

HNPR-2023-36002

湖南省医疗保障局
湖南省财政厅
湖南省卫生健康委员会
湖南省中医药管理局

文件

湘医保发〔2023〕32号

湖南省医疗保障局 湖南省财政厅
湖南省卫生健康委员会 湖南省中医药管理局
关于印发《湖南省居民基本医疗保险慢特病
门诊待遇保障管理办法》的通知

各市州医疗保障局、财政局、卫生健康委、中医药管理局：

根据《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）、《湖南省人民政府办公厅关于印发〈湖南省城

乡居民基本医疗保险实施办法》的通知》（湘政办发〔2022〕67号）等文件精神，为健全完善居民基本医疗保险待遇保障机制，统一规范居民医保门诊慢特病管理，切实减轻参保人员药品费用负担，提高基金使用效率，省医疗保障局和省财政厅、省卫生健康委员会、省中医药管理局制定了《湖南省居民基本医疗保险慢特病门诊待遇保障管理办法》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



（此件主动公开）

湖南省居民基本医疗保险慢特病门诊 待遇保障管理办法

第一章 总 则

第一条 为健全完善居民基本医疗保险(以下简称居民医保)待遇保障机制,统一规范居民医保门诊慢特病管理,切实减轻参保人员药品费用负担,提高基金使用效率,根据中央和省深化医疗保障制度改革的有关要求和《国家医疗保障局 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)、《湖南省人民政府办公厅关于印发〈湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法〉的通知》(湘政发〔2022〕67号)精神,结合我省实际,制定本办法。

第二条 门诊慢特病是指诊断和治疗方案明确、病情稳定、门诊药品费用较高,需要在门诊长期治疗的慢性病、特殊疾病。

第三条 本省行政区域内居民医保参保人员的慢特病门诊待遇保障适用本办法。

第四条 慢特病门诊待遇保障管理遵循以下基本原则:以人为本,公平公正;立足基本,合理保障;统一标准,规范程序;完善机制,动态管理。

第五条 省级医保行政部门负责建立健全居民医保慢特病门诊待遇保障管理制度,加强全省居民医保慢特病门诊待遇保障政

策的指导和监督。各市州医保行政部门负责辖区内居民医保慢特病门诊待遇保障管理的组织实施和指导监督。各级医保经办机构负责慢特病门诊待遇保障管理的具体经办,包括定点医药机构协议管理、药品费用结算、信息统计分析等业务工作。

第六条 基本医疗保险慢特病门诊待遇原则上仅保障药品费用。慢特病门诊医疗保障资金规模根据居民医保基金运行情况、参保患者门诊医疗需求,在科学测算的基础上适时调整。

第二章 评审机构和评审程序

第七条 各级成立由医保、财政、卫健部门组成的门诊慢特病评审委员会(以下简称评审委员会)。慢特病门诊待遇资格评审按照行政指导、经办参与、评审委员会承办、医药专家评审的原则实施。

第八条 评审委员会主任委员由医保部门主要负责人担任,副主任委员由医保、财政、卫健部门分管领导担任。委员包括医保、财政、卫健部门相关内设机构负责人、医保经办机构负责人等。评审委员会的职责为:

(一)协助省级行政部门对门诊慢特病病种范围和医保支付标准、《湖南省居民基本医疗保险门诊慢特病纳入标准》、《湖南省居民基本医疗保险门诊慢特病用药指南》、《湖南省居民基本医疗保险门诊慢特病单列支付药品目录》进行动态管理;

(二)研究和处理门诊慢特病待遇保障工作的重大问题;

(三) 对下一级评审委员会进行业务指导和监督。

评审委员会下设办公室(设在医保经办机构), 办公室成员由医保经办机构、医保行政部门有关人员组成。评审委员会办公室的职责为:

(一) 组织待遇资格认定申请的审核。原则上委托二级及以上定点医疗机构进行慢特病门诊待遇资格认定申请的受理和初审, 各地可根据实际情况适当放宽至定点公立基层医疗卫生机构; 组织医药专家对参保人员慢特病门诊待遇资格认定申请进行复核和待遇继续享受资格复审;

(二) 指导下级评审委员会办公室工作;

