

广西壮族自治区医疗保障事业管理中心

广西壮族自治区医疗保障事业管理中心关于 做好门诊特殊慢性病相关工作的通知

自治区本级各有关定点医疗机构：

为贯彻落实《广西壮族自治区医疗保障局关于印发广西基本医疗保险门诊特殊慢性病管理办法的通知》（桂医保规〔2022〕2号）文件精神，保障参保人及时享受有关待遇，减轻门诊特殊慢性病患者的医疗费用负担，现就做好门诊特殊慢性病相关工作通知如下：

一、新增门诊特殊慢性病病种

2022年6月1日起，全区职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）门诊特殊慢性病在原有病种基础上新增以下8个病种：耐药性结核病、肺动脉高压、阿尔茨海默病、艾滋病、原发性免疫性血小板减少症、心房颤动、支气管哮喘（限中度及以上）、抑郁症（限重度），职工医保增加慢性肾功能不全（非肾透析）。

二、待遇标准

自治区本级参保职工慢性肾功能不全的肾透析、恶性肿瘤门诊治疗、器官移植抗排异治疗三个病种，在本人选定的定点医疗机构门诊发生符合门诊特殊慢性病支付范围的医疗费用，不设起付线，在职人员统筹基金支付比例为85%、退休人员统筹基金支

付比例为 92%。其余病种全区统一待遇标准，按桂医保规〔2022〕2 号文执行。门诊特殊慢性病各病种统筹基金年度支付限额分开单独计算。

三、待遇资格准入及退出

（一）待遇资格准入。二级及以上开通门诊特殊慢性病服务的定点医疗机构应为患有门诊特殊慢性病的参保人员提供待遇资格申报、办理进度及结果查询、门诊特殊慢性病治疗卡打印等服务。

待遇资格申报流程：参保人到二级及以上定点医疗机构专科就诊，经诊断患有门诊特殊慢性病的，由参保人、医师填写《广西基本医疗保险门诊特殊慢性病申报表》（附件 1），将申报表、病历资料、疾病证明及相关检查报告提交定点医疗机构医保科，医保科按照《广西基本医疗保险门诊特殊慢性病病种认定标准》对申报材料进行初审，为材料齐全的参保人员在医保信息平台办理待遇资格申报登记并上传申报材料。

（二）待遇资格退出。耐药性结核病病种待遇资格实行年审及退出机制，年审以两年为一周期。参保人经认定取得耐药性结核病病种待遇资格的，自认定之日起享受两年待遇，期间参保人应定期到专科就诊，经专科医师诊断已治愈的，不再享受耐药性结核病病种待遇；两年后仍需要继续治疗的，由专科医师在门诊病历上出具继续治疗意见，由医保科办理新一周期的待遇资格申报。

（三）门诊特殊慢性病转诊。参保人符合以下情形之一的，可办理门诊特殊慢性病转诊：

1. 定点医疗机构限于技术等原因无法满足参保人门诊特殊慢性病诊治需求，参保人需转往自治区外定点医疗机构就医的。

2. 参保人在自治区外定点医疗机构住院诊治，出院后取得与住院治疗同一病种的门诊特殊慢性病待遇资格，因病情需要继续在当地门诊治疗。

本地转出流程：参保人到具备办理转往自治区外就医转诊转院手续资格的定点医疗机构专科就诊，专科医师经评估认为符合转诊条件的，填写《广西基本医疗保险转统筹地区外就医证明》（附件2），医保科在医保信息平台门慢转诊模块登记转往的定点医疗机构名称、病种、开始时间并上传证明材料，经自治区医保中心审核通过后，参保人方可在就医地享受为期一年的门诊特殊慢性病待遇。

次年参保人仍需继续在当地治疗的，凭转往的就医地定点医疗机构出具的继续治疗意见及病历资料，通过医保网上服务大厅或医保服务窗口重新办理门诊特殊慢性病转诊手续。

四、其他事项

（一）定点医疗机构应为参保人提供合理的门诊特殊慢性病诊疗服务，真实记录病情，按照有关规定开具处方，参保人员同时患有多个门诊特殊慢性病病种的，定点医疗机构应将不同病种的治疗费用分开结算，为参保人员提供高效、便捷的结算服务。

（二）全区范围内门诊特殊慢性病待遇资格互认，自治区内参保人员跨统筹地区转移医保关系或参保险种变更，原参保地办理的门诊特殊慢性病待遇资格继续有效，可继续享受门诊特殊慢性病待遇，无需重新办理。

（三）各定点医药机构要充分利用门户网站、APP、媒体、电子宣传屏幕等渠道，开展门诊特殊慢性病的待遇政策、资格办理、结算方式等宣传，让参保人员知政策、会办理、懂结算。

