**内蒙古自治区本级职工基本医疗保险**

**门诊特殊慢性病管理办法**

（征求意见稿）

第一章 总 则

第一条 为进一步规范自治区本级职工基本医疗保险门诊特殊慢性病管理，减轻参保人员门诊医疗费用负担，提高基本医疗保险基金使用效率，根据《内蒙古自治区城镇基本医疗保险条例》《内蒙古自治区人民政府办公厅关于印发<内蒙古自治区本级职工基本医疗保险管理办法>等五个办法的通知》（内政办发〔2014〕111号），制定本办法。

第二条 本办法适用于参加自治区本级职工基本医疗保险的参保人员。

第二章 待遇保障

第三条 自治区本级门诊特殊慢性病共12个病种，具体如下：

再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、帕金森病、肝硬化失代偿期、脑内出血（术后24个月内）、恶性肿瘤门诊治疗、血液透析、腹膜透析、组织器官移植术后抗排异治疗、丙型病毒性肝炎干扰素治疗、血友病、肺动脉高压。

不在上述规定范围内的病种，纳入普通门诊统筹保障。

第四条 门诊特殊慢性病起付标准、定额标准、支付比例和最高支付限额如下：

（一）参保人员在门诊特殊慢性病定点医药机构发生符合政策范围内的医药费用，一个年度内基本医疗保险统筹基金起付标准为300元。

（二）起付标准以上3.5万元（含3.5万元）以下的费用，统筹基金支付80%，3.5万元以上最高支付限额以下的费用，统筹基金支付90%。门诊特殊慢性病病种支付定额与统筹基金和大额保险基金年度最高支付限额合并计算，一个年度内最高支付限额不超过30.5万元。

（三）门诊特殊慢性病就医购药实行按病种定额支付，病种编码和支付定额见下表。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 门诊特殊慢性病病种编码 | 门诊特殊慢性病病种名称 | 支付定额（元） |
| M00500 | 恶性肿瘤放化疗 | 305000 |
| M07803 | 血液透析 | 305000 |
| M07804 | 腹膜透析 | 305000 |
| M08300 | 组织器官移植术后抗排异治疗 | 305000 |
| M04000 | 肺动脉高压 | 305000 |
| M01200 | 血友病 | 305000 |
| M00202 | 病毒性肝炎（干扰素治疗） | 305000 |
| M06201 | 肝硬化失代偿期 | 8000 |
| M02300 | 帕金森病 | 8000 |
| M07101 | 系统性红斑狼疮 | 6000 |
| M01102 | 再生障碍性贫血 | 5000 |
| M04801 | 脑内出血（术后24个月内） | 5000 |

（五）凡符合上述病种的均可申报门诊特殊慢性病待遇，患有两种以上门诊特殊慢性病的参保人员，可同时申请，一个年度内起付标准为300元，支付限额分别计算，一个年度内最高支付限额不超过30.5万元。

（六）与门诊特殊慢性病病种密切相关的药品、检查化验、治疗费用及医用耗材费用，在病种定额标准内按照支付比例予以支付。

（七）享受门诊特殊慢性病的可同时享受门诊特殊用药待遇，享受门诊特殊慢性病和门诊特殊用药的不可同时享受普通门诊统筹待遇。

第三章 申报认定

第五条 自治区本级门诊特殊慢性病待遇申报认定和治疗方案变更工作全部下沉至具有住院资质的二级及以上公立定点医疗机构直接办理。

第六条 参保人员可随时向相关定点医疗机构提出申请，定点医疗机构应确定门诊特殊慢性病审核责任医师，一般由相关专业中级以上职称的医师担任。门诊特殊慢性病审核责任医师对参保人员申请进行认定，定点医疗机构医保部门负责审核上报，并将审核结果及时告知申请人。门诊特殊慢性病病种认定标准严格按照国家临床诊断标准或相关专业委员会的诊疗指南确定。

