

沈阳市医疗保障局文件 沈阳市财政局

沈医保发〔2023〕8号

关于印发沈阳市城乡居民基本医疗保险 门诊慢特病管理办法的通知

各区、县(市)医疗保障(分)局、财政局,各定点医疗机构:

现将《沈阳市城乡居民基本医疗保险门诊慢特病管理办法》印发给你们,请遵照执行。



沈阳市城乡居民基本医疗保险 门诊慢特病管理办法

按照《关于规范全省门诊慢特病保障制度的通知》(辽医保发〔2022〕17号),为进一步做好城乡居民基本医疗保险(以下简称居民医保)工作,不断提高待遇保障水平和基金使用效能,减轻参保人员门诊慢特病医疗费用负担,结合我市实际,制定本办法。

一、门诊慢特病病种

按照全省统一的门诊慢特病病种目录,根据诊疗规范有效、基金可承受的原则,将治疗周期长、对健康损害大、费用负担重且适合在门诊治疗的疾病,纳入慢特病病种目录,并按照省要求实行动态调整。我市居民医保慢特病病种目录共41种,按照Ⅰ类18种、Ⅱ类23种进行管理。

我市现有病种列入全省病种目录的,已认定的门诊慢特病患者按新的待遇标准执行。我市现有未列入省门诊慢特病病种目录(脑垂体泌乳素瘤、脑垂体前叶功能减退症、进行性核上性麻痹、强制性脊柱炎、癫痫、肺源性心脏病、风湿性心脏病)的慢特病患者,按“老人老办法”原则,已认定的门诊慢特病患者参照Ⅱ类病种享受待遇,不再开展病种认定工作,不符合待遇享受条件的门诊慢特病患者,按规定逐步退出。

二、病种认定标准

居民医保门诊慢特病种认定标准,按照全省统一的门诊慢特病认定标准执行。门诊慢特病患者待遇享受期期满,停止享受待遇资格,仍需继续治疗的,应再次申请认定。对门诊慢特病患者待遇享受期为长期或5年,且认定后连续24个月未发生合规医疗费用的,停止其享受待遇资格,如需申办按照初检程序办理。

三、费用保障范围

按照国家和省医保目录有关规定,门诊慢特病患者在定点医疗机构门诊治疗慢特病所发生的诊疗项目、药品以及医用耗材等医疗费用,纳入门诊慢特病的保障范围。

门诊慢特病患者(不含透析患者)可自行选择在我市门诊慢特病定点医疗机构就医。门诊慢特病患者发生的门诊慢特病合规医疗费用,纳入居民医保统筹基金年度支付限额计算范围,超过居民医保统筹基金最高支付限额部分,按照门诊慢特病政策由居民大病保险基金支付。

高血压(合并症)、糖尿病(合并症和并发症)、恶性肿瘤、透析、器官移植抗排异、康复治疗(未成年人)等部分病种的费用保障范围按照全省统一规范标准执行。医保单独结算的高值药品,不纳入门诊慢特病费用保障范围。

四、确定待遇水平

(一)支付比例

艾滋病、结核病(普通型)、耐药性结核病、慢性乙型肝炎、丙型肝炎、布鲁氏菌病、透析、器官移植抗排异治疗、恶性肿瘤(放化

疗)、白血病(放化疗)、严重精神障碍、血友病、其他内分泌代谢疾病(未成年人)、儿童生长激素缺乏症(未成年人)、癫痫(未成年人)、康复治疗(未成年人)统筹基金支付比例为 80%。

其他门诊慢特病,统筹基金支付比例一级医疗机构(含基层及未定级医疗机构)80%;二级医疗机构 70%;三级及以上医疗机构 60%。

(二)支付限额

门诊慢特病 I 类病种限额标准详见附件,II 类病种限额标准为每季度 650 元。I 类各病种待遇、I 类和 II 类病种待遇可兼得,参保人员按照病种限额标准结算,但同一病种下细分病种待遇不可兼得。参保人员评定患有两种或两种以上 II 类病种的,限额标准为每季度 750 元。

一个自然年度内,门诊慢特病患者在居民医保和职工医保之间转移接续参保关系的,门诊慢特病支付限额分别计算,但不可以重复享受待遇。

五、优化经办服务

市医疗保障事务服务中心负责按照全省统一的门诊慢特病认定标准、经办规程组织相关定点医疗机构做好参保人员病种认定工作。

恶性肿瘤(放化疗、内分泌治疗、镇痛治疗)、白血病(放化疗)、透析、血友病、器官移植抗排异治疗、耐药性结核病,每月 25 日前申报的,认定合格当月享受门诊特殊病待遇。其他病种每月 25 日

前申报的,认定合格后次月起享受门诊慢特病待遇。术后抗栓治疗病种每次手术后只能认定一次,且待遇时限为12个月,手术日期距申报日期超过一年的,不予认定。术后12个月内再次手术需重复申报的,认定后按手术月份间隔月数延长待遇时限。

六、加强监督管理

做好门诊慢特病医疗费用支出的全流程监管。探索推进医保药品追溯管理体系建设。申请或享受门诊慢特病待遇的参保患者,应如实提供相应的诊断证明、病历、检查、化验报告等门诊慢特病申请所需的认定资料,不得伪造证明材料,严禁转卖药品和医用耗材。提供认定服务的医疗机构及医师,应严格按照全省统一的认定标准及要求开展认定工作,不得降低标准或协助伪造认定材料。积极推进门诊慢特病医疗费用智能监管,加强协议管理和日常监管,及时发现处理大处方、过度诊疗等违规问题。对监管中发现的相关机构和个人违法违规线索,一经查实,将依法依规严肃处理。

