

吕梁市医疗保障局文件

吕医保发〔2021〕43号

关于印发《吕梁市城乡居民门诊慢性病 管理暂行办法》的通知

各县（市、区）医疗保障局，市医疗保险管理服务中心：

现将《吕梁市城乡居民门诊慢性病管理暂行办法》印发给你们，请认真贯彻执行。



吕梁市医疗保障局

2021年4月30日

（此件主动公开）

吕梁市城乡居民门诊慢性病管理暂行办法

第一章 总则

第一条 为贯彻落实《中共山西省委 山西省人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》，加强城乡居民门诊慢性病管理，提高经办服务效能，简化申报鉴定程序，方便参保患者就诊，确保基金合理使用、收支平衡，根据省医保局、财政厅《关于统一全省城乡居民门诊慢性病病种的通知》（晋医保发〔2020〕33号）、《关于规范全市城乡居民门诊慢性病管理的通知》（吕医保发〔2021〕27号）文件精神，结合实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于全市已参加城乡居民基本医疗保险并享受医疗保险待遇的参保人员。

第三条 我市城乡居民基本医疗保险门诊慢性病管理坚持以下原则：

- （一）坚持与我市经济社会发展水平相适应的原则；
- （二）坚持保基本、广覆盖、多层次、可持续的原则；
- （三）坚持以收定支、收支平衡、略有结余的原则；
- （四）坚持权利和义务相对应的原则。

第二章 病种管理

第四条 纳入我市城乡居民基本医疗保险门诊慢性病管理的病种共45种，其中限额慢性病病种40种，非限额慢性病病种5

种。

(一) 限额慢性病病种：肾病综合征（原发性）、慢性肾功能不全、肺源性心脏病、心脏瓣膜病（器质性）、慢性心力衰竭、慢性阻塞性肺疾病、冠心病、股骨头坏死、高血压 3 级（极高危）、中枢神经系统脱髓鞘疾病、支气管哮喘、膝关节骨性关节炎、慢性骨髓炎（化脓性）、强直性脊柱炎、白癜风、银屑病、系统性硬化症、脉管炎、病毒性肝炎（慢性）、类风湿性关节炎、肝硬化（失代偿期）、炎症性肠病、脑血管病后遗症、帕金森病、癫痫、干燥综合征（舍格伦）、糖尿病（合并严重并发症）、再生障碍性贫血（慢性）、甲状腺功能亢进症（减退症）、免疫性血小板减少症（原发性）、重症肌无力、结核（活动性）、阿尔茨海默病、系统性红斑狼疮、原发性骨髓纤维化、真性红细胞增多症、原发性血小板增多症、氟骨病、大骨节病、克山病。

(二) 非限额慢性病病种：恶性肿瘤门诊治疗、器官移植抗排斥治疗、血友病、尿毒症透析、重性精神疾病。

第五条 门诊慢性病准入（退出）及年支付标准按吕梁市医疗保障局、财政局《关于规范全市城乡居民门诊慢性病管理的通知》（吕医保发〔2021〕27 号）文件执行。

第三章 申报和鉴定

第六条 各县（市、区）医保经办机构原则上应指定当地二级甲等及以上基本医疗保险定点医疗机构为受理申报、鉴定的医

疗机构。经办机构应及时向社会公示具备受理资格的医疗机构名单。相关医疗机构应设立专门窗口、明确专人负责受理并做好鉴定档案管理工作。

第七条 参保人员申报慢性病，原则上应由本人持近一年内二级及以上医疗机构出具的病历及有关定性诊断意见的检查、化验报告等资料（对于诊断证明、门诊病历及相关检查检验报告能够证明病情，且符合准入标准的，不再提供住院病历），居民本人身份证和社保卡复印件、一寸红底彩照两张，到参保地慢性病定点鉴定医疗机构申请鉴定。

第八条 因病卧床或行动不便的参保人员申报慢性病，由代办人员持近一年内二级及以上医疗机构出具的病历或相关检查、化验报告单，作为申报资料送达定点鉴定医疗机构，由鉴定专家鉴定符合准入标准后可享受慢性病待遇。

第九条 长期异地居住的参保人员申报慢性病，可使用近一年内二级及以上医疗机构出具的病历或相关检查、化验报告单，作为申报材料。由本人或代办人员持申报材料到参保地慢性病定点鉴定医疗机构进行鉴定。若因鉴定需要必须由本人到场的，本人应在规定时间内前来鉴定，否则视为自动放弃。

第十条 各县（市、区）医保经办机构可结合当地医疗机构和鉴定专家队伍实际，按照方便群众、提高效率的原则安排申报和鉴定时间。原则上从受理申报之日起 20 个工作日内完成鉴定，