第七条 参保人员申报时需提供以下材料：《内蒙古自治区本级门诊特殊慢性病待遇认定申请表》一式两份；诊断证明书原件；与申报病种相关的完整住院病历；身份证复印件；本人一寸照片一张。

第八条 参保人员因病情需要调整治疗方案的，可直接持定点医疗机构开具的处方任意选择慢性病定点医药机构购药。区内异地就诊人员和已备案的跨省异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员、异地转诊人员，可持就医地定点医疗机构处方直接在定点医药机构购药，无需参保地审批备案。

第九条 自治区本级参保人员医保关系转移至其他统筹区的，自治区本级门诊特殊慢性病待遇将自动终止。从区内其他统筹区转入至自治区本级的参保人员，如已享受门诊特殊慢性病待遇并在自治区本级病种范围内的，由定点医疗机构医保部门按照原统筹区认定结果进行审核上报，无需重新认定。

第四章 结算管理

第十条 门诊特殊慢性病费用结算严格执行《内蒙古自治区基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《内蒙古自治区基本医疗保险诊疗项目范围》和《内蒙古自治区城镇职工基本医疗保险医疗服务设施范围和支付标准》的支付范围和标准，超出范围的费用医保基金不予支付。

第十一条 参保人员可在门诊特殊慢性病定点范围内任意选择定点医药机构就医购药；在非定点医药机构就医购药所发生的费用，医保基金不予支付。

第十二条 门诊特殊慢性病费用实行即时结算，参保人员凭《内蒙古自治区本级门诊特殊慢性病待遇认定申请表》和定点医疗机构处方在门诊特殊慢性病定点医药机构就医购药时，应使用医保电子凭证、社会保障卡等有效凭证直接结算，个人自负部分由个人账户资金或现金支付，统筹基金支付部分由定点医药机构先行记账，定期通过医疗保障信息平台与自治区医疗保险服务中心进行清算。

第十三条 定点医药机构应按规定及时将门诊特殊慢性病参保人员就诊信息及相关费用上传至医疗保障信息系统，按月报送门诊特殊慢性病费用电子报表，进行对账结算。

第十四条 区内异地就诊人员和已备案的跨省异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员、异地转诊人员，在异地定点医药机构发生符合规定的门诊特殊慢性病费用，使用医保电子凭证、社会保障卡等有效凭证直接结算；无法直接结算的，先由个人现金垫付，后期持相关票据及费用明细到自治区医疗保险服务中心办理报销手续。

第五章 服务管理

第十五条 门诊特殊慢性病定点医药机构要按照服务协议相关规定，制定相应的门诊特殊慢性病管理制度，规范服务行为，增强服务意识和能力，切实为参保人员提供优质服务。

第十六条 门诊特殊慢性定点医药机构应为参保人员建立就医购药台账，包括项目名称、规格、剂量、价格等信息，经本人或家属确认，台账需永久保存。

第十七条 门诊特殊慢性病定点医疗机构职责：

（一）要认真组织医务人员学习门诊特殊慢性病相关政策，门诊特殊慢性病审核责任医师要掌握特殊慢性病范围、标准及办理程序。

（二）门诊特殊慢性病审核责任医师应认真核实申报材料的真实性，严格按照药品适应症和《药品目录》的限定使用条件确定用药方案，超范围用药医保基金不予支付。

（三）应建立门诊特殊慢性病个人档案，将《内蒙古自治区本级门诊特殊慢性病待遇认定申请表》、完整病历、诊断书及身份证复印件等资料永久留存归档，以备核查。

第十八条 门诊特殊慢性病参保人员因病情变化或发生其他疾病需住院治疗的，住院期间不享受门诊特殊慢性病待遇。

第六章 附 则

第十九条 本办法自2022年10月1日起施行，凡与本办法不符的，按本办法规定执行。国家及自治区另有新规的，从其规定。《关于印发<内蒙古自治区本级城镇职工基本医疗保险特殊慢性病门诊就医管理办法>的通知》（内医保字〔2011〕8号）同时废止。

第二十条 本办法由内蒙古自治区医疗保障局负责解释。