

眉县医疗保障经办机构文件

眉医保中心发〔2025〕12号

眉县医疗保障经办机构 关于转发《宝鸡市基本医疗保险门诊慢特病 经办管理规程》的通知

各定点医药机构：

为进一步完善我县门诊慢特病经办保障机制，规范门诊慢特病经办流程，明确各级经办职责权限，切实减轻参保人员门诊就医负担，现将《宝鸡市医疗保障经办机构关于转发〈宝鸡市基本医疗保险门诊慢特病经办管理规程〉的通知》（宝医保中心发〔2025〕36号）文件转发给你们，请遵照执行并做好贯彻落实。

宝鸡市医疗保障经办机构文件

宝医保中心发〔2025〕36号

宝鸡市医疗保障经办机构 关于印发《宝鸡市基本医疗保险门诊慢特病 经办管理规程》的通知

各县（区）医保经办机构，市本级定点医疗机构：

为进一步完善我市门诊慢特病经办保障机制，规范门诊慢特病经办流程，明确各级经办职责权限，切实减轻参保人员门诊就医负担，结合我市实际，现将《宝鸡市基本医疗保险门诊慢特病经办管理规程》印发你们，请遵照执行。

宝鸡市医疗保障经办机构

2025年8月26日



宝鸡市基本医疗保险门诊慢特病经办管理规程

第一章 总则

第一条 为贯彻落实《宝鸡市基本医疗保险门诊慢特病管理办法》（宝医保发〔2025〕38号）文件精神，统一规范全市基本医疗保险门诊慢特病经办管理，特制定本规程。

第二条 本规程适用于宝鸡市城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险门诊慢特病经办管理。

第三条 申请门诊慢特病待遇的参保人员，应当先认定，后享受待遇。认定和治疗应当遵循科学规范、客观真实、合理有效的原则。

第四条 各县（区）医保部门按照规程做好本统筹区门诊慢特病经办管理工作。

第二章 资格认定

第五条 参保人员申请门诊慢特病时需提供以下资料（以下简称申请资料）：

（一）申请资料

有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡等其中一项身份证明，近两年二级及以上定点医疗机构住院病历或两次以上门诊病历、诊断证明书、相关检查、检验报告等病种相关复印件资料。

（二）在定点医疗机构申请的病种及流程

16个特殊病种：恶性肿瘤门诊治疗；恶性肿瘤康复治疗；器官移植抗排异治疗；透析（含血液透析、腹膜透析）；儿童苯丙酮尿症；血友病；再生障碍性贫血；脑瘫；肝硬化失代偿期；帕金森病；系统性红斑狼疮；肺结核活动期；耐药性结核病；精神疾病（包括精神分裂症、双相障碍、妄想性障碍、分裂情感性障碍、癫痫性精神病、重度以上精神发育迟滞）；病毒性肝炎；运动神经元病。其中恶性肿瘤门诊治疗与恶性肿瘤康复治疗病种不可同时申请。

精神病（包括精神分裂症、双相障碍、妄想性障碍、分裂情感性障碍、癫痫性精神病、重度以上精神发育迟滞）在市康复医院申请备案；肺结核活动期、耐药性结核病在中国人民解放军联勤保障部队第987医院申请；儿童苯丙酮尿症在市妇幼保健院（儿童医院）申请备案；器官移植抗排异治疗在本市三级定点医疗机构申请备案。

申请人持相关病种申报材料（含异地安置人员持异地住院资料）到本市二级甲等及以上定点医疗机构医保科领取《宝鸡市门诊慢特病病种待遇认定申请表》，并对提交的资料进行初审。

负责慢特病鉴定工作的医疗机构应成立鉴定工作领导小组，由所在“医疗机构慢特病专家组”（副主任以上医师组成）负责门诊慢特病病种待遇享受资格鉴定工作。医疗机构建立完善的门诊慢特病鉴定内部工作机制和管理制度，熟练掌握门诊慢特病鉴定相关政策和准入标准。

初审：鉴定医疗机构根据参保人员申请的病种以及提供的住院病历资料，相关病种临床科室主治或以上医师依据医保部门制定的慢特病病种准入标准进行初审，无住院病历资料的应根据门诊病历及相关检查、化验，综合研判后提出拟确认意见，最终由科室主任审核签字。

