

湖北省医疗保障局文件

鄂医保发〔2021〕67号

省医疗保障局关于印发《在鄂中央企业和 单位职工医疗保险门诊统筹实施办法 （试行）》的通知

各有关单位：

根据《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）、《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）、《省人民政府办公厅关于印发〈在鄂中央企业和单位职工医疗保险实施办法（试行）〉的通知》（鄂政办发〔2021〕26号）等文件精神，结合我省实际，我们制定了《在鄂中央企业和单位职工医疗保险门诊统筹实施办法（试行）》。现印发给

你们，请遵照执行。执行过程中如遇到问题，请及时反馈。



(此件公开发布)

附件

在鄂中央企业和单位职工医疗保险 门诊统筹实施办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为更好地保障参保人员的基本医疗需求，根据《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）、《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）、《省人民政府办公厅关于印发〈在鄂中央企业和单位职工医疗保险实施办法（试行）〉的通知》（鄂政办发〔2021〕26号）等文件精神，结合实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于经省人民政府同意，将其医保纳入省直管理的在鄂中央企业和单位及其职工、退休人员、灵活就业人员（以下简称参保人员）。

第三条 门诊统筹包括普通门诊统筹和门诊慢特病待遇。普通门诊统筹是指参保人员在定点医药机构门诊就医购药发生的政策范围内费用，在年度起付线以上、最高限额以下部分，由基本医疗保险统筹基金按比例予以报销。门诊慢特病待遇是指参保人员罹患需要长期门诊治疗、对健康损害大、费用负担重的特殊疾病，办理备案手续后，按省直门诊慢特病管理规定，其在定点

医药机构发生的符合规定范围的门诊医药费用参照住院医疗费用规定享受医保待遇，不设置起付标准。

第四条 省医疗保障行政部门负责省直职工基本医保门诊统筹相关政策制定和基金监管，根据基本医疗保险统筹基金运行、参保人员医药费用负担等情况适时调整待遇标准。

第五条 省医疗保障经办机构（以下简称经办机构）负责省直职工医保门诊统筹经办管理服务，包括参保人员的备案管理、待遇支付、费用审核、基金拨付、协议管理等。

第六条 各参保企业和单位按照《在鄂中央企业和单位职工医疗保险委托经办管理协议书》，配合经办机构做好本单位参保人员门诊统筹的政策宣传、异地参保人员门诊慢特病待遇申报资料以及手工（零星）报销资料的收集、初审、报送等相关工作。

第七条 门诊定点医药机构负责参保人员就医管理，按规定向参保人员提供医疗服务及医保直接结算服务，报送医保费用稽查审核、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据和资料。

第二章 普通门诊统筹待遇

第八条 省直职工医保门诊统筹所需资金由职工基本医疗保险统筹基金支付，用人单位及参保人员不再另行缴费。参保人员在定点医疗机构门诊或在定点零售药店购药，一个自然年度内累计发生的政策范围内医药费用在 2400 元（不含）以上、最高限

额以下的部分，统筹基金按下列比例直接结算：一级及以下医疗机构（含定点零售药店）支付 80%，二级医疗机构支付 70%，三级医疗机构支付 60%，部属三级医疗机构支付 50%。

第九条 政策范围内医药费用的最高限额按年龄分段设置，其中，50 岁以下（含 50 岁）的参保人员为 6000 元（含），50 岁以上 70 岁以下（含 70 岁）的为 8000 元（含），70 岁以上的为 1 万元（含）。

第三章 门诊慢特病待遇的认定和备案

第十条 纳入门诊慢特病保障范围的病种暂定为恶性肿瘤（含白血病）门诊治疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗、糖尿病胰岛素治疗、肺结核六种疾病。病种实行动态调整。

第十一条 参保人在二级及以上医保定点医疗机构就医，被诊断为以上六种疾病之一的，经办机构采信定点医疗机构诊断结果，实行备案制管理。

第十二条 作出诊断的省内二级及以上医保定点医疗机构可代为申请备案，由定点医疗机构通过信息网络录入《门诊慢特病病种待遇认定申请表》（见附件）及相关病历资料和检查资料，报送至省医保信息平台。参保人员个人也可通过线上或线下渠道将《门诊慢特病病种待遇认定申请表》、相关病历资料和检查资

料传递给经办机构申请备案。

第十三条 湖北省外异地安置退休、异地长期居住和常驻异地工作（以下简称异地居住）参保人员申请认定门诊慢特病的，申请人应按规定填写《门诊慢特病病种待遇认定申请表》，同时将本人近期（不超过 1 年）在二级及以上医保定点医疗机构就诊的病历资料和检查资料交所在单位的医保部门，经初审合格后，再统一报送至经办机构申请备案。

第十四条 经办机构收到备案申请后，在 5 个工作日内建立管理档案并在信息平台中进行标识。

第十五条 参保人员享受门诊慢特病待遇 5 年后，或连续中断治疗 1 年（含）以上，需继续治疗的，应由二级及以上医保定点医疗机构重新核验享受门诊慢特病待遇资格。

第十六条 各参保单位原享受门诊慢特病待遇的参保人员，已被确定为以上六种疾病的，移交时不再进行重新认定，由经办机构集中办理备案，按规定享受新的门诊慢特病待遇；其他病种患者享受普通门诊统筹待遇。

