

淮南市医疗保障局文件

淮医保发〔2024〕7号

关于加强全市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病及普通门诊统筹诊疗行为监督管理的通知

各县区医保部门，机关各科室、直属各单位，全市定点医药机构：

为规范我市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病（以下简称“门诊慢特病”）及普通门诊统筹诊疗行为，强化基金监管，保障参保人员合法权益，切实维护医保基金安全有效运行，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令 第735号）、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令 第2号）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令 第3号）以及省、市有关文件精神，结合我

市实际，现就加强全市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病及普通门诊统筹诊疗行为监督管理有关事项通知如下。

一、定点医药机构门诊诊疗用药的规范要求

（一）全市定点医疗机构及“双通道”定点零售药店须按照《安徽省定点医疗机构医疗保障服务协议》及《安徽省定点零售药店医疗保障服务协议》约定，严格核实门诊慢特病及普通门诊统筹就诊人员信息，校验参保人员的医保凭证，积极引导就诊参保人员使用人脸识别等手段进行医保登记结算，避免冒名就诊情况出现。如参保人员因特殊情况无法现场就诊购药的，需由其亲属携带其身份证明及病人相关材料为其办理医保结算，定点医药机构须认真核实代办人信息并做好相关记录，严厉打击欺诈骗保行为。

（二）门诊慢特病患者的诊疗需严格围绕鉴定通过的慢特病病种病情治疗需要开展诊疗和用药，且药品与诊疗、耗材均需符合医保政策支持范围。与鉴定通过的慢特病病种无关的药品、诊疗项目和医用耗材及辅助类滋补类的药品不得纳入门诊慢特病支付范围。

（三）医保医师应在接诊门诊患者时规范书写门诊病历或门诊电子病历，记录患者病情状况和检查化验结果，按规定开具处方或电子处方。门诊慢特病长期处方的处方量一般在1个月；对于病情稳定的门诊慢特病患者可适当延长处方量，最长不超过3个月。普通门诊统筹的处方量一般控制在7天内，开具的药品、

检查项目需与其当次就诊疾病治疗相关联。

（四）门诊慢特病需使用中医理疗的，须按照《淮南市基本医疗保险关于规范康复、理疗及中医适宜技术治疗基金使用管理暂行办法》（淮医保发〔2020〕52号）文件要求规范开展中医理疗，并按照文件要求做好理疗记录，理疗记录材料需妥善保管。

（五）定点医药机构须对门诊慢特病及普通门诊统筹的相关医保政策进行内部培训和广泛宣传，同时强化内部管理。

二、定点医药机构不得出现以下行为

（一）门诊慢特病

1.超病种范围诊疗。门诊慢特病患者的诊疗需严格围绕其申报的慢特病病种，根据其病种的病情治疗需要开展诊疗和用药，如超出其病种病情的治疗需要，则不允许按照门诊慢特病的待遇类型进行结算。

2.超剂量开药。我市门诊慢特病的治疗剂量一般为1个月，若病情稳定且用药固定的慢特病患者，可以延长至3个月，定点医药机构在对门诊慢特病患者诊疗过程中，不允许超剂量开展治疗。

3.违反医保限制范围开展诊疗。定点医药机构在开展诊疗服务过程中，需重点关注医保限制范围的诊疗，严格按照限制范围进行医保支付。

4.冒名使用医保凭证就诊购药。严格核实门诊慢特病就诊购药患者身份信息，避免门诊慢特病患者将自己的相关医保凭证借

给他人使用。一旦确定他人冒名使用门诊慢特病患者凭证的，需上报至医保行政管理部门，未上报或配合冒名者造成基金损失的，则属于违规违法行为。

5.通过非法渠道收购门诊慢特病患者的药品。

(二) 普通门诊统筹

1.超当次就诊疾病病情范围诊疗。门诊统筹患者的治疗需严格围绕其当次就诊疾病，根据其疾病的病情治疗需要开展诊疗和用药，如超出其病情的治疗需要，不允许按照门诊统筹的待遇类型进行结算。

2.超剂量开药。我市普通门诊治疗剂量一般为 7 天，定点医药机构在对普通门诊患者治疗过程中，不允许超剂量开展治疗。

3.违反医保限制范围开展诊疗。定点医药机构在开展诊疗服务过程中，需重点关注医保限制范围的诊疗，严格按照限制范围进行医保支付。

4.冒名使用医保凭证就诊购药。严格核实普通门诊就诊购药患者身份信息，避免普通门诊统筹患者将自己的有关医保凭证借给他人使用。一旦确定他人冒名使用普通门诊统筹患者凭证的，需上报至医保行政管理部门，未上报或配合冒名者造成基金损失的，则属于违规违法行为。

5.收集、滞留参保人员的医保凭证。

6.通过非法渠道收购普通门诊统筹患者的药品。

三、参保人员不得出现以下行为

（一）门诊慢特病

1. 门诊慢特病患者在治疗时需根据自己的慢特病病种病情需要接受治疗，对于明显超出自身病情治疗需要的应予以拒绝。

2. 门诊慢特病患者购药时应根据本人的实际需要购买一定剂量药品，一般购药的治疗剂量为 1 个月，若病情稳定且用药固定可延长至 3 个月的剂量。门诊慢特病患者应主动拒绝定点医药机构为其超剂量开药。

