关于进一步加强基本医疗保险门诊慢特病

待遇保障工作的通知

（征求意见稿）

各区医疗保障局，各医保经办机构，有关定点医药机构：

根据《关于进一步加强全省基本医疗保险门诊慢特病保障工作的通知》（鄂医保发〔2023〕21号）、《关于调整基本医疗保险门诊治疗重症（慢性）疾病有关政策的通知》（武人社发〔2017〕46号)、《关于规范基本医疗保险门诊慢特病病种名称和代码的通知》（武医保待〔2022〕17号)等文件规定，现就加强我市基本医疗保险（包括职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险）门诊特殊疾病和门诊慢性病（以下简称门诊慢特病）有关待遇保障工作通知如下：

一、统一待遇政策。基本医疗保险门诊慢特病待遇政策全市统一，执行全省统一的基本医疗保险门诊慢特病病种目录和准入标准，落实省相关文件各项规定。

二、明确待遇水平

（一）门诊慢特病的统筹基金支付比例

门诊特殊疾病统筹基金支付比例为：职工基本医疗保险在职人员89％，退休人员91.2％；城乡居民基本医疗保险70%（大学生90%）。

门诊慢性病统筹基金支付比例为：职工基本医疗保险在职人员80%、退休人员85%；城乡居民基本医疗保险70%（大学生90%）。

（二）门诊慢特病的统筹基金年度支付限额

1.门诊特殊疾病（一种或多种）不单独设置年度支付限额，与普通门诊、门诊慢性病、住院等报销待遇合并计算，累计不超过基本医疗保险年度最高支付限额。

2.慢性肾功能衰竭、系统性红斑狼疮、糖尿病、再生障碍性贫血、高血压、病毒性肝炎、肝硬化、帕金森病、帕金森综合症、类风湿性关节炎、冠心病、重症肌无力、强直性脊柱炎、脑血管病后遗症、肺源性心脏病、系统性硬化症、风湿性心脏病、癫痫、慢性阻塞性肺疾病、甲状腺功能异常和心脏瓣膜置换、搭桥、体内支架植入术后等21类门诊慢性病按我市原政策执行限额管理。

3.慢性骨髓炎、支气管哮喘、特发性肺间质纤维化、慢性心力衰竭等4类门诊慢性病统筹基金年度支付限额为：职工医保7000元、居民医保5600元；脑瘫统筹基金年度支付限额为：职工医保10000元、居民医保8500元；阿尔茨海默病统筹基金年度支付限额为：职工医保5000元、居民医保4000元。

4.同时患有多个门诊慢性病的，在待遇水平最高的慢性病统筹基金年度支付限额的基础上，每增加一个病种，累计支付限额增加该病种限额标准的50%，且单个病种报销额度不超过该病种的年度支付限额。

5.一个年度内，普通门诊、门诊慢特病、住院等医疗费用报销待遇，累计不超过基本医疗保险年度最高支付限额。

三、做好政策衔接。按照省要求做好门诊慢特病与原门诊慢特病待遇政策、普通门诊及城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障、国家医保谈判药品等政策的衔接。

四、优化经办服务。市医保经办机构按照全省统一的基本医疗保险门诊慢特病经办服务规程要求，进一步规范经办流程，做好资格认定、就医管理、异地就医、复审管理、费用结算等工作。省内参保人按照国家、省基本医疗保险关系转移接续有关规定，医保关系转移接续到我市时，在鄂医保发〔2023〕21号文件下发之前已取得门诊慢特病待遇享受资格的，原则上不再重新鉴定。

五、强化管理监督。全市各级医保部门要严格评审管理，加强对鉴定机构和鉴定医生的管理；加强费用审核，督促各定点医药机构严格执行临床诊疗规范和医疗保险相关规定；严查违规行为，对违反相关规定套取骗取医保基金的定点医药机构依法依规查办。各相关定点医药机构要优化内部管理，规范医药服务行为，确保参保人合理诊疗、合理用药，按规定保管相关资料。

六、稳妥组织实施。全市各级医保部门、相关定点医药机构要加大对经办人员、定点医药机构人员的培训力度，进一步优化服务，确保参保群众按规定及时享受门诊慢特病待遇。加强宣传引导，做好政策精准解读，充分发动街道、社区工作人员力量，及时回应参保群众关切，合理引导社会预期。

七、本通知自2023年10月19日起执行。我市原门诊慢特病待遇政策与本通知不一致的，按本通知执行。

武汉市医疗保障局

2023年10月19日