发放《吕梁市城乡居民慢性病证》，并在医保管理系统内开通待遇权限。对于恶性肿瘤门诊治疗、器官移植抗排斥治疗、尿毒症透析等诊断明确、易于鉴定的病种，随时受理，及时办结；对于不符合准入条件的慢性病患者，定点鉴定医疗机构要以书面形式即时告知，并做好政策解释工作。

第十一条 慢性病待遇享受期原则上为 2 年，有效期届满的需重新提交资料，由患者本人到参保地医保经办机构指定的慢性病定点医疗机构进行重新鉴定（如病情严重卧床不起可通过网络视频等其他方式进行确认，相关手续可委托他人代办）。再次鉴定时需提供慢性病证、身份证、近一年住院病历或近三个月内诊断证明书和相关疾病检查、化验报告。凡死亡或不再符合门诊慢性病准入标准的，应予及时退出。

第十二条 门诊慢性病每年 1 月 1 日至 3 月 31 日进行年检，年检通过后方可享受当年门诊慢性病报销待遇。年检方式可选择经办服务窗口或“吕梁通”APP 等医保网上便民服务渠道，未进行年检的，视为自动放弃待遇享受。城乡居民门诊慢性病年检工作由县（市、区）医保经办机构负责组织实施。

第四章 就医管理

第十三条 经鉴定符合条件的门诊慢性病参保患者，可在统筹区内居住地医保部门公布的慢性病定点医药机构名单中，自行选择（或由医保经办机构指定）一家定点医疗机构和一家定点零

售药店作为其门诊慢性病定点服务医药机构，享受慢性病门诊待遇。慢性病定点医药机构原则上一年一定，参保患者在下一年度参保缴费时未办理变更登记的，自动延续定点。未成年人、丧失劳动能力的残疾人、无民事行为能力 and 限制民事行为能力的慢性病患者由其监护人或亲属代为选择或变更慢性病定点医药机构。

第十四条 慢性病定点医药机构要认真执行门诊慢性病管理制度，加强医师、药师医德医风教育和日常管理，并提供优质、便捷、价廉的服务。提供医药服务时，必须核对患者社会保障卡和慢性病病种，严格控制药品的用药范围和用量。因特殊情况未能实施医药费用联网直接报销的定点医药机构要向慢性病患者提供财税监制的票据和处方。

第十五条 医保医师在为慢性病参保患者诊治时，必须核对病人社会保障卡、慢性病证，核对慢性病病种，做到人证相符，并在门诊病历上如实记载检查、治疗及用药等情况。

第十六条 医保医师在为慢性病参保患者诊治时，要按国家基本医疗保险药品目录所列品种，优先选用目录甲类药品，优先选用国家基本药物，优先选用通过一致性评价的品种，优先选用集中招标采购中选药品。

第五章 费用支付

第十七条 限额慢性病病种报销不设起付线，按疾病分类设定季度最高支付限额和年度最高支付限额(季度最高支付限额和

年度最高支付限额详见附件), 参保居民按 60%的比例支付。恶性肿瘤门诊治疗、器官移植抗排斥治疗、血友病、尿毒症透析、重性精神疾病等非限额慢性病病种起付线 500 元, 报销比例 70%, 与住院合计封顶线 10 万元。与鉴定疾病相关联、且符合基本医疗保险诊疗项目和药品目录规定的医药费用方可纳入门诊慢性病报销范围。

第十八条 参保慢性病患者可申请鉴定一种及以上门诊慢性病病种, 就高享受其中一种疾病限额。申报门诊慢性病鉴定通过后, 次月起可享受待遇。

第十九条 长期服用治疗方案范围内的药品实行总量核定, 一次性购买药品不得超过一个季度的剂量, 票据药品数量要与处方量相符。

第二十条 门诊慢性病患者在选定的慢性病定点医药机构发生的医药费用直接报销, 由医药机构垫付报销费用, 按规定时间与县(市、区)医保经办机构结算。市域外发生的门诊医药费用必须提供就医地定点医药机构出具的票据, 由县(市、区)医保经办机构自行确定报销费用时间。当年发生的医药费用, 因特殊情况未能及时报销的, 最迟于次年 3 月底前报销, 否则视为自动放弃相关待遇。

第六章 监督管理

第二十一条 各县(市、区)医保部门要认真执行《关于规

范全市城乡居民门诊慢性病管理的通知》(吕医保发(2021)27号)规定,要严把慢性病准入和退出关,实行动态管理,定期与卫健部门登记的死亡人员信息比对,及时将已死亡并办理慢性病证的人员信息注销;要分期分批分类,对已办理慢性病证的人员进行一次回头看,按照新标准将部分不符合准入条件的予以退出。