复核：医疗机构医保科负责收集本院相关科室初审的门诊慢特病资料后，由鉴定工作领导小组审核，符合慢特病待遇条件的，鉴定工作领导小组成员及负责人要对认定结论签字确认。

（三）在第三方经办机构申请的病种及流程

30个普通病种：高血压；糖尿病；脑血管病后遗症（脑卒中后遗症）；氟骨病；大骨节病；克山病；甲状腺功能异常；癫痫；慢性阻塞性肺疾病；支气管哮喘；特发性肺间质纤维化；冠心病；肺源性心脏病；慢性心力衰竭；心脏瓣膜病；心肌病；肾病综合征；慢性肾功能不全失代偿期；慢性肾小球肾炎；免疫性血小板减少症；儿童生长激素缺乏症（重组人生长激素治疗）；强直性脊柱炎；类风湿性关节炎；慢性骨髓炎；银屑病；中枢神经系统脱髓鞘疾病；股骨头坏死；系统性硬化症；肝豆状核变性；重症肌无力。

线上申请：参保人员（含异地安置人员）可通过微信公众号“宝鸡医保”，点击“我要服务”，登录“慢病申报”注册后，按照步骤提示，上传与申请病种相关的资料。

审核流程：初审，查看上传资料是否清晰完整；审核，由慢

特病专家组进行病种鉴定，符合门诊慢特病准入标准的，专家组成员对认定结果签字确认。

认定结果在“申报进度”模块中查询。

线下申请：参保人员到各县（区）医保经办中心慢病服务窗口、村卫生室（社区卫生服务站）、镇卫生院、定点药店、二级及以上定点医疗机构提交纸质资料，由窗口工作人员协助参保人员拍照上传，也可通过邮寄方式将资料寄至各县区医保经办中心慢特病窗口，审核流程同线上申请一致。

居家申请：对行动不便、失能卧床且不具备线上申报条件的参保人员，根据本人申请，由第三方经办机构组织专家上门或通过远程方式完成鉴定，不符合鉴定条件的说明理由。

（四）待遇认定时限

定点医疗机构、第三方经办机构自受理申请人资料起，20个工作日内完成门诊慢特病待遇认定。

（五）结果反馈

定点医疗机构、第三方经办机构将审核通过的申请人姓名、身份证号、认定通过病种等相关信息在陕西省医疗保障信息平台进行备案登记，并将认定结论告知申请人。

（六）资料留存

按照“谁认定、谁留存”的原则，由认定机构收集归档备查；第三方经办机构线上认定资料清晰完整留存备查。

第三章 待遇保障

第六条 门诊慢特病按照医保“三大目录”执行。甲类项目直接纳入按比例报销，乙类项目统一按5%先行自付后按比例报销。

第七条 门诊慢特病待遇不设置起付标准，按比例报销，年度封顶。城镇职工（含灵活就业人员）门诊慢特病年度限额纳入基金年度最高支付限额；城乡居民门诊慢特病年度限额纳入基本医疗保险统筹基金支付限额。

第八条 城镇职工（含灵活就业人员）、城乡居民恶性肿瘤门诊治疗、恶性肿瘤康复治疗、器官移植抗排异治疗、透析（含血液透析、腹膜透析）四个病种不参与《宝鸡市基本医疗保险门诊慢特病管理办法》（宝医保发〔2025〕38号）中第十二条计算方法，不与其他病种进行累加计算。

第九条 血友病城乡居民年度支付限额0-7岁4万元，7岁以上8万元；城镇职工（含灵活就业人员）年度支付限额8万元。

第十条 参保人员已享受恶性肿瘤门诊治疗慢特病待遇的，放化疗治疗结束，后期需要康复治疗的患者，需重新申请恶性肿瘤康复治疗。

第十一条 门诊慢特病患者使用特殊药品（简称特药）的，按照我市特药政策执行，年度支付限额按特药限额进行结算。

第十二条 在定点医疗机构申请的病种，原则上只能在医疗机构进行购药报销，因特殊原因在定点零售药店购药发生的费用，在参保地经办中心慢特病窗口进行零星报销。

第十三条 城乡居民“两病”未达到门诊慢特病鉴定标准的，享受“两病”待遇报销；达到门诊慢特病鉴定标准的享受门诊慢特病报销，同一参保患者不得重复享受门诊保障待遇。

第十四条 门诊慢特病患者购药每次处方购药量不超过一个月，因探亲或公务出差等特殊情况下外出时间较长需长期带药的，经定点医疗机构相关临床科室主治医师或以上负责审核并在门诊病历中明确记载，一次带药量不超过3个月。

