黑龙江省基本医疗保险门诊慢性病

和门诊特殊疾病管理经办服务规程（试行）

（征求意见稿）

第一章 总 则

第一条 为贯彻落实《黑龙江省医疗保障经办政务服务事项清单》要求，进一步规范全省基本医疗保险门诊慢性病、门诊特殊疾病经办服务管理，制定本规程。

第二条 本规程适用于黑龙江省职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险门诊慢性病、门诊特殊疾病（以下简称“门诊慢特病”）经办管理服务。

第三条 统筹区医保经办部门应严格按照统筹区医疗保障行政部门制定的门诊慢特病病种范围、认定标准、待遇支付标准、有效期限、结算管理、基金监管等要求等规范开展经办管理工作。

第四条 门诊慢特病认定、就医购药实行定点管理。统筹区医保经办部门应将门诊慢特病认定定点医疗机构、就医购药定点医药机构的相关管理文件及时向定点医疗机构公开公示。

第五条 各统筹区医保经办部门应做好本统筹区门诊慢特病经办服务工作，与门诊慢特病认定机构及就医购药定点医药机构签订医保服务协议，开展本统筹区门诊慢特病定点医药机构和认定专家相关医保业务培训，加强门诊慢特病定点医药机构慢特病诊疗服务行为管理。

第二章 资格认定管理

第六条 统筹区医保经办部门应按照我省政务服务清单要求，对享受门诊慢特病病种待遇认定的办理全流程下放至门诊慢特病认定定点医疗机构（以下简称“认定定点医疗机构”）。原则上在定点医疗机构中遴选医疗水平高、医师队伍雄厚的二级及以上公立医疗机构（各统筹区可结合实际调整）作为认定定点医疗机构。

第七条 统筹区医保经办部门建立门诊慢特病认定专家团队，认定专家指经具备认定资格的定点医疗机构，为参保人员提供门诊慢特病病种待遇享受资格认定服务的临床专家，原则上由认定定点医疗机构的副高级及以上职称（各统筹区可结合实际调整）医师担任，熟练掌握门诊慢特病认定相关政策和准入标准，胜任门诊慢特病病种待遇享受资格认定工作。统筹区医保经办部门应指导认定专家所在的认定定点医疗机构建立完善的门诊慢特病认定内部工作机制和管理制度。

第八条 统筹区医保经办部门应做好认定专家在门诊慢特病病种待遇享受资格认定时的回避管理工作。有下列情形之一的，应要求认定机构的认定专家主动申请回避：

（一）认定专家与参保人员存在利害关系的；

（二）其他可能影响公正认定的情形。

第九条 统筹区医保经办部门应按照《医疗保障经办政务服务事项清单》要求，指导认定医疗机构按照以下流程，为参保人员办理门诊慢特病病种待遇认定。

（一）申请。参保人员按照各统筹区规定，通过线上或线下向受理机构提交“基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定”申请，申请材料应符合《医疗保障经办政务服务事项清单》及各统筹区相关要求。

（二）受理。受理机构收到申请后，核对材料是否齐全完整有效，材料不齐全的，一次性告知需补正材料。线下受理的，受理人员当场告知材料是否齐全；线上受理的，申请人可通过线上渠道查询受理状态。

（三）认定。申请受理后，认定医疗机构应组织专家在线上或线下及时开展门诊慢特病认定工作。

（四）确认。认定专家完成认定后，所在认定定点医疗机构内部医保管理部门应及时根据认定专家意见，在省医疗保障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并录入病种信息。参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定应在15个工作日内办结，鼓励统筹区医保经办部门优化业务流程，进一步缩减办理时限。此外，统筹区医保经办部门可结合实际，指导认定医疗机构对癌症放化疗、器官移植、肾透析等采取直接认定的形式，方便参保人员及时享受待遇。

统筹区医保经办机构应为参保人员提供线上或线下渠道查询门诊慢特病病种待遇认定办理情况。

（五）存档。慢性病认定工作结束后，档案由受理机构留存。档案保管期限按照《社会保险业务档案管理规范》执行。

第十条 对纳入门诊慢特病待遇保障范围的参保人员，待遇享受资格起始日期原则上以省医疗保障信息平台录入备案的当日开始（肾透析等特殊情况可调整至治疗开始）计算。

第十一条 门诊慢特病年度最高支付限额及年度内新增门诊慢特病病种限额标准按照统筹区政策执行。

第十二条 依据病种特点可对部分病种设置有效期，临期需要复审的，统筹区经办部门应规定参保人需在有效期截止前申请复审的时限，复审期间仍按原病种继续享受相应待遇。未在规定时间内提出复审申请的，有效期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。