第四章 门诊慢特病就医服务与医保待遇

第十七条 根据《关于印发长期处方管理规范（试行）的通知》（国卫办医发〔2021〕17 号），省直经办机构通过信息化手段等方式建立患者处方信息共享和流转机制。

第十八条 门诊慢特病治疗机构应根据参保人员诊疗需求和疾病特点，按规定提供长期处方医保服务，及时将长期处方汇集至省慢特病医保管理服务平台。支持并推进为慢特病患者提供药品配送服务，暂时不能实现线下配送者，经审批后可就近选择居住地的医保定点医药机构进行治疗或购药。

第十九条 适应“互联网+医疗健康”发展，支持推进医院、药品流通企业等参与门诊慢特病的互联网诊疗、购药及配送服务，探索第三方机构参与加强门诊慢特病规范化管理。基于统一的省医保信息平台，在武汉市范围内试点推进外配处方流转应用，实现门诊慢特病网上复诊续方、线上医保结算、线下药品配送等一体化服务。

第二十条 经办机构为参保人员建立管理档案并在信息平台中完成标识后，参保人员即可享受门诊慢特病医保待遇。

第二十一条 门诊慢特病待遇不设起付线，享受门诊慢特病待遇的人员，在一个结算年度内，在医保定点医药机构就医购药时发生的与备案病种相关的政策范围内医药费用，由统筹基金按住院报销比例支付。具体为：

一级医疗机构（含定点零售药店）支付 90%；二级医疗机构支付 85%；三级医疗机构支付 78%；部属三级医疗机构支付 65%。退休人员报销比例在此基础上相应提高 2 个百分点。

第二十二条 医保定点医药机构应严格执行临床诊疗规范和

基本医疗保险相关规定，按照专病专治、合理治疗、合理用药的要求，保障参保人员基本诊疗和用药需求。门诊慢特病具体用药范围及管理方式另行制定。

第五章 门诊医疗费用结算

第二十三条 参保人员在省内定点医药机构发生的普通门诊、门诊慢特病医药费用凭医保电子凭证（或社会保障卡）实现基本医疗保险、大额医疗保险、补充医疗保险“一站式服务、一票制结算”。其中，属于个人自付部分，优先从个人账户中支付，不足部分由个人支付。

第二十四条 湖北省外异地居住的参保人员，在暂未开通异地门诊直接结算的机构发生的普通门诊、门诊慢特病医药费用，由本人先行垫付，事后将医保电子凭证（或社会保障卡）复印件、医院收费票据、门诊费用清单、待遇享受人提供的银行账户等资料交参保所在单位医保部门初审后，由单位医保部门集中到经办机构办理手工（零星）报销。

第二十五条 结算门诊费用时，乙类项目由个人先行自付10%后，基本医保统筹基金再分别按第八条和第二十一条的相应规定支付。协议期内谈判药品按医保乙类管理，不再另设先行自付比例。“双通道”药品结算办法另行制定。

第二十六条 参保人员门诊治疗慢特病时发生的与备案病种

无关的其他医药费用，按普通门诊的有关规定分开结算。

第二十七条 参保人员在住院治疗期间，不享受普通门诊统筹、门诊慢特病待遇。

第二十八条 参保人员年度内发生的政策范围内门诊医药费（含普通门诊及门诊慢特病费用）与住院医疗费用合并计算，超过 24 万元以上的部分，纳入大额医疗保险基金支付范围。

第二十九条 符合企业补充医疗保险规定的门诊医药费用，按企业自定的细则执行。

第六章 监督管理

第三十条 经办机构应通过智能监控、人工抽查等方式，对参保人员的普通门诊、门诊慢特病医药费用进行审核，发现违规费用应在结算中予以扣除。

第三十一条 经办机构根据《在鄂中央企业和单位职工医疗保险实施办法（试行）》及其实施细则、《定点医药机构服务协议》等内容对门诊定点医药机构进行服务质量年度考核，考核结果与质量保证金返还、年度清算等挂钩。

第三十二条 定点医药机构不得有提供虚假证明材料、伪造病历、串换药品、为参保人员获得其他非法利益提供便利等违法违规行为；参保人员不得向医保经办机构提供虚假诊断证明，以骗取医疗保障待遇。定点医药机构及其工作人员、参保人员违反医疗保障或本办法相关规定的，按《中华人民共和国社会保险

法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律、法规和规章，以及服务协议处理。

第七章 附 则

第三十三条 本办法由湖北省医疗保障局负责解释。

第三十四条 本办法自 2022 年 1 月 1 日起实施。国家和省今后另有规定的，从其规定。

附件：门诊慢特病病种待遇认定申请表

附件

门诊慢特病病种待遇认定申请表

年 月 日

姓名		性别		年龄		☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保
证件类型		证件 号码			联系电话	
参保地区						
选择定点 医院				申请人签名		
门诊慢特病 病种名称 (代码)						
	(可添加)					
申报病种 情况(符合 诊断标准 项目)	医师签名: 认定机构名称(盖章): 年 月 日					
审批 意见						
备注						

填表须知:

- 1. 此表适合对象为: 恶性肿瘤(含白血病)门诊治疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗、重性精神病人药物维持治疗、糖尿病胰岛素治疗、肺结核的参保患者。
- 2. 此表由个人填写, 到二级及以上医保定点医疗机构进行诊断, 由该院具有副高及以上技术职称的一线临床医师签字、并经该院医疗保险管理部门盖章确认。

