

# 济宁市医疗保险事业中心文件

济医保中心发〔2024〕5号

## 关于转发省医保中心《山东省基本医疗保险门诊慢特病经办管理规程（试行）》的通知

各县（市、区）医保经办机构、济宁高新区人力资源部，太白湖新区社会保障事业服务中心、济宁经济技术开发区人力资源部，兖矿能源集团股份有限公司人力资源服务中心，市直医疗保险各协议定点医药机构：

现将山东省医保中心《关于转发山东省基本医疗保险



# 山东省医疗保险事业中心文件

鲁医保中心发〔2024〕24号

## 关于印发《山东省基本医疗保险门诊慢特病经办管理规程（试行）》的通知

各市医保经办机构，胜利油田医保中心：

为进一步统一规范全省基本医疗保险门诊慢特病经办管理工作，提升医保基金使用效能，我们制定了《山东省



# 山东省基本医疗保险门诊慢特病经办 管理规程（试行）

## 第一章 总 则

**第一条 【主要目的】**为统一规范全省基本医疗保险门诊慢特病经办管理工作，保障参保人员方便快捷、安全规范地享受门诊慢特病待遇，结合我省经办服务实际，制定本规程。

**第二条 【适用范围】**本规程适用于山东省职工和城乡居民基本医疗保险门诊慢特病经办管理服务工作。

**第三条 【职责分工】**省医疗保障经办机构负责指导全省门诊慢特病经办服务与管理工作，并负责省本级参保人员医保门诊慢特病经办管理。各统筹区医疗保障经办机构负责本统筹地区参保人员门诊慢特病经办管理工作。定点医药机构按照规定开展参保人员的门诊慢特病服务工作。

## 第二章 资格认定

**第四条 【病种范围】**全省职工、居民门诊慢特病执行统一的《门诊慢特病基本病种目录》和《单独支付病种目录》，门诊慢特病病种目录实行动态管理，统一由省级医保行政部门适时调

整。

**第五条 【认定标准】**对省级文件已明确规定认定标准的门诊慢特病病种，各统筹区遵照执行；对未明确认定标准的，各统筹区按照国家临床诊断标准或相关专业委员会的诊疗指南自行确定认定标准。

**第六条 【办理方式】**

1.线上办理：参保人员可通过“爱山东”APP、“鲁医保”小程序及“山东省政务服务网”平台等线上渠道办理。



是否齐全，申请材料齐全的，予以受理；申请材料不齐全的，一次性告知需补齐的材料。

（三）审核确认。医保经办机构或基层医保工作站受理的，由医保经办机构或其委托相应资质的医疗专家组织对申请人的门诊慢特病资格进行审核。审核通过后，医保经办机构应当及时在医保信息平台对参保人员门诊慢特病病种待遇享受资格认定结果予以确认。

定点医疗机构受理的，定点医疗机构应组织具备相关专业执业资质的医师对申请人的门诊慢特病资格进行审核。定点医疗机构审核通过后，通过医保信息平台推送至医保经办机构，医保经办机构对定点医疗机构认定结果予以确认。

（四）结果反馈。各级医保经办机构应提供经办窗口、咨询电话、政府网站、移动终端等多种方式的办理结果查询渠道。

**第八条 【办结时限】**恶性肿瘤、肾透析、器官移植抗排异治疗、精神病等诊断明确、易于认定的病种，应随时受理，即时办结；在非工作时间线上提交申请的，即时受理，1个工作日内办结；其他病种20个工作日内办结。各市可结合经办实际，优化办理流程，压缩办理时限。

