六安市医疗保障局文件

六医保秘〔2025〕23号

关于印发《六安市基本医疗保险门诊慢特病管理办法》的通知

各县区医保局，局各科室、市医保中心：

现将《六安市基本医疗保险门诊慢特病管理办法》印发给你们，请认真贯彻落实。

六安市医疗保障局

2025年7月10日

六安市基本医疗保险门诊慢特病管理办法

第一章　总　则

第一条　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）管理，保障参保人员门诊慢特病医疗需求，切实减轻患者门诊医疗费用负担，引导参保人员合理选择门诊治疗，提高医疗保险基金使用效率，根据《安徽省基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理办法（试行）》（皖医保秘〔2020〕132号）等规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条　本办法适用于本市行政区域内城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）、城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）参保人员的门诊慢特病管理和待遇支付。

第二章　病种认定

第三条　享受门诊慢特病待遇的病种、认定标准，严格按照安徽省医疗保障局发布的门诊慢特病目录和认定标准等相关规定执行。市医保局根据疾病谱变化、参保人员医疗需求以及医保基金收支情况，适时向省医保局提出病种调整意见。

第四条　申请门诊慢特病待遇按下列程序办理:

（一）申请。参保人员向参保地医保经办机构提出申请，提交《六安市基本医疗保险门诊慢特病申请表》，提供与申请病种相关、病种认定标准要求的疾病诊断、病历、检查检验报告单、处方及医疗发票等必要材料。参保人员也可以通过医保网上服务

平台申请并提交相关材料。

（二）认定。医保经办机构应组织临床专家对参保人员申请的门诊慢特病待遇进行认定，并在20个工作日内完成认定。开展门诊慢特病待遇认定的专家原则上应具有副高级及以上专业技术职称。临床专家应以疾病诊断、特征性检查检验结果等材料为依据，根据认定标准和疾病治疗需要客观公正提出认定意见，由医保经办机构审核确认。对因原始病历缺失，或因药物控制导致指标未达认定标准的，可以综合考虑连续用药、诊疗经过及疾病转归等因素认定。认定工作坚持客观公正、实事求是原则，主动接受相关部门的监督。门诊慢特病资格认定由市医保经办机构统一确定慢特病鉴定专家库，2026年起各级医保经办机构全面实行线上鉴定模式。

（三）结果查询。参保人员可以通过医保网上服务平台查询认定结果。通过认定的，自申请之日起享受门诊慢特病待遇。

慢特病“免申即享”“即申即享”工作，按照省有关规定执行。

第三章　保障待遇

第五条　门诊慢特病发生的与病种治疗相关、符合医保政策规定的药品、诊疗项目和医用耗材等费用，纳入医保基金支付范围。与病种治疗无关的药品、诊疗项目和医用耗材等费用，医保基金不予支付。慢性肾衰竭门诊透析治疗时使用的相关医用耗材、乙类药品和诊疗项目不计算个人先付费用。

第六条　参保人员在定点医药机构发生符合规定的门诊慢

特病医药费用，按下列规定享受待遇:

（一）起付标准。1.申报透析单个病种，不设起付线。2.申报高血压、糖尿病单个病种，年度起付标准分别为200元。3.同时申报两个及以上病种的，年度只收一次起付线，起付线标准为500元（累计计算，两个及以上病种为高血压、糖尿病、透析时，起付标准为200元）。

（二）支付比例。按病种和险种设定支付比例（详见附件）。

（三）支付限额。按病种设定医保基金年度支付限额（详见附件），并纳入医保基金年度支付限额管理。同时患多种慢特病的，以支付限额最高的为基数，每增加一个病种，按照增加病种限额的50%增加支付额度，年度内新增病种的，按新增病种限额的50%增加支付额度。多个门诊慢性病病种之间经核定的支付额度共用，但门诊慢性病和门诊特殊病病种之间年度支付限额不共用。申请享受门诊慢特病待遇不满12个月的，按实际享受待遇月数计算确定起付线和支付限额。

参保人员因所患慢特病病情变化住院治疗的，不重复享受住院和门诊慢特病待遇，住院期间电子处方流转到“双通道”药店的药品费用，参照当次住院支付政策，并免除起付线。对病情稳定适宜门诊治疗的，定点医疗机构不得无指征或低指征收治住院。参保人员异地门诊慢特病待遇按照相关规定执行。