第十五条 办理了跨省异地备案及省内就医的参保患者，在异地定点医药机构或回参保地因特殊原因发生的门诊慢特病费用未直接结算的，零星结算执行全市统一的门诊慢特病支付标准；未办理跨省异地备案、转诊转院或办理了异地备案未在定点医药机构发生的门诊慢特病费用，支付比例下浮20个百分点。参保人员持门诊处方、发票、费用清单（药店购药小票）、检查检验报告单等资料，在参保地经办机构慢特病窗口进行零星报销。

第十六条 门诊慢特病基金支付实行限额管理，一个自然年度结束后自动清零，不结转；急诊急救、院前检查、普通门诊以及住院期间发生的门诊医疗费用不纳入门诊慢特病待遇范围结算。

第十七条 参保人员因参保险种发生变化，需继续享受门诊慢特病待遇的。省内调入我市的参保人员，在原参保地享受门诊慢特病的病种符合我市同等病种的，提供《门诊慢特病待遇认定申请表》和社会保障卡复印件，按规定接续享受待遇；不符合我

市同等病种的，按规定重新申请。

第四章 就医管理

第十八条 门诊慢特病患者持社会保障卡或医保电子凭证在市域内定点医疗机构（含村卫生室、社区卫生服务站及一级定点医疗机构）及门诊慢特病定点药店实行“一站式”结算，即个人自付部分由个人与定点医药机构结算，基金支付部分由定点医药机构按月与所属第三方经办机构结算。

第十九条 定点医药机构应当执行实名就医购药管理规定，核验参保人员医保电子凭证或社会保障卡或身份证，如实记录门诊慢特病就医购药情况，实时上传就医、结算等信息。委托他人在定点医药机构购药的，定点医药机构应核验参保人员和代办人的有效身份证件，核验处方使用人与参保人员身份是否一致。登记代办人身份信息和有效联系方式，由代办人在结算单底联上签字确认。

第二十条 定点医疗机构应坚持因病施治的原则，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，为参保人员妥善保管处方、诊疗单据等资料。

第二十一条 参保人员同时发生门诊慢特病和普通门诊费用时，定点医药机构应当按照不同医疗类别进行结算，分别开具处方和结算票据。定点医疗机构开具的外购门诊慢特病电子和手写处方须加盖印章。

参保人员发生门诊慢特病费用，执行门诊慢特病政策，超过

对应病种年度限额政策范围内的费用，可按普通门诊统筹政策支付。门诊慢特病结算后，个人负担部分不得再纳入门诊统筹报销，已使用门诊统筹、个人账户支付或其他保险已支付的，门诊慢特病待遇不再报销。

第二十二条 定点医药机构向各医保经办机构发起上月医疗费用月度结算申请，医保经办机构、第三方经办机构审核数据并向定点医药机构拨付基金。

第二十三条 定点医药机构于每月 10 日前（节假日顺延）向第三方经办机构提供上月门诊慢特病月度结算表。第三方经办机构收到资料并结合医保智能系统进行审核，扣除不合理费用后，10 个工作日内向市级医保经办机构提供定点医药机构和零星报销的准确完整并且签字盖章的结算明细、汇总表等，市级医保经办机构收到相关资料复核后 5 个工作日内向第三方经办机构拨付门诊慢特病费用。

第二十四条 门诊慢特病零星报销由第三方经办机构负责审核结算，第三方经办机构须在收到相关资料后 30 个工作日内完成审核、结算、拨付。第三方经办机构应于次年 3 月底前完成上年度门诊慢特病零星报销。