(三) 承办同级评审委员会委托的其他日常工作, 并定期向同级评审委员会报告工作情况。

第九条 参保人员提交慢特病门诊待遇资格认定申请的资料包括: 有效身份证件(复印件)、医保电子凭证或者社保卡复印件; 《湖南省居民基本医疗保险门诊慢特病待遇资格认定申请表》; 相关病历资料或相关检查资料(诊断证明、出院记录、门诊资料、病检报告、免疫学检查、生化学检查、影像学检查等与申请病种有关的医疗文书资料)。参加评审的专家依据《湖南省居民基本医疗保险门诊慢特病纳入标准》明确认定意见, 评审委员会办公室将认定结果及时告知申请人。

第十条 评审委员会办公室要按照复审期限组织对参保人员慢特病门诊待遇资格进行复审, 建立动态管理和退出机制; 要充

分利用医保信息系统，尽量简化复审资料和复审程序。享受相关病种待遇且复审期限在一年以上的年满 60 周岁的参保居民，应充分利用信息共享、人脸识别等途径每年进行一次资格认证。

评审委员会办公室要规范慢特病门诊待遇资格和待遇标准审核相关资料管理，按规定立卷归档，保存期限为 10 年。

第三章 待遇保障与标准

第十一条 统一规范全省范围内居民医保慢特病门诊待遇保障政策。根据医保基金支付能力、医学技术发展水平等情况，对门诊慢特病病种范围、支付标准、用药指南和管理服务等适时进行调整。

第十二条 纳入居民医保门诊慢特病范围的疾病应综合考虑下列条件：

（一）临床诊断及诊疗方案明确，且《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中有相应的治疗药品；

（二）病程较长，需要长期在门诊治疗，门诊医疗费用较高且普通门诊统筹难以保障；

（三）病情较重但已过急性期；

（四）需要在门诊长期治疗的其他合理情形。

第十三条 符合享受居民医保慢特病门诊待遇保障条件的参保人员（以下简称参保人员）在门诊发生的政策范围内费用，不设起付线；在慢特病门诊待遇保障政策规定的药品费用限额内，

按照 70%的比例支付。

第十四条 参保人员原则上只享受一种门诊慢特病待遇，经评审符合两种及以上门诊慢特病纳入标准的，可从中自主选择一个病种享受待遇，并在此病种基础上再增加不超过 100 元/月的医药费用限额。

参保人员享受高血压病 3 级、糖尿病门诊慢特病待遇的，不叠加享受居民高血压糖尿病门诊用药保障。

第十五条 参保人员的参保关系在省内正常转移接续时，慢特病门诊待遇享受资格实行互认。

第四章 就医管理和费用结算

第十六条 参保人员自审批通过的下月起享受居民医保慢特病门诊待遇保障。支付额度一般实行按月管理，当季度未使用完的额度清零。按照有关政策规定开具长期处方的，支付额度可以按季度管理。参保人员凭医师处方到定点医药机构购药。鼓励医疗机构按有关规定开展处方流转，支持定点医疗机构门诊医师处方、医保医师电子处方经药师审核后流转到定点零售药店配药，医保基金按规定支付。参保人员住院治疗期间，暂停享受慢特病门诊待遇。

第十七条 定点医药机构应严格执行居民医保政策，认真履行服务协议，为参保人员提供合理、必要、优质的医疗服务。在全省基层卫生信息系统中建立本辖区内高血压、糖尿病规范的电

子健康档案与门诊慢特病管理基础电子信息台账，定期传送医保经办机构；规范患者门诊用药，定期组织开展健康知识教育，切实加强参保人员的健康管理，确保参保人员享受相应的医保待遇。

第十八条 定点医药机构应规范门诊慢特病用药管理，医保支付按照《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》相关规定执行；优先使用《湖南省居民基本医疗保险门诊慢特病用药指南》内药品。

第十九条 参保人员原则上应在医保部门公布的定点医药机构就诊或购药（符合条件的异地就医人员应在居住地定点医药机构就诊或购药）。超过门诊慢特病药品费用限额、明显不合理的药品费用，不得纳入慢特病门诊待遇保障范围。

第二十条 探索实行门诊慢特病药品单列支付管理。对已纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、未纳入湖南省医保“双通道”单行支付管理范围、按诊疗方案必需使用的贵重药品，经审批后在定点医药机构实行单列支付。实际报销金额计入年度居民医保最高支付限额。合理确定门诊慢特病单列支付药品费用限额，申请审批程序、报销比例参照《湖南省医保谈判药品“双通道”管理办法》的规定执行。单列支付药品品种及费用支付限额实行动态管理，不定期调整。已纳入“双通道”单行支付管理的药品按照“双通道”待遇标准执行，不重复纳入慢特病门诊待遇保障范围。已申请使用单列支付药