第七条 对未达到慢性病鉴定标准的高血压、糖尿病（以下简称“两病”）参保居民，按照《六安市城乡居民高血压糖尿病门

诊用药保障机制实施细则》（六医保秘〔2019〕72号）等有关规定执行。高血压、糖尿病慢特病待遇与“两病”门诊用药保障不重复享受。

第八条 参保人员门诊慢特病医疗费用经基本医疗保险支付后，个人负担的政策范围内费用按规定纳入大病保险、医疗救助等保障范围。

第四章 服务管理

第九条 门诊慢特病实行协议管理，直接联网结算。参保人员可在市内各级承担门诊慢特病服务的协议定点医疗机构直接联网结算。门诊慢特病患者在市内指定的协议定点零售药店购买纳入“双通道”管理的药品时，应按“双通道”规定备案，所发生的购药费用按流出处方的“双通道”定点医疗机构门诊慢特病医保支付标准执行，纳入病种年度支付限额。市外协议定点医疗机构发生的门诊慢特病费用，按照异地就医结算管理规定执行。

第十条 建立慢特病退出机制，根据疾病治疗情况，门诊慢特病待遇期满需继续门诊治疗的，应在待遇享受期满前1个月内向参保地医保经办机构提出复审申请，并提供近1年来连续治疗的佐证材料。待遇享受期满未申请复审的或经专家审核无需继续门诊治疗的，停止享受门诊慢特病待遇。

第十一条 参保人员在门诊慢特病待遇享受期内，因参保类型发生变化或在安徽省内变更参保统筹区的，可申请办理慢特病待遇变更手续。变更后，按新参保类型享受剩余月份的门诊慢特

病待遇。

第十二条 参保人员伪造医学文书等相关资料申请门诊慢特病的、在待遇享受期内违规使用医保基金的，按相关法律法规规定处理。

第十三条 医保医师应遵循《处方管理办法》及《长期处方管理规范（试行）》规定开具处方，处方药量原则上不超过1个月，对病情和治疗方案基本稳定的高血压、糖尿病等疾病，经评估可以实施用药长期处方管理的，一次可以开具3个月以内药量。

第十四条 定点医药机构及其医保医师应严格执行医保政策，认真履行医保服务协议，完善内部管理制度，落实国家医保编码标准，完整准确上传门诊慢特病医药费用相关数据（包括病种名称、药品名称、医保编码、最小剂量单位、规格、数量、用法、使用天数、开具时间、金额等），遵循用药和诊疗规范，加强静脉注射针剂管理，严禁超剂量和超诊疗范围开具处方、不合理转方、年底冲顶开药等违规行为。

第十五条 医保经办机构应加强协议管理，细化门诊慢特病协议管理内容和违约责任。完善医保信息系统，规范慢特病病种名称、临床（疾病）诊断名称、治疗方式、待遇享受期等信息，逐步实现药品、药量使用提示和预警功能。常态化开展药品使用量监控分析，加强基金使用日常审核。对超量开药和超限定范围用药的，医保统筹基金不予支付。

第十六条 探索推进门诊慢特病支付方式改革，实施部分慢

特病病种定点服务管理，做实慢特病精细化管理，强化药品供应保障，提高医保基金使用效率。

第五章　附　则

第十七条　本办法自2025年9月1日起施行。原《六安市基本医疗保险门诊慢特病管理办法（试行）》（六医保秘〔2021〕80号）同时废止，凡以前相关规定与本办法不一致的，以本办法为准。本办法由市医疗保障局负责解释，国家和省医疗保障部门出台新规定的从其规定。