第二十二条 各县(市、区)医保经办机构要根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》要求,对承担慢性病门诊直接结算的医药机构,在协议中增加相应的服务协议条款。要进一步加强零售药店的监管审核,充分利用智能监管系统、现场检查等手段确保基金安全,对于发现恶意违反服务协议的医药机构,立即终止慢性病定点服务协议。

第二十三条 医保经办机构受理慢性病患者门诊费用报销时,做到对患者报销的医药费用进行药病相符、用药量与处方量匹配、处方姓名与慢性病持证人相同等信息的核实。

第二十四条 建立医保医师追责制度。门诊慢性病患者应根据医师处方进行购药结算,定点医药机构需在系统内录入处方医师等主要信息方可完成直接结算。结算信息全部纳入医保智能审核系统进行审核,违规行为将根据有关规定追究定点医药机构、处方医师责任。

第二十五条 定点医药机构为慢性病患者外配药品实时结算

时，必须严格按照医师所开据处方的药品名称、规格、数量给予配药并留存购药处方以备检查。如未留存处方或者处方记录不全，医保经办机构按相关规定处理，连续两次违反上述约定者取消其当年慢性病定点资格。

第二十六条 定点医药机构协助患者多开用药量、无处方开具票据、冒名顶替、串换药品名称等情况的，一经发现并核实确认后，按《医疗保障基金使用监督管理条例》依规处理。同时持证患者如有上述违规行为，追回其违规报销款项，暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月，并依规给予行政处罚。

第二十七条 定点医疗机构医务人员不得为申报鉴定慢性病的参保居民出具虚假证明、假病史资料、假检查化验报告单。参与鉴定的专家要实事求是、秉公守纪，严格把握每种门诊慢性病的准入鉴定标准，力求做到公平、公正、公开。如发现有弄虚作假行为的，将根据有关规定严肃处理。

第七章 附则

第二十八条 本办法从2021年5月1日起执行，上述政策措施与之前我市有关文件规定不一致的，以本办法为准。

附：城乡居民医保门诊慢性病病种支付标准

附件

城乡居民医保门诊慢性病病种支付标准

序号	病种	支付比例	季支付 限额（元）	年支付 限额（元）
1	恶性肿瘤门诊治疗	70%	不设 季限额	起付线 500 元，与住院费 用合计一个封 顶线 10 万元
2	器官移植抗排异治疗			
3	血友病			
4	尿毒症透析			
5	重性精神疾病（包括精神分裂症、双相障碍、妄想性障碍、分裂情感性障碍、癫痫性精神病、重度以上精神发育迟滞）			
6	肾病综合征（原发性）	60%	650	2600
7	慢性肾功能不全	60%	1125	4500
8	肺源性心脏病	60%	425	1700
9	心脏瓣膜病（器质性）	60%	400	1600
10	慢性心力衰竭	60%	300	1200
11	慢性阻塞性肺疾病	60%	325	1300
12	冠心病	60%	675	2700
13	股骨头坏死	60%	350	1400
14	高血压 3 级（极高危）	60%	300	1200
15	中枢神经系统脱髓鞘疾病	60%	1250	5000
16	支气管哮喘	60%	300	1200
17	膝关节骨性关节炎	60%	300	1200
18	慢性骨髓炎（化脓性）	60%	350	1400
19	强直性脊柱炎	60%	425	1700
20	白癜风	60%	375	1500
21	银屑病	60%	300	1200

序号	病种	支付比例	季支付 限额（元）	年支付 限额（元）
22	系统性硬化症	60%	900	3600
23	脉管炎	60%	375	1500
24	病毒性肝炎（慢性）	60%	575	2300
25	类风湿性关节炎	60%	425	1700
26	肝硬化（失代偿期）	60%	700	2800
27	炎症性肠病	60%	1250	5000
28	脑血管病后遗症	60%	300	1200
29	帕金森病	60%	450	1800
30	癫痫	60%	350	1400
31	干燥综合征[舍格伦]	60%	800	3200
32	糖尿病（合并严重并发症）	60%	425	1700
33	再生障碍性贫血（慢性）	60%	300	1200
34	甲状腺功能减退症	60%	200	800
	甲状腺功能亢进症	60%	200	800
35	免疫性血小板减少症（原发性）	60%	300	1200
36	重症肌无力	60%	375	1500
37	结核（活动性）	60%	400	1600
38	阿尔茨海默病	60%	575	2300
39	系统性红斑狼疮	60%	575	2300
40	原发性骨髓纤维化	60%	175	700
41	真性红细胞增多症	60%	250	1000
42	原发性血小板增多症	60%	200	800
43	氟骨病	60%	210	840
44	大骨节病	60%	450	1800
45	克山病	60%	900	3600

