

合肥市医疗保障局

合医保秘〔2021〕15号

合肥市医疗保障局关于调整我市门诊慢性病 特殊病保障范围的通知

各县（市）、区医疗保障局、开发区社会发展（事业）局，市医疗保障基金管理中心，各相关医药机构：

为规范门诊慢性病、特殊病管理，切实减轻患者门诊医疗负担，根据《安徽省基本医疗保险门诊慢性病特殊病病种目录（试行）》（皖医保秘〔2021〕36号）、《安徽省基本医疗保险慢特病门诊用药目录（试行）》（皖医保秘〔2021〕37号），现就调整我市门诊慢性病、特殊病（以下简称门诊慢特病）保障范围有关事项通知如下：

一、病种范围及认定标准

2021年5月1日起，全市职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险统一执行省定63种门诊慢特病病种范围及认定标准，相关病种名称的变更调整（细分、删除或合并）按统一规范名称执行。

二、病种待遇保障

属于《安徽省基本医疗保险门诊慢性病特殊病病种目录（试

行)》的我市现行门诊慢特病病种,继续按原规定享受相关待遇;新增纳入的病种,根据基本医疗保险保障原则,综合考虑基金承受能力等因素,调整设置医保基金年度最高支付限额(见附件)。

三、支付范围

慢特病门诊用药支付范围按照《安徽省基本医疗保险慢特病门诊用药目录(试行)》规定执行。与病种相关必需的治疗、检查和材料等费用,按医保目录规定纳入医保支付范围。今后,国家及省出台新规定的,按新规定执行。

四、工作要求

(一)完善信息系统。市医保中心负责医保结算系统病种编码对应与医保信息系统完善。各病种在审核认定时,系统内应标记注明认定病种的名称、临床(疾病)诊断名称、治疗方式、申请次数、待遇享受期等信息,方便慢特病门诊费用联网结算、智能审核、药品使用量、统计分析和监督管理等。

(二)规范慢特病认定。各级医保经办机构组织临床医疗专家,以疾病临床诊断、特征性检查检验结果等客观因素为依据,根据省医保局统一规定的门诊慢特病认定标准开展门诊慢特病认定工作。

(三)加强医疗管理。定点医药机构要完善内部管理制度,医保医师要合理诊疗、科学施治,严禁超剂量、超范围处方等违规行为。

(四)确保工作落实。各级医疗保障部门要加强对医保经办

机构和定点医药机构的监督管理，确保政策落实到位。其他相关规定仍按《合肥市慢性病门诊管理暂行办法》（合医保发〔2020〕19号）执行。

附件：新增（调整）门诊慢特病年度支付限额及待遇期限



附件

新增（调整）门诊慢特病年度支付限额及待遇期限

| 分类 | 病种名称 | 基金年支付限额（元） | | 享受期限 |
|------|--------------------------|---------------------|---------------------|------|
| | | 职工 | 居民 | |
| 新增病种 | 特发性肺纤维化 | 12000 | 9600 | 3年 |
| | 肢端肥大症 | 20000 | 18000 | 2年 |
| | 青光眼 | 3600 | 3000 | 3年 |
| | 先天性免疫蛋白缺乏症 | 24000 | 20000 | 长期 |
| | 生长激素缺乏症 | / | 20000 | 2年 |
| | 尼曼匹克病 | 24000 | 20000 | 2年 |
| | 重度特应性皮炎 | 20000 | 18000 | 2年 |
| | ANCA相关血管炎 | 4300 | 3600 | 长期 |
| 细分病种 | 干燥综合征 | 4300 | 3600 | 长期 |
| | 多发性肌炎 | 4300 | 3600 | 长期 |
| | 皮炎 | 4300 | 3600 | 长期 |
| | 结节性多动脉炎 | 4300 | 3600 | 长期 |
| 调整病种 | 银屑病 | 3600 生物制剂治疗20000 | 3000 生物制剂治疗18000 | 2年 |
| | 肌萎缩侧索硬化症 | 10000 | 8200 | 长期 |
| | 骨髓增生异常综合征 | 48000 | 40000 | 2年 |
| | 骨髓增生性疾病 | 48000 | 40000 | 2年 |
| | 恶性肿瘤（内分泌）、 恶性肿瘤（灌注治疗） | 24000 | 20000 | 2年 |