第十三条 参保人员因病情发展、身体变化等原因确需变更或新增病种的，参保人员依据申请流程，再次进行变更或新增病种申请。

第三章 定点医药机构管理

第十四条 门诊慢特病就医购药实行定点医药机构管理，即：门诊慢特病定点医疗机构、门诊慢特病定点零售药店（以下简称“定点医药机构”）。

第十五条 统筹区医保经办部门要按照《黑龙江省医药机构医疗保障协议管理经办规程（试行）》要求，结合本统筹区实际，明确申请定点医药机构所需材料，并按《黑龙江省医药机构医疗保障协议管理经办规程（试行）》对评估合格的定点医药机构进行公示，对公示通过的医药机构按规定自愿签订服务协议，并及时为符合条件的定点医药机构开通门诊慢特病结算服务。

第十六条 统筹区医保经办部门应对门诊慢特病定点医药机构进行协议管理，对年度内新增及取消的门诊慢特病定点医药机构要及时向社会公布名单。

第四章 就医购药结算管理

第十七条 医保经办机构应将下述条款写入定点医药机构协议中，并依据服务协议，督导定点医药机构落实门诊慢特病就医购药管理规范，开展好以下就医购药管理服务：

（一）严格执行实名制就医购药制度。定点医药机构须核验参保人员医保电子凭证或社会保障卡，确认其门诊慢特病病种待遇，实时上传就诊及结算数据。委托代购药品的，须同步核验参保人员与代办人有效身份证件及处方使用人身份一致性，登记代办人证件信息、联系方式并由其签字确认。

（二）门诊慢特病定点医疗机构坚持因病施治的原则，为参保人员制定科学合理的治疗方案，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，不得诱导参保人员消费。为参保人员妥善保存处方、诊疗单据等资料，及时准确为参保人员解答药品医保政策，保证参保人员用药安全。

（三）门诊慢特病定点医疗机构应严格遵守处方管理的相关规定，在保证医疗质量和医疗安全的情况下，确定处方天数。对治疗方案明确、病情稳定，需长期使用处方药的参保人员，按照《长期处方管理规范》和《黑龙江省长期处方管理规范实施细则》中适用疾病病种及其用药范围，经评估后符合条件的，可适当延长处方天数。严禁开人情方、大处方，严禁超剂量、超范围开药。

（四）定点医药机构应充分配备基本医疗保险目录内药品，优先使用基本医保目录内药品、集采中选药品、协议期内谈判药品等疗效确切、价格适宜的药品。有条件的定点医药机构可以提供配送服务，配送费用不纳入医保支付范围。

（五）门诊慢特病定点零售药店应按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则确定药品销售价格，并保持一定时期内价格水平相对稳定。

（六）门诊慢特病定点零售药店应对外配处方进行审核，严格按照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，并留存外配处方、购药清单等备查，保存期限至少2年。

（七）参保人员在定点医药机构进行门诊慢特病就医购药的，由定点医药机构通过“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负的医疗费用，其他费用由医保经办部门与定点医药机构按医保服务协议约定进行结算。

（八）参保人员同时发生门诊慢特病费用、特殊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。因定点医药机构工作人员疏忽导致的错传待遇结算信息，由定点医药机构承担责任。

第十八条 门诊慢特病费用暂按项目付费方式进行结算。统筹区医保经办机构可在统筹区医保行政部门指导下，结合实际，探索开展对门诊慢特病实行按人头、按病种等结算方式。

第十九条 门诊慢特病费用符合异地就医直接结算政策开展直接结算时，执行就医地的三项目录政策，执行参保地的医疗保障基金起付标准、支付比例、最高支付限额等有关规定。按照国家医保局统一部署，逐步推进门诊慢特病跨省异地就医直接结算。