品期间，单列支付药品费用限额即为相应门诊慢特病病种药品费用限额。

第二十一条 医保部门要根据慢特病门诊待遇保障管理工作需要，进一步完善医保信息管理系统，提高信息化管理水平，实现省内异地联网结算，参保人员在省内定点医药机构就医购药时只需支付按政策应由个人负担的费用。医保经办机构应加快推进跨省异地就医门诊慢特病费用联网结算，因特殊情形导致未联网结算的，参保人员凭药品费用发票和有关资料到参保地医保经办机构按规定报销。

第二十二条 医保经办机构应结合慢特病门诊待遇保障管理特点，与定点医药机构签订医保服务协议时明确门诊慢特病相关内容，切实加强对定点医药机构的协议管理，将慢特病门诊待遇保障工作执行情况纳入年度考核内容，建立动态管理机制；加强对门诊慢特病药品使用情况的监测、统计分析，严格医保结算价格的管控。

定点零售药店应当坚持医保定点属性，对医保目录内药品销售价格，由医保部门参考省医保信息平台药品和医用耗材招采子系统（以下简称省医保招采子系统）挂网药品价格，与定点药店协商谈判，通过医保服务协议进行约定，倡导参考省医保招采子系统价格销售医保药品。医保目录外药品销售价格，按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则确定，并保持一定时期内价格水平相对稳定。

第五章 监督管理

第二十三条 慢特病门诊待遇保障管理专家评审等有关工作经费，列入同级财政预算，严禁从居民医保基金中列支，严禁向参保人员收取费用。

第二十四条 定点医药机构应当按规定为参保人员妥善保存病历、处方、购药记录等资料，做到诊疗、处方、交易、配送可追溯、可监管。医保医师要合理诊疗、科学施治，严禁超剂量、超范围开具处方等违规行为。

第二十五条 定点医药机构和参保人员应严格执行政策和服务协议规定。违反慢特病门诊待遇保障管理政策规定，套取骗取医保基金的，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规严肃处理；构成犯罪的，移交司法机关处理。

第二十六条 评审专家、有关工作人员在慢特病门诊待遇保障管理工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法依规给予处分；构成犯罪的，移交司法机关处理。

第二十七条 各级医保、财政、卫健监管部门要加强对慢特病门诊待遇保障工作的监督管理，改进监管方式，引导合理利用医疗资源，规范诊疗行为，确保居民医保基金平稳运行，充分发挥保障功能。

第六章 附 则

第二十八条 恶性肿瘤门诊放化疗的医疗保障待遇与管理适

用《湖南省恶性肿瘤门诊放化疗医保支付管理暂行办法》。

第二十九条 各市州应根据本办法，妥善做好政策衔接，实现平稳过渡。此前相关政策规定与本办法不一致的，以本办法为准。

第三十条 本办法自 2023 年 9 月 1 日起实施，有效期 5 年。

- 附件：1.湖南省居民基本医疗保险门诊慢特病病种范围和医保支付标准
- 2.湖南省居民基本医疗保险门诊慢特病纳入标准
- 3.湖南省居民基本医疗保险门诊慢特病用药指南
- 4.湖南省居民基本医疗保险门诊慢特病单列支付药品
- 5.湖南省居民基本医疗保险门诊慢特病待遇资格认定申请表
- 6.湖南省居民基本医疗保险门诊慢特病诊疗规范