附件：六安市基本医疗保险门诊慢特病病种目录及年度支付限额

附件

六安市基本医疗保险门诊慢特病病种目录及年度支付限额

序号	病种编码	疾病名称	疾病类型	支付比例		年度支付限额（元）		享受期限
				职工	居民	职工	居民	
1	M03900	高血压	门诊慢性病	85%	60%	3660	2580	长期
2	M04600	冠心病	门诊慢性病	85%	60%	2980	2100	长期
3	M04300	心功能不全	门诊慢性病	85%	60%	2550	1800	长期
4	M05300	慢性阻塞性肺疾病	门诊慢性病	85%	60%	5530	3900	长期
5	M05400	支气管哮喘	门诊慢性病	85%	60%	2300	1620	长期
6	M06501	溃疡性结肠炎	门诊慢性病	85%	60%	9780	6900	长期
7	M06000	克罗恩病	门诊慢性病	85%	60%	14900	10500	长期
8	M06201	肝硬化	门诊慢性病	85%	60%	5530	3900	长期
9	M00402	晚期血吸虫病	门诊慢性病	85%	60%	1700	1200	长期
10	M06100	自身免疫性肝病	门诊慢性病	85%	60%	12400	8700	长期
11	M07807	慢性肾脏病	门诊慢性病	85%	60%	8080	5700	长期
12	M07700	肾病综合征	门诊慢性病	85%	60%	7230	5100	长期
13	M01600	糖尿病	门诊慢性病	85%	60%	5780	4080	长期
14	M01702	甲状腺功能亢进症	门诊慢性病	85%	60%	2130	1500	长期
15	M01701	甲状腺功能减退	门诊慢性病	85%	60%	2130	1500	长期
16	M04800	脑卒中	门诊慢性病	85%	60%	3830	2700	长期
17	M02500	癫痫	门诊慢性病	85%	60%	3400	2400	长期
18	M02300	帕金森综合征	门诊慢性病	85%	60%	3400	2400	长期

序号	病种编码	疾病名称	疾病类型	支付比例		年度支付限额（元）		享受期限
				职工	居民	职工	居民	
19	M02400	阿尔茨海默病（老年痴呆）	门诊慢性病	85%	60%	3400	2400	长期
20	M01904	肝豆状核变性	门诊慢性病	85%	60%	12400	8700	长期
21	M03200	重症肌无力	门诊慢性病	85%	60%	2640	1860	长期
22	M02800	肌萎缩侧索硬化症	门诊慢性病	85%	60%	16600	11700	长期
23	M02900	多发性硬化	门诊慢性病	85%	60%	17500	12300	长期
24	M03600	青光眼	门诊慢性病	85%	60%	4250	3000	长期
25	M03701	黄斑性眼病	门诊慢性病	85%	60%	25100	17700	长期
26	M06700	银屑病	门诊慢性病	85%	60%	17500	12300	长期
27	M10500	白癜风	门诊慢性病	85%	60%	2640	1860	2 年
28	M11801	重度特应性皮炎	门诊慢性病	85%	60%	16600	11700	长期
29	M02000	精神障碍	门诊慢性病	85%	60%	5530	3900	长期
30	M00201	慢性乙型肝炎	门诊慢性病	85%	60%	16600	11700	2 年
31	M00203	慢性丙型肝炎（非 1b 型）	门诊慢性病	85%	60%	10700	7500	6 个月
	M00204	慢性丙型肝炎（1b 型及未分型）	门诊慢性病	85%	60%	5100	3600	6 个月
32	M00100	结核病	门诊慢性病	85%	60%	1700	1200	2 年
	M00101	耐药性结核病	门诊慢性病	85%	60%	50600	35700	3 年
33	M00300	艾滋病	门诊慢性病	85%	60%	7650	5400	长期
34	M06900	类风湿性关节炎	门诊慢性病	85%	60%	12400	8700	长期
35	M07200	强直性脊柱炎	门诊慢性病	85%	60%	14900	10500	长期
36	M07101	系统性红斑狼疮	门诊慢性病	85%	60%	16600	11700	长期
37	M07107	白塞氏病	门诊慢性病	85%	60%	3400	2400	长期

序号	病种编码	疾病名称	疾病类型	支付比例		年度支付限额（元）		享受期限
				职工	居民	职工	居民	
38	M07105	系统性硬化症	门诊慢性病	85%	60%	2980	2100	长期
39	M07106	干燥综合征	门诊慢性病	85%	60%	3830	2700	长期
40	M07103	多发性肌炎	门诊慢性病	85%	60%	3830	2700	长期
41	M07104	皮肌炎	门诊慢性病	85%	60%	3830	2700	长期
42	M05003	结节性多动脉炎	门诊慢性病	85%	60%	3830	2700	长期
43	M02601	脑瘫	门诊慢性病	/	60%	/	2100	2 年
44	M01301	特发性血小板减少性紫癜	门诊慢性病	85%	60%	4250	3000	长期
45	M01102	再生障碍性贫血	门诊慢性病	85%	60%	20000	14100	长期
46	M03714	严重性春季角结膜炎	门诊慢性病	85%	60%	2000	1800	长期
47	M01200	血友病	门诊慢性病	85%	60%	29400	20700	长期
	M01213	血友病重型	门诊特殊病	比照住院	比照住院	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
48	M11807	慢性荨麻疹（普通型）	门诊慢性病	85%	60%	2000	1800	长期
	M11808	慢性荨麻疹（难治型）	门诊特殊病	比照住院	比照住院	27000	24000	长期
49	M04000	肺动脉高压	门诊特殊病	比照住院	比照住院	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
50	M05601	特发性肺纤维化	门诊特殊病	比照住院	比照住院	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
51	M07801	透析	门诊特殊病	95%	85%	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
52	M01908	肢端肥大症	门诊特殊病	比照住院	比照住院	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
53	M05000	ANCA 相关血管炎	门诊特殊病	比照住院	比照住院	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
54	M01505	先天性免疫蛋白缺乏症	门诊特殊病	比照住院	比照住院	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
55	M01902	生长激素缺乏症	门诊特殊病	/	比照住院	/	基本医疗封顶线	2 年
56	M08202	普拉德-威利综合征	门诊特殊病	比照住院	比照住院	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期