**第九条 【异议处理】**申请人对初次认定结果有异议的，可于收到认定结果之日起10日内向医保经办机构提出复核申请，医保经办机构组织专家进行复核，出具最终认定结果，如有补充相关材料的，可进行再次认定。

**第十条 【信息上传】**参保地经办机构要及时将门诊慢特病认定资格信息实时上传至国家跨省异地就医管理子系统，方便参保人员异地就医时就医地经办机构和定点医疗机构查询。

**第十一条 【档案管理】**各级医保经办机构要完善档案管理制度，对门诊慢特病认定的相关诊断证明材料进行归档，保证材料齐全完整，归档后妥善保管。各市可以根据病种认定实际情况，采用电子文档等方式进行档案管理。

### 第三章 待遇享受

**第十二条 【起效时间】**医保经办机构完成门诊慢特病资格认定后，参保人员自病种认定通过之日起享受相应病种的待遇。

**第十三条 【定点选择】**参保人员享受门诊慢特病待遇可选定符合条件的定点医疗机构作为本人相应门诊慢特病就诊医疗机构。定点家数及定点变更程序按各统筹区现行政策执行。

**第十四条 【保障范围】**参保人员在定点医疗机构门诊就医购药，与认定病种及治疗相关的医保目录内药品、医用耗材、医疗服务项目，按照基本医疗保险政策规定支付费用。

遇水平。其中，起付标准按年度实行累计计算，同时患有两种以上（含两种）门诊慢特病的，年度只计算一次起付标准。

**第十六条 【异地就医】**省内异地就医直接结算覆盖参保地全部门诊慢特病病种，跨省异地就医直接结算病种范围按照国家规定执行。

对参保地门诊慢特病病种（含单行支付病种和参照门诊慢特病管理病种等）中暂未纳入异地就医直接结算病种范围的相关医疗费用，参保地要通过手工（零星）报销方式做好门诊慢特病待遇保障。

**第十七条 【政策衔接】**各统筹区要做好门诊慢特病和城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障的政策衔接。未达到门诊慢特病规定标准的高血压、糖尿病参保患者的门诊用药，职工医保参保人员相关费用通过普通门诊统筹给予保障，居民医保参保人员相关费用纳入城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障或通过普通门诊统筹给予保障。

**第十八条 【资格互认】**各统筹区对按照全省统一的认定标准取得的门诊慢特病待遇享受资格实行互认，已取得享受资格的参保人员参保关系在省内正常转移接续时，转入地可凭转出地经办机构出具的相关证明直接认定。

**第十九条 【退出机制】**已认定为门诊慢特病的参保人员，有下列情况之一的，终止其享受门诊慢特病待遇的资格。

（一）所患门诊慢特病治愈的。



(二) 参保人员主动要求取消门诊慢特病待遇的,本人签署承诺书后,可终止其享受门诊慢性病待遇的资格;患有精神类疾病的参保人员,由其监护人签署承诺书。

(三) 违反医疗保障政策规定应取消医保待遇资格的。

(四) 本人死亡的。

(五) 各统筹区可结合经办实际,对特定的门诊慢特病病种设置待遇享受期。参保人员在待遇享受期满后未重新申请或在待遇享受期内未产生与治疗门诊慢特病有关的医疗费用的,门诊慢特病待遇自动取消。

(六) 其他应取消门诊慢特病资格情形的。

## 第四章 经办管理

**第二十条 【抽检机制】**医保经办机构将门诊慢特病病种待遇认定服务下沉至定点医疗机构,不再进行资格审核确认的,医保经办机构应当加强对定点医疗机构审核认定结果的监督管理。按照不低于 10% 的比例进行随机抽检,抽检不通过的,及时取消参保人员门诊慢特病待遇资格,定点医疗机构经办管理情况纳入年度协议履行考核评价。

**第二十一条 【协议管理】**医保经办机构应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;指导督促定点医疗机构加强对责任医师医疗服务行为的考核



管理。

**第二十二条 【“双通道”管理】**门诊慢特病患者使用“双通道”药品治疗的，各统筹区应明确定点医疗机构、责任医师及定点零售药店职责，规范管理流程，维护医保基金安全。

**第二十三条 【处方管理】**定点医疗机构为门诊慢特病患者开具处方，医师资格、开具处方量等应按照《处方管理办法》、《长期处方管理规范（试行）》等相关规定执行。

**第二十四条 【规范服务】**定点医疗机构应严格执行国家、省医疗保障政策和医保定点服务协议规定，不得违规办理门诊慢特病病种待遇认定，不得通过串换药品、串通参保人员伪造病历和检查资料等违规行为骗取医保基金。构成犯罪的依法追究刑事责任。

**第二十五条 【审核核查】**各市医保部门应强化门诊慢特病费用审核与核查，引入智能监控，细化完善规则，定期或不定期开展费用审核、稽核检查。对审核、稽核检查过程中发现的问题和违规行为，按照规定予以处理。

**第二十六条 【违规处理】**医保经办机构发现定点医疗机构存在为不符合条件的参保人员办理门特病种待遇认定或将不符合规定的费用纳入门诊慢特病待遇结算范围等行为的，应当按照规定予以相应处理。其中，已支付的医保基金由医保经办机构按照规定向定点医药机构追回。

参保人员通过其他途径发现定点医药机构存在违规行为的，

慢特病病种待遇的，医保经办机构应当取消其门诊慢特病待遇，个人多享受待遇的，责令退回；依法应当由医保行政部门处理的，及时移交医保行政部门处理。

## 第五章 附 则

**第二十七条 【释义】**本规程由山东省医疗保险事业中心负责解释，执行中如遇政策规定调整，按照调整后政策规定执行。各市可参照执行。