附件 1

湖南省居民基本医疗保险门诊慢特病病种范围和医保支付标准

序号	门诊慢特病病种	医保支付标准				复审期限
		医药费用限额（元/月）		医保报销比例	医保支付限额（元/月）	
1	恶性肿瘤	康复治疗	400（报销范围：限相关检查、治疗用药、肿瘤患者长期使用的造口袋和尿袋）	70%	280	2 年
		门诊放化疗	依据《湖南省恶性肿瘤门诊放化疗医保支付管理暂行办法》执行			
2	高血压病 3 级（有心、脑、肾、眼并发症之一）	1 至 2 个并发症	200	70%	140	3 年
		2 个以上并发症	260	70%	182	3 年
3	糖尿病（合并心、肾、眼、足、神经病变之一）	1 至 2 个并发症	300	70%	210	3 年
		2 个以上并发症	400	70%	280	3 年
4	冠心病	普通	260	70%	182	3 年
		PCI 术后	400	70%	280	3 年
5	脑血管意外（包括脑出血、脑梗塞、蛛网膜下腔出血）后遗症康复治疗	200		70%	140	2 年
6	血友病	非急性出血	400	70%	280	3 年
		急性出血期	限医药机构现场注射治疗，参照住院起付线、报销比例、支付限额执行（报销范围：限相关治疗用药）			
7	精神分裂症	200		70%	140	3 年
8	肺结核	普通	150	70%	105	2 年
		耐多药	1500	70%	1050	半年
9	系统性红斑狼疮（有心、肺、肾、脑及血液系统并发症之一）	200		70%	140	3 年
10	慢性再生障碍性贫血	300		70%	210	2 年
11	肝硬化	300		70%	210	2 年
12	帕金森病	300		70%	210	3 年

序号	门诊慢特病病种	医保支付标准			复审期限
		医药费用限额（元/月）	医保报销比例	医保支付限额（元/月）	
13	肺心病（出现右心衰者）	270	70%	189	3年
14	风湿性心脏病（心功能Ⅲ级）	270	70%	189	3年
15	哮喘	270	70%	189	3年
16	类风湿关节炎	270	70%	189	2年
17	慢性乙型肝炎	270	70%	189	2年
18	原发免疫性血小板减少症（ITP）	260	70%	182	2年
19	多发性硬化症	260	70%	182	3年
20	重症肌无力	240	70%	168	2年
21	肝豆状核变性	260	70%	182	3年
22	多发性骨髓瘤	280	70%	196	3年
23	系统性硬化症	220	70%	154	3年
24	视神经脊髓炎谱系疾病	200	70%	140	3年
25	垂体瘤	230	70%	161	2年
26	克罗恩病	230	70%	161	3年
27	癫痫	200	70%	140	3年
28	阿尔茨海默病	200	70%	140	3年
29	中重度银屑病	200	70%	140	3年
30	肺动脉高压	200	70%	140	2年
31	地中海贫血	输血依赖型	限医疗机构诊治，参照住院起付线、报销比例、支付限额执行（报销范围：限输血前化验、输血治疗、相关治疗用药）		
		非输血依赖型	200	70%	140
32	慢性阻塞性肺疾病	300	70%	210	2年
33	恶性肿瘤晚期恶病质（家庭病床）	900	70%	630	3年
34	植物状态（家庭病床）	1500	70%	1050	3年
35	晚期血吸虫病	400	70%	280	3年

序号	门诊慢特病病种	医保支付标准				复审期限	
		医药费用限额（元/月）		医保报销比例	医保支付限额（元/月）		
36	肾病综合征	300		70%	210	3年	
37	抑郁症（重度）	500		70%	350	2年	
38	强直性脊柱炎	300		70%	210	3年	
39	前列腺增生症	200		70%	140	3年	
40	器官移植后抗排异治疗	异基因造血干细胞移植	半年内	5000	70%	3500	3年
			6月~1年	2000	70%	1400	
			1年~5年	500	70%	350	
		肝、肾、肺、心脏、心肺联合移植	5000		70%	3500	
41	子宫内膜异位症（术后6个月内）	单列支付					
42	艾滋病	单列支付					
43	慢性肾功能衰竭（门诊透析治疗）	单独制定政策					
44	儿童脑性瘫痪（0~7岁）	1000（含康复治疗费用）		70%	700	3年	
45	小胖威利症	500		70%	350	3年	
46	苯丙酮尿症（PKU限0~14岁）	1岁以内	1250	70%	875	1年	
		1岁以上	400	70%	280	3年	
47	尘肺病	尘肺壹期	200	70%	140	3年	
		尘肺贰期	300	70%	210		
		尘肺叁期	350	70%	245		
备注： 各市州（含省本级，下同）原则上按照全省统一的居民医保门诊慢特病病种范围及医保支付标准执行。各市州原有的个别门诊慢特病病种，确有需要的经报省医保局备案后可暂予保留；门诊慢特病医药费用限额比新支付标准高出较多、难以一步调整到位的，在确保基金可承受的前提下，经报省医保局备案后可分步调整或暂按原标准执行。各市州超范围病种和超标准医药费用限额在下次提高全省居民医保普通门诊统筹待遇或启动省级统筹时须按全省统一标准调整到位。							