七、文件实施时间

本办法自2023年4月1日起实施,其他与本办法不符的,以本办法为准。

附件:沈阳市居民医保门诊慢特病病种待遇保障表

附件

沈阳市居民医保门诊慢特病病种待遇保障表

序号	国家病种代码	病种名称（细分病种）	待遇时限	限额标准	支付比例	病种（保障）范围说明	病种分类
1	M00100	结核病（普通结核）	12个月	1000元/季	80%		I类
	M00101	耐药性结核病	24个月	——	80%		
2	M00201	慢性乙型肝炎	长期	1600元/季	80%		I类
3	M00204	丙型肝炎（基因1B型）	12个月	4600元/年	80%		I类
	M00203	丙型肝炎（非基因1B型）	12个月	8000元/年	80%		
4	M00300	艾滋病	长期	1800元/季	80%		I类
5	M00401	布鲁氏菌病	24个月	1000元/季	80%	慢性（患病12个月以上）布鲁菌病或具有并发症的患者	I类
6	M00501	恶性肿瘤（放化疗）	12个月	——	80%		I类
	M00505	恶性肿瘤（辅助治疗）	5年	650元/季			
	M00508	恶性肿瘤（内分泌治疗）	5年	3600元/季		包括乳腺癌和前列腺癌	
	M00509	恶性肿瘤（镇痛治疗）	24个月	22600元/年		包括镇痛治疗和辅助治疗	
7	M00821	白血病（放化疗）	12个月	——	80%		I类
	M00822	白血病（非放化疗）	5年	650元/季			
8	M00901	真性红细胞增多症	5年	650元/季			II类
9	M00902	骨髓增生异常综合征	5年	650元/季			II类
10	M01102	再生障碍性贫血	5年	650元/季			II类
11	M01240	血友病轻型	5年	20000元/年	80%		I类
	M01241	血友病中型	5年	60000元/年	80%		
	M01242	血友病重型	长期	——	80%		

序号	国家病种代码	病种名称（细分病种）	待遇时限	限额标准	支付比例	病种（保障）范围说明	病种分类
12	M01600	糖尿病（合并症和并发症）	长期	650 元/季		合并症和并发症包括周围神经病变、视网膜病变、冠心病、肾病、肢端坏疽	II类
13	M01900	其他内分泌代谢疾病（未成年人）	5 年	20000 元/年	80%		I 类
14	M01902	儿童生长激素缺乏症（未成年人）	5 年	6000 元/季	80%		I 类
15	M02000	精神病（普通型）	5 年	650 元/季		严重精神障碍之外的其他精神病（不包括成年人的轻中度抑郁症）	I 类
	M02100	严重精神障碍	5 年	1200 元/季	80%	包括精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病（持久的妄想性障碍）、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍等 6 类严重精神障碍。	
16	M02300	帕金森病	长期	650 元/季			II类
17	M02600	癫痫（未成年人）	5 年	2200 元/季	80%		I 类
18	M03200	重症肌无力	长期	650 元/季		全身型	II类
19	M03900	高血压（合并症）	长期	650 元/季		合并心、肾、眼底器官损害	II类
20	M04301	慢性心力衰竭	长期	650 元/季		原风湿性心脏病和肺源性心脏病纳入慢性心力衰竭病种管理。	II类
21	M04401	心房颤动	长期	650 元/季		限于心房颤动（包括房扑）的抗凝治疗	II类
22	M04602	心肌梗死	长期	650 元/季			II类
23	M04800	脑卒中	长期	650 元/季		包括脑出血、脑梗死以及高血压合并蛛网膜下腔出血	II类
24	M05300	慢性阻塞性肺疾病	长期	650 元/季			II类

序号	国家病种代码	病种名称(细分病种)	待遇时限	限额标准	支付比例	病种(保障)范围说明	病种分类
25	M05400	支气管哮喘	长期	650元/季			II类
26	M06000	克罗恩病	长期	1600元/季			I类
27	M06201	肝硬化失代偿期	长期	650元/季			II类
28	M06501	溃疡性结肠炎	长期	1600元/季			I类
29	M06700	银屑病	长期	650元/季			II类
30	M06900	类风湿性关节炎	长期	650元/季			II类
31	M07101	系统性红斑狼疮	长期	650元/季			II类
32	M07105	系统性硬化症	长期	650元/季			II类
33	M07106	干燥综合征	长期	650元/季			II类
34	M07107	白塞氏病	长期	650元/季		含肠道白塞病(贝赫切特病)	II类
35	M07116	多发性肌炎/皮肌炎	长期	650元/季			II类
36	M07801	透析	长期	——	80%	包括腹膜透析和备注透析(每月至少一次血液透析滤过),透析结算采用与定点医疗机构按月定额方式结算,支付标准6000元/月/人。	I类
37	M07807	慢性肾脏病	长期	650元/季		慢性肾病3期及以上,申请透析门诊待遇后,终止慢性肾脏病待遇。	II类
38	M08101	子宫内膜异位症	5年	6000元/年			I类
39	M08300	器官移植抗排异治疗	长期	认定第1个月7000元;第2-3个月6000元;第4-6个月5000元;第7-12个月4000元;第13个月以后3600元。	80%		I类

序号	国家病种代码	病种名称（细分病种）	待遇时限	限额标准	支付比例	病种（保障）范围说明	病种分类
40	M08400	术后抗栓治疗	12 个月	650 元/季		手术日期距申报日期超过一年的，不予认定。 术后 12 个月内再次手术需重复申报的，认定后按手术月份间隔月数延长待遇时限。	II 类
41	M00101	康复治疗（未成年人）	5 年	——	80%	未成年人机体功能障碍的康复治疗	I 类

