

HNPR-2022-36013

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〔2022〕52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《湖南省职工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建立健全职工基

本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（湘政办发〔2022〕12号）等文件精神，为健全完善职工基本医疗保险待遇保障机制，统一规范职工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《湖南省职工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，请认真贯彻落实。



（此件主动公开）

# 湖南省职工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** 为健全完善职工基本医疗保险(以下简称职工医保)待遇保障机制,统一规范职工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相关要求和国家医保局 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)、《湖南省人民政府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实施意见》(湘政办发〔2022〕12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** 本省行政区域内职工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职工医保慢特病门诊待遇保障管理制度,加强全省职工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职工医保慢特

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** 职工医保门诊慢特病药品费用纳入职工医保统筹基金支付。慢特病门诊医疗保障资金规模根据职工医保基金运行情况、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）。慢特病门诊待遇保障评审按照行政指导、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、《湖南省职工基本医疗保险门诊慢特病用药指南》、《湖南省职工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）委托二级以上定点公立医疗机构进行慢特病门诊待遇保障资格认定申请的受理和初审；组织医药专家对参保人员慢特病门诊待遇保障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** 职工医保参保人员向二级以上定点公立医疗机构提交慢特病门诊待遇保障资格认定申请，申请资料包括：有效身份证件（复印件）、医保电子凭证或者社保卡复印件；《湖南省职工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（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）。二级以上定点公立医疗机构负责受理并初审，评审委员会办公室定期组织专家进行复核，参加评审的专家依据《湖南省职工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保障资格进行复审，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退休人员，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保障资格复核及复审相关资料管理，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职工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** 纳入职工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** 符合享受职工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，在职职工按照 80%、退休人员按照 85%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。

**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职工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。鼓励医疗机构处方流转，支持定点医疗机构门诊医师处方、医保医师电子流转处方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职工医保政策，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《湖南省职工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职工医保最高支付限额。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。

## 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，严禁从职工医保基金中列支，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，严肃追责问责；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，确保职工医保基金平稳运行，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 1 月 1 日实施，有效期 5 年。

附件：

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

# 湖南省职工基本医疗保险门诊慢特病种范围和支付标准

序号	门诊慢特病种	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）		
				在职	退休	在职	退休	
1	恶性肿瘤	康复治疗	400（含直肠Ca、膀胱Ca造口袋、尿袋费用）	80%	85%	320	340	2年
		门诊放疗	依据《湖南省恶性肿瘤门诊放疗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	80%	85%	160	170	3年
		2个以上并发症	260	80%	85%	208	221	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	80%	85%	240	255	3年
		2个以上并发症	400	80%	85%	320	340	3年
4	冠心病	普通	260	80%	85%	208	221	3年
		PCI术后	400	80%	85%	320	340	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	80%	85%	160	170	2年
6	血友病	非急性出血	400	80%	85%	320	340	3年
		急性出血期	门诊治疗参照住院政策报销					
7	精神分裂症		200	80%	85%	160	170	3年
8	肺结核	普通	150	80%	85%	120	128	2年
		耐多药	1500	80%	85%	1200	1275	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	80%	85%	160	170	3年
10	慢性再生障碍性贫血		300	80%	85%	240	255	2年
11	肝硬化		300	80%	85%	240	255	2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）		退休	
			在职	退休	在职	退休		
12	帕金森病	300	80%	85%	240	255	3年	
13	肺心病（出现右心衰者）	270	80%	85%	216	230	3年	
14	风湿性心脏病（心功能Ⅲ级）	270	80%	85%	216	230	3年	
15	哮喘	270	80%	85%	216	230	3年	
16	类风湿关节炎	270	80%	85%	216	230	2年	
17	慢性乙型肝炎	270	80%	85%	216	230	2年	
18	原发性免疫性血小板减少症（ITP）	260	80%	85%	208	221	2年	
19	多发性硬化症	260	80%	85%	208	221	3年	
20	重症肌无力	240	80%	85%	192	204	2年	
21	肝豆状核变性	260	80%	85%	208	221	3年	
22	多发性骨髓瘤	280	80%	85%	224	238	3年	
23	系统性硬化症	220	80%	85%	176	187	3年	
24	视神经脊髓炎谱系疾病	200	80%	85%	160	170	3年	
25	垂体瘤	230	80%	85%	184	196	2年	
26	克罗恩病	230	80%	85%	184	196	3年	
27	癫痫	200	80%	85%	160	170	3年	
28	阿尔茨海默病	200	80%	85%	160	170	3年	
29	中重度银屑病	200	80%	85%	160	170	3年	
30	肺动脉高压	200	80%	85%	160	170	2年	
31	地中海贫血		门诊治疗参照住院政策报销					
		输血依赖型						
		非输血依赖型	200	80%	85%	160	170	3年
32	慢性阻塞性肺疾病	300	80%	85%	240	255	2年	
33	恶性肿瘤晚期恶病质（家庭病床）	900	80%	85%	720	765	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）			
				在职	退休	在职	退休		
34	植物状态（家庭病床）	1500		80%	85%	1200	1275	3年	
35	晚期血吸虫病	400		80%	85%	320	340	3年	
36	肾病综合征	300		80%	85%	240	255	3年	
37	抑郁症（重度）	500		80%	85%	400	425	2年	
38	强直性脊柱炎	300		80%	85%	240	255	3年	
39	前列腺增生症	200		80%	85%	160	170	3年	
40	器官移植后抗排斥治疗	异基因造血干细胞移植	半年内	5000	80%	85%	4000	4250	3年
			6月-1年	2000	80%	85%	1600	1700	
		1年-5年	500	80%	85%	400	425		
		肝、肾、肺、心脏、心肺联合移植	5000	80%	85%	4000	4250		
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							

**备注：**各州市（含省本级，下同）原则上按照全省统一的职工医保门诊慢特病病种范围及医保支付标准执行。各州市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。各州市超范围病种和超标准医药费用限额在下次提高全省职工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。

## 湖南省职工基本医疗保险门诊慢特病纳入标准

### 一、恶性肿瘤康复治疗

1.有明确的恶性肿瘤病史资料。

2.有明确的病理检查或骨髓细胞形态学或可靠的肿瘤标志物确诊为恶性肿瘤（特殊情况由专家委员会集体审查决定）。

3.经过手术或放疗、化疗、免疫、靶向、内分泌等规范化治疗后病情稳定或病史资料显示不耐受手术、放疗、化疗，患者进入康复期治疗阶段。

### 二、高血压病 3 级（有心、脑、肾、眼并发症之一）

1.有一年以上高血压病史，且收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 或舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ 。

2.有下列情形之一者：

（1）心脏并发症须有两项：①有心衰并心功能 III 级的住院病历资料；②有心电图、X 线或超声心动图检查证实有明显左心室扩大。

（2）脑并发症须有两项：①有脑出血、脑梗塞等住院病历资料（腔隙性脑梗塞要求有后遗症，因高血压患者腔隙性梗塞发生率高）；②有脑出血或脑梗塞等 CT 或 MRI 结果证明。

（3）肾脏并发症须有五项之一：①有肾功能不全的病史资料；②有血清肌酐  $\text{Scr} > 177\mu\text{mol/L}$  的检验单；③尿白蛋白/肌酐