。

第四章 结算管理

第二十二条 门诊慢特病参保人员可自行选择符合条件的定点医疗机构就医购药，或者凭处方在符合条件的门诊慢特病定

点零售药店购药，由定点医药机构通过“14-门诊慢特病”医疗类别与参保人员进行直接结算，并为参保人员提供结算单和发票。参保人员只需按规定支付应由本人自付的医疗费用，其他费用由医保经办机构与定点医药机构按医保服务协议约定进行结算。

第二十三条 门诊慢特病定点医药机构由市医保服务中心评估确定后报市医疗保障局备案，并向社会公布。慢特病定点医疗机构要按国家、省规定标准要求设置相应的诊疗科目，慢特病定点零售药店应具备处方流转条件。

第二十四条 慢特病定点医药机构应当执行实名就医购药管理规定，核验参保人员医保电子凭证或社会保障卡或身份证，如实记录门诊慢特病就医购药情况，实时上传就诊、结算等信息。委托他人在定点医药机构购药的，定点医药机构应核验参保人员和代办人的有效身份证件，核验处方使用人与参保人员身份是否一致。

第二十五条 慢特病定点医疗机构应坚持因病施治的原则，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，不得将医保报销项目转为自费支付，不得违规增加患者的自付比例；严格遵守处方管理的相关规定，根据不同病种建立不超过3个月的长处方制度。

第二十六条 慢特病定点零售药店要严格按照门诊慢特病

诊疗医师开具的处方向参保人员提供药品服务，真实完整记录参保人员医疗费用、医保基金支付和个人账户支出情况，并将外配处方、购药清单等结算资料保存 2 年，以备医疗保障部门核查。

第二十七条 参保人员同时发生门诊慢特病费用、单独支付药品费用和普通门诊费用时，定点医药机构应当单独结算，分别开具处方和结算票据。

第二十八条 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）有关规定。

（一）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。

（二）已办理跨省异地就医备案，且申办了高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、慢性阻塞性肺疾病、类风湿关节炎、冠心病、病毒性肝炎、强直性脊柱炎等 10 种门诊慢特病的参保人员在就医地门诊慢特病定点医药机构直接结算。其余病种按照国家医保局统一部署，逐步推进跨省异地就医直接结算。

（三）因特殊原因未在就医地直接结算的，由参保人员先行垫付（现金全额支付）后，在当年 12 月 15 日前，持定点医药机构开具的处方、专用票据以及检查费、治疗费、材料费的明细清

单，到参保地医保经办机构或指定的定点医疗机构申请手工（零星）报销。确因特殊情况，报销时限最长可延续至次年3月底前办理完成，超出时间不予报销。

第五章 监督管理

第二十九条 各级医疗保障行政部门应当做好门诊慢特病医疗费用支出的常态化监管，探索推进医保药品追溯管理体系建设。

第三十条 各级医保服务中心应当将门诊慢特病管理纳入定点医药机构协议管理范畴，在医保服务协议中明确门诊慢特病管理相关内容，明确双方的权利义务、违约责任，严格按照医疗保险服务协议约定内容，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稽核检查；对相关违规行为，可依据医保定点协议管理要求进行处理，情节严重，涉嫌欺诈骗保的行为，按相关规定处理。

第三十一条 各级医保服务中心要加强门诊慢特病的医疗费用审核，充分利用医保智能监控系统实现医疗费用初审全覆盖，并不断提高复审抽查比例。监督各定点医疗机构严格执行临床诊疗规范和医疗保险相关规定，提高医疗保险基金使用效率。对超范围诊疗用药等不合理费用，在结算时予以扣减，并按协议规定予以处理。

第三十二条 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，合理诊疗、合理用药，严禁超剂量、超范围开具处方等违规行为。同时，要为参保人员妥善保存病历、处方、购药记录等资料，做到诊疗、处方、交易、配送可追溯、可监管。

第三十三条 认定医疗机构专家未按政策规定的程序履行认定职责、未在规定时间内出具门诊慢特病认定意见、在认定中弄虚作假的，取消认定专家资格，并将此情形纳入所在定点医疗机构医保服务协议年度考核范畴，按照协议相关规定处理。

第三十四条 申请或者享受门诊慢特病的参保人员，应当如实提供相应的认定材料，有以下行为之一的，取消门诊慢特病待遇享受资格，并追回违规享受的待遇：

（一）提供伪造的诊断证明、病历、检查、化验报告等申请门诊慢特病所需的认定材料；

（二）转卖药品和医用耗材的；

（三）采用欺诈骗保等行为骗取医保基金的；

（四）其他应取消门诊慢特病资格的情形。

各级医疗保障行政部门负责监督经办机构、定点医药机构门诊慢特病的管理工作。

第六章 附则

第三十五条 市医疗保障局根据国家、省政策规定和医疗保险基金运行、诊疗费用和药品费用变化等情况，对门诊慢特病的病种范围、认定标准、支付比例、补助限额标准等进行调整。

第三十六条 本办法由武威市医疗保障局负责解释。以往有关政策规定，与本办法不一致的，以本办法为准。

第三十七条 本办法自印发之日起实施。如遇国家、省政策调整，从其新规定。

- 附件：
1. 武威市门诊慢特病病种目录和支付标准；
 2. 武威市基本医疗保险门诊慢特病认定标准及复审期限；
 3. 武威市基本医疗保险门诊慢特病申请表；
 4. 武威市基本医疗保险门诊慢特病病种变更申请表。

公开属性：主动公开

武威市医疗保障局

2025年4月22日印发