原则上，参保人门诊慢特病异地就医时应提前办理异地就医备案。参保人员因故未在定点医药机构直接结算成功的门诊慢特病合规医疗费用，统筹区医保经办部门应指导定点医药机构核实相关情况后，协助为参保人员办理费用补录和结算；如无法直接结算的，符合统筹区政策规定的，应指导定点医药机构告知参保人员到参保地医保经办部门按照政务服务清单提供相关材料，进行手工（零星）报销。

第二十条 有条件的统筹区可将“互联网＋”医疗服务纳入门诊慢特病待遇保障范围。互联网医疗机构所依托的实体医疗机构必须为统筹区定点医疗机构且签订年度医保服务协议。

第二十一条 统筹区医保经办部门与定点医药机构按月结算、预留一定比例履约保证金，年终根据考核结果进行清算。

第五章 处方流转管理

第二十二条 慢特病药品处方流转是由慢特病定点医疗机构的医师开具处方，通过处方流转到慢特病定点零售药店。对于定点医疗机构开具的慢特病流转处方中，属于特殊药品“双通道”的，必须开具医保电子处方，通过医保电子处方中心流转到定点零售药店。

第二十三条 统筹区医保经办部门应指导和督促定点医药机构按要求及时完成信息系统升级改造，实现数据对接和信息互通。

第二十四条 省医疗保障信息平台完整保留参保人员诊疗过程中的电子处方、购药记录等信息，实现诊疗、处方、配药等全流程可追溯。

第六章 核查管理

第二十五条 统筹区医保经办部门要压实认定定点医疗机构自我管理的职责，指导医疗机构加强认定鉴定全过程管理，采取行之有效的措施加强监管，杜绝认定鉴定人员弄虚作假。

第二十六条 统筹区医保经办部门定期组织实施对慢特病认定鉴定进行按比例抽检。结合抽检病种情况，按需要聘请相应专业的认定专家，所有认定专家不能参与本人所在医疗机构的抽检工作。专家抽检过程中，发现与被抽检参保人员有利害关系的，应当主动提出回避。抽检的过程要形成记录档案，保存在统筹区医保经办部门；抽检的档案情况由当事人如实记录，并由抽检人进行签名，抽检档案保管期限与慢特病患者档案保管期限相同。

第二十七条 认定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的，由统筹区医保经办部门责令认定专家及所在认定定点医疗机构进行整改；认定专家未按照门诊慢特病准入标准出具认定意见、在认定中弄虚作假的，取消认定专家资格，两年内不得重新纳入，并将此情形纳入所在认定定点医疗机构医保服务协议年度考核范畴；造成医疗保障基金损失的予以追回，由认定专家所在认定定点医疗机构承担。

第二十八条 统筹区医保经办部门应在医保服务协议中明确门诊慢特病管理双方的权利义务、违约责任及考核条款；指导督促定点医疗机构加强对医师医疗服务行为的考核管理。

第二十九条 统筹区医保部门应强化门诊慢特病费用审核，依托医保信息平台智能监管系统，对智能审核筛查出的疑点进行全覆盖审核，提升审核人员水平，做好初审、复审等岗位分离。

第三十条 统筹区医保经办部门应加强对定点医药机构的现场检查，按照协议管理强化履约行为考核。畅通违法违规线索举报渠道。严格事后监管查处，严厉打击套取、骗取医保基金行为。对监督检查过程中发现的问题和违规行为，及时取消有关参保人员门诊慢特病病种保障待遇资格，并对违法违规的医疗机构和个人，按相关法律法规和医保服务协议管理相关规定处理。

第七章 附 则

第三十一条 参保人员在省内办理基本医疗保险关系转移接续时，对跨统筹区都具备的门诊慢特病病种，且病种认定内涵一致的，本规程下发之后取得的门诊慢特病病种待遇享受资格随参保关系一同转移，按转入地规定享受门诊慢特病待遇。办理原则：1.原参保地慢特病准入标准高于转入地的，可直接办理；2.原参保地准入标准低于转入地的，需在认定定点医疗机构重新申办。此事项由认定定点医疗机构对比两地慢性病标准，符合原则1的，由认定定点医疗机构办理录入并存档。

第三十二条 本规程由省医疗保障局负责解释，各统筹区应根据本规程结合统筹区实际制定实施细则。国家、省有新规定，从其规定。

第三十三条 本规程自印发之日起执行。

黑龙江省医疗保障服务中心

2025年6月16日