3. 门诊慢特病患者不得突破个人单个病种的年度限额进行诊疗购药。

4. 门诊慢特病患者不得将自己的就医凭证转借他人使用。一旦确定其将自己的就医凭证转借他人并造成医保基金损失的，将根据基金损失情况依法追究相关人员法律责任。

5. 门诊慢特病患者不得将通过门诊慢特病就诊渠道购买的药品出售或转赠他人。

（二）普通门诊统筹

1. 普通门诊统筹患者在治疗时需根据当次就诊病情需要接受治疗，对于明显超出自身病情治疗需要的应予以拒绝。

2. 普通门诊就医患者购药时应根据本人的实际需要购买一定剂量药品，普通门诊统筹治疗剂量一般为 7 天。普通门诊统筹患者应主动拒绝定点医药机构为其超剂量开药。

3. 普通门诊统筹患者不得将自己的就医凭证转借他人使用。一旦确定其将自己的就医凭证转借他人并造成医保基金损失的，

将根据基金损失情况依法追究相关人员法律责任。

4.普通门诊统筹患者不得将通过普通门诊统筹就诊渠道购买的药品出售或转赠他人。

四、各级医疗保障部门须强化管理责任

(一)市、县(区)医保部门要加强门诊慢特病及普通门诊统筹政策的宣传解释,提高政策知晓度。市、县(区)医保部门须加强门诊慢特病及普通门诊统筹管理内控制度建设,完善病种认定、待遇支付、费用结算、申诉处理等管理措施,加强对定点医药机构、医保医师的监督管理(其中,市医保中心负责监督管理市辖四区所有定点医药机构门诊慢特病诊疗行为、二级及以上定点医疗机构及门诊统筹定点药店的普通门诊统筹诊疗行为,以及对市辖四区所有定点医疗机构医保医师的监督管理;市辖四区医保局负责对其辖区内一级及以下定点医疗机构普通门诊统筹诊疗行为的监督管理;寿县、凤台县、潘集区、毛集实验区医保部门负责对其辖区内所有定点医药机构门诊慢特病、普通门诊统筹诊疗行为以及医保医师的监督管理)。优化经办服务管理体系,确保业务经办的规范有序和优质高效。

(二)市、县(区)医保经办机构根据《安徽省定点医疗机构医疗保障服务协议》和《安徽省定点零售药店医疗保障服务协议》负责对定点医药机构进行协议管理,强化对两定医药机构的日常管理和年度考核。

(三)市、县(区)医保经办机构要强化医保门诊医疗保障

基金审核工作，充分利用智能监管系统对门诊医疗保障基金使用情况进行全覆盖审核，并根据实际情况开展门诊医疗保障基金专项稽核，将审核和稽核发现线索及处理情况及时上报各级医保行政监管部门。对新增定点医药机构，要加强日常指导和检查，守好基金支付第一道关口。

（四）市、县（区）基金监管部门要将定点医药机构门诊医疗保障基金使用情况列为医保基金监督检查常规内容，建立完善投诉举报制度，通过现场抽查、突击检查等方式，常态化开展定点医药机构门诊医疗保障基金安全的监督检查，严肃查处定点医药机构违法违规使用门诊医疗保障基金的行为。对违反有关法律法规的机构和个人，依法依规严肃处理。

（五）市、县（区）医保经办机构每半年针对发生较大门诊医疗费用的门诊慢特病患者开展专项监测至少 1 次；针对享受门诊慢特病待遇后，一年内未发生对应病种门诊医疗费用的门诊慢特病患者进行待遇清理，取消其门诊慢特病待遇享受资格，进一步保障基金安全。

五、对机构或个人医保门诊就诊违规行为严肃处理

各级医保部门要对医保领域发现的违规行为，依照《医疗保障基金使用监督管理条例》、《安徽省定点医疗机构服务协议》、《安徽省定点零售药店医疗保障服务协议》等从快从严实施处理，做到不掩饰、不回避、不推诿、不护短。

对违规问题涉嫌违反其他行政法规的，及时移交相关行政部

门查处;对涉及公立医疗机构和公职人员的,及时将有关线索移交纪检监察部门;对定点医药机构违法违规问题涉嫌犯罪的,及时移送公安机关查处;对医保医师涉及医保、医疗领域违法违规问题,按照《淮南市医疗保障协议医师管理办法》和《淮南市医疗保障协议医师管理实施细则》处理,对涉嫌犯罪的,及时移送公安机关查处;对参保人员个人涉及骗取统筹基金的,按照《医疗保障基金使用监督管理条例》依法暂停其医保联网结算资格,对涉嫌犯罪的,及时移送公安机关查处。

2024年6月12日



淮南市医疗保障局办公室

2024年6月12日印发