序号	病种编码	疾病名称	疾病类型	支付比例		年度支付限额（元）		享受期限
				职工	居民	职工	居民	
57	M01903	尼曼匹克病	门诊特殊病	比照住院	比照住院	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
58	M08404	心脏瓣膜置换术后	门诊特殊病	比照住院	比照住院	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
59	M08403	血管支架植入术后	门诊特殊病	比照住院	比照住院	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
60	M08401	心脏冠脉搭桥术后	门诊特殊病	比照住院	比照住院	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
61	M08300	器官移植术后	门诊特殊病	95%	85%	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
	M08301	肾移植抗排异治疗	门诊特殊病	95%	85%	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
	M08302	骨髓移植抗排异治疗	门诊特殊病	95%	85%	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
	M08303	心移植抗排异治疗	门诊特殊病	95%	85%	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
	M08304	肝移植抗排异治疗	门诊特殊病	95%	85%	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
	M08305	肺移植抗排异治疗	门诊特殊病	95%	85%	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
	M08306	肝肾移植抗排异治疗	门诊特殊病	95%	85%	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
62	M00902	骨髓增生异常综合征	门诊特殊病	比照住院	比照住院	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
63	M00906	骨髓增生性疾病	门诊特殊病	比照住院	比照住院	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
64	M00800	白血病	门诊特殊病	比照住院	比照住院	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
65	M00500	恶性肿瘤	门诊特殊病	比照住院	比照住院	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
66	M90250	法布雷病	门诊特殊病	比照住院	比照住院	256000	224000	长期
67	M04207	甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病	门诊特殊病	比照住院	比照住院	164000	144000	长期
68	M03118	亨廷顿舞蹈症	门诊特殊病	比照住院	比照住院	32000	28000	长期
69	M03117	视神经脊髓炎	门诊特殊病	比照住院	比照住院	32000	28000	长期
70	M02702	脊髓延髓肌萎缩症（肯尼迪病）	门诊特殊病	比照住院	比照住院	32000	28000	长期
71	M90270	遗传性血管性水肿	门诊特殊病	比照住院	比照住院	24000	21000	长期

序号	病种编码	疾病名称	疾病类型	支付比例		年度支付限额（元）		享受期限
				职工	居民	职工	居民	
72	M03300	进行性肌营养不良症	门诊特殊病	比照住院	比照住院	7000	6000	长期
73	M90258	脊髓性肌萎缩症	门诊特殊病	比照住院	比照住院	128000	112000	长期
74	M01103	β-地中海贫血	门诊特殊病	比照住院	比照住院	115000	100000	长期
75	M01911	戈谢病	门诊特殊病	比照住院	比照住院	基本医疗封顶线	基本医疗封顶线	长期
76	M01106	阵发性睡眠性血红蛋白尿	门诊特殊病	比照住院	比照住院	48000	42000	长期
77	M90284	非典型溶血性尿毒症	门诊特殊病	比照住院	比照住院	24000	21000	长期
78	M90216	结节性硬化症	门诊特殊病	比照住院	比照住院	96000	84000	长期
79	M03136	发作性睡病	门诊特殊病	比照住院	比照住院	48000	42000	长期
80	M90236	低磷性佝偻病	门诊特殊病	比照住院	比照住院	40000	35000	长期
81	M12200	短肠综合征	门诊特殊病	比照住院	比照住院	13600	11900	长期
82	M05001	大动脉炎	门诊特殊病	比照住院	比照住院	72000	63000	长期
83	M05608	进行性纤维化性间质性肺疾病	门诊特殊病	比照住院	比照住院	32000	28000	长期

（注：实行公务员医疗补助的按公务员医疗补助政策执行。）

六安市医疗保障局　　2025年7月10日印发