- 附件：1. 《广西基本医疗保险门诊特殊慢性病申报表》
2. 《广西基本医疗保险转统筹地区外就医证明》

广西壮族自治区医疗保障事业管理中心

2022年6月20日

附件 1

广西基本医疗保险门诊特殊慢性病申报表

申报医疗机构名称：_____ 医院

姓名		性别		年龄		联系电话	
参保地	<input type="checkbox"/> 自治区本级 <input type="checkbox"/> _____ 市 _____ 县（市/区）			身份证号码			
险种	<input type="checkbox"/> 城镇职工（ <input type="checkbox"/> 在职、 <input type="checkbox"/> 退休）			<input type="checkbox"/> 城乡居民			
慢性 病 病 种 （ 每 份 申 报 表 勾 选 一 个 病 种）	<input type="checkbox"/> M04600 冠心病	<input type="checkbox"/> M04300 慢性充血性心衰	<input type="checkbox"/> M03900 高血压（高危组）				
	<input type="checkbox"/> M01600 糖尿病	<input type="checkbox"/> M02301 帕金森氏综合征	<input type="checkbox"/> M04803 脑血管病后遗症期				
	<input type="checkbox"/> M07700 肾病综合征	<input type="checkbox"/> M07101 系统性红斑狼疮	<input type="checkbox"/> M00210 慢性肝炎治疗巩固期				
	<input type="checkbox"/> M06200 肝硬化	<input type="checkbox"/> M04100 肺源性心脏病	<input type="checkbox"/> M01701 甲状腺功能减退症				
	<input type="checkbox"/> M04401 心房颤动	<input type="checkbox"/> M03802 风湿性心脏病	<input type="checkbox"/> M01103 重型和中间型地中海贫血				
	<input type="checkbox"/> M02500 癫痫	<input type="checkbox"/> M07200 强直性脊柱炎	<input type="checkbox"/> M01702 甲状腺功能亢进症				
	<input type="checkbox"/> M06700 银屑病	<input type="checkbox"/> M03200 重症肌无力	<input type="checkbox"/> M07800 慢性肾功能不全（非肾透析）				
	<input type="checkbox"/> M02601 脑瘫	<input type="checkbox"/> M00101 耐药性结核病	<input type="checkbox"/> M01501 原发性免疫性血小板减少症				
	<input type="checkbox"/> M07801 肾透析	<input type="checkbox"/> M00111 结核（活动期）	<input type="checkbox"/> M00500 恶性肿瘤门诊治疗				
	<input type="checkbox"/> M01200 血友病	<input type="checkbox"/> M02202 抑郁症（限重度）	<input type="checkbox"/> M05300 慢性阻塞性肺疾病				
	<input type="checkbox"/> M04000 肺动脉高压	<input type="checkbox"/> M02400 阿尔茨海默病	<input type="checkbox"/> M08300 器官移植抗排斥治疗				
	<input type="checkbox"/> M00300 艾滋病	<input type="checkbox"/> M06900 类风湿关节炎	<input type="checkbox"/> M01102 再生障碍性贫血				
	<input type="checkbox"/> M05400 支气管哮喘 （限中度及以上）	<input type="checkbox"/> M02109 严重精神障碍 （含：精神分裂症、偏执性精神障碍、分裂情感性障碍、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）					
	以下病种仅限居民申报： <input type="checkbox"/> M03913 高血压（非高危组）						
本人承诺所提交的材料真实合法，如有虚假，承担相关责任。							
						承诺人：	
						年	月
						日	
临床医师意见：							
经治医师：				主任（副）医师：			
年				年			
月				月			
日				日			
申报定点医疗机构意见：							
						（盖章）	
						年	月
						日	

说明：每张申报表只可填写一个病种，申报多个不同病种须分别提供不同病种的申报材料并填写相应申报表。

附件 2

广西基本医疗保险转统筹地区外就医证明

姓 名		险 种	<input type="checkbox"/> 城镇职工（ <input type="checkbox"/> 在职、 <input type="checkbox"/> 退休） <input type="checkbox"/> 城乡居民
身份证号码			
参 保 地	<input type="checkbox"/> 自治区本级 <input type="checkbox"/> _____市_____县（市/区）		
联系电话 1		联系电话 2	
就医类别	<input type="checkbox"/> 住院转诊 <input type="checkbox"/> 门慢转诊		
转 往 省 （市/区）		地 区 （市/州）	
转往医疗机构名称			
临床诊断/门诊特殊慢性病病种			
转出医疗机构病情介绍及转院理由： 经治医师：_____年 月 日 主任（副）医师：_____年 月 日			
转出定点医疗机构医保科意见： <div style="text-align: right;">（盖章）</div> 经办人：_____年 月 日			
温馨提示： <ol style="list-style-type: none"> 1. 本表一式两联，由转出定点医疗机构填写。 2. 转诊人员应当从定点医疗机构出具转诊证明之日起，5个工作日内到转出定点医疗机构医保科、网厅或参保地医疗保险经办机构办理转诊备案手续，逾期需重新出具证明。 3. 转诊治疗从转出定点医疗机构医保科或参保地医疗保险经办机构办理转院备案之日起，住院转诊3个月内有效，门慢转诊1年内有效。如治疗超过备案有效期的，凭医疗机构继续治疗的相关病历资料，到转出定点医疗机构医保科、网厅或参保地医疗保险经办机构重新办理转诊备案。 			

公开方式：主动公开

广西壮族自治区医疗保障事业管理中心

2022年6月20日印发