第五章 监督管理

第二十五条 市医保经办机构负责统筹指导全市门诊慢特病经办管理服务。各县区医保经办机构应将门诊慢特病管理纳入定点医药机构、医保医师协议管理范畴，做好政策宣传、解释

咨询工作，指导督促定点医药机构加强对门诊慢特病的考核监督管理，负责对医保基金使用的稽核监督等工作。

第二十六条 各县区医保经办机构应强化门诊慢特病费用审核，运用智能监控，完善细化规则，定期开展检查，严厉打击欺诈套取、骗取医保基金行为。对检查过程中发现的问题和违规行为，按相关法律法规和医保服务协议管理相关规定处理。

第二十七条 市医保经办机构和各县区医保经办机构应加强对医药机构的现场检查，强化履约行为考核，对医药机构、第三方经办机构门诊慢特病的管理、准入、结算进行核查和复审。当年新准入人员的核查率不得低于10%；线上结算智能审核率100%，现场随机核查率不能低于2%，零星报销核查率不能低于5%，发现异常情况应扩大核查比例和范围。

第二十八条 各定点医药机构（含第三方机构）应及时上传资格认定和费用结算信息，不得结算与病种无关的费用。门诊慢特病服务机构需做好认定资料及就医购药的处方、发票、结算单据等存档保管工作。

第二十九条 定点医药机构按规定为参保人员提供门诊慢特病就医、检查、检验、购药等服务，将门诊慢特病相关政策、服务流程等在本机构显著位置进行多渠道、多形式宣传、公布。不得向参保人员错误宣传门诊慢特病政策诱导参保人员不合理就医购药。

第三十条 各定点医疗机构和鉴定专家组成员应严格执行门

诊慢特病鉴定相关规范要求，禁止降低鉴定标准、扩大鉴定病种范围。医保经办机构在检查复审中发现相关违规行为，可依据医保定点协议管理要求进行处理，情节严重的医师和机构纳入医保协议医师管理和涉嫌欺诈骗保范围，按相关规定处理。

第三十一条 参保人员存在以下情形之一的，经调查核实，取消其门诊慢特病待遇资格，涉嫌违反法律法规的，进行行政处罚或移送司法机关处理。

（一）通过伪造医疗文书等方式，骗取门诊慢特病病种待遇的；

（二）纳入门诊慢特病病种待遇保障范围的参保人员，通过倒卖药品，获得非法利益的；

（三）纳入门诊慢特病病种待遇保障范围的参保人员，将本人的医保电子凭证或社保卡交给他人冒名使用的；

（四）参保人员提供虚假处方、发票，骗取医保基金的；

（五）其他违法违规的行为。

第三十二条 定点医药机构、第三方经办机构及医务人员、鉴定专家、经办机构人员有下列情形之一的，视其违规情况，予以通报批评、责令限期整改、追回相关基金、按协议约定加倍扣款、暂停或取消医生的医保处方权、取消门诊慢特病服务资格等，涉嫌违反法律法规的，进行行政处罚或移送司法机关处理。

（一）给参保人员出具虚假住院或门诊病历、检查、检验报告单及相关病检资料；

(二) 认定医师或鉴定专家弄虚作假，违规为参保人员认定慢特病待遇资格；

(三) 随意加大药量，开具与病情无关的药品、检查、检验、治疗项目；

(四) 协助他人骗取门诊慢特病待遇；

(五) 串换药品、以药换物、虚开发票套取医保基金；

(六) 其他违反参保人员基本医疗保险法规规定，造成医保基金损失。

第六章 附则

第三十三条 本经办规程由市医疗保障经办机构负责解释，自 2025 年 7 月 1 日起执行。

附件：宝鸡市门诊慢特病病种待遇认定申请表

附件

宝鸡市门诊慢特病病种待遇认定申请表

机构名称（盖章）：

年 月 日

姓名		性别		年龄	<input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保
身份证件号码				联系电话	
申请定点医院				申请人签名	
申报病种名称				复审时限	
申报病种情况(符合诊断标准项目)	医师签名： 年 月 日				
审批意见 (专家组签名)	1.	年 月 日			
	2.	年 月 日			
备注					

注：此表一式两份，复审时限严格按照文件附件中要求填写（如：长期、2年、3年、5年）。

抄送：省医保经办机构，市医疗保障局，各县区医疗保障局。

宝鸡市医疗保障经办机构

2025年8月26日印发

(此页无正文)

眉县医疗保障经办机构

2025年9月18日



眉县医疗保障经办机构

2025年9月18日印发