



重庆市人力资源和社会保障局 关于加强医疗保险特殊疾病 管理有关问题的通知

渝人社发〔2015〕259号

各区县(自治县)人力资源和社会保障局,北部新区社会保障局,万盛经开区人力资源和社会保障局,成铁重庆社保部:

为进一步加强我市医疗保险特殊疾病管理,引导医疗机构合理检查、合理治疗和参保人员合理选择就医,确保医疗保险基金依法合规使用,根据市政府办公厅《关于印发重庆市城镇职工医疗保险市级统筹办法和重庆市城乡居民合作医疗保险市级统筹办法的通知》(渝办发〔2011〕293号)和市政府办公厅《关于推进公立医院综合改革及重点任务责任分工的通知》(渝府办发〔2015〕130号)等规定,现就有关问题通知如下:

一、特殊疾病门诊日常管理在坚持定病种、定治疗项目、定药品范围和定医疗机构“四定”原则的基础上,建立以参保人员个人为单位的管理制度。即为参保人员建立全面详实记录和反映其参保种类、缴费情况、特殊疾病病种、定点情况(医院、科室)、责任医生、近3个月的诊查治疗和用药明细等信息。



二、特殊疾病实行门诊定点就医。对患有恶性肿瘤的放疗、化疗和镇痛治疗；肾功能衰竭病人的透析治疗；肾脏、肝脏、心脏瓣膜、造血干细胞移植术后的抗排异治疗三类重大疾病的参保人员，可选择2所医院，其中1所三级医院，作为本人特殊疾病门诊定点医院。

其他特殊疾病门诊参保人员可选择不超过2所医院，二级和一级医院各1所，特殊情况可换1所三级医院，作为本人特殊疾病门诊定点医院；对患有3个以上病种的，可选择3所定点医院，其中1所三级医院。

三、定点医疗机构应严格按照《处方管理办法》规范用药，对特殊疾病患者，门诊开药应按以下规定执行：

（一）对每周定期治疗的患者，原则上每次处方剂量不超过15天，其余患者单张处方给药剂量不超过31天的实际用量。

（二）对到市内非居住地或到市外出差、临时居住、出国（出境）超过以上期限的，由主治医生根据其病情和用药情况提出适当延长处方给药剂量天数意见，经所在医疗机构医保办同意后，处方生效，并报协议管理的社会保险经办机构或人力社保局指定的机构备案。

（三）对每一最小分类下的同类药品不叠加使用，肌注和静脉用药按卫生计生部门有关规定执行。

（四）全年累计不得超过366天的量。



参保人员在多家医院开药的，医疗机构应核实其开药量后，再按照上述规定开药。

四、对职工医疗保险中恶性肿瘤的放疗、化疗和镇痛治疗；肾功能衰竭病人的透析治疗；肾脏、肝脏、心脏瓣膜、造血干细胞移植术后的抗排异治疗三类重大疾病，探索实行单病种结算等管理，年度累计统筹基金支付超过 37000 元以上，在统筹基金封顶线之内，且符合基本医疗保险报销的费用，由基本医疗保险基金按照职工大额医疗保险报销比例给予结算支付。

五、特殊疾病应按照原市劳动保障局《关于基本医疗保险市级统筹特殊疾病实行集中诊断的通知》（渝劳社办发〔2006〕27号）规定实行集中诊断，对下列情况，参保人员可不参加集中体检，按以下流程办理：

（一）对申报恶性肿瘤、结核病、精神病、器官移植抗排异治疗、肾功能衰竭病人的透析治疗的参保人员，由申报人（带上身份证及身份证复印件）或被委托人、监护人（带上申报人和被委托人身份证、申报人身份证复印件和委托书）携带申报人以下资料：《重庆市医疗保险特殊疾病申报表》、与申报病种相关的门诊病历原件、住院病历复印件（加盖医院专用章）、检查资料原件（或复印件加盖医院专用章），以及社会保障卡原件，到社会保险经办机构指定的（或相关文件明确的）具备相关鉴定资格的医院检查鉴定，原则上不作重复检查，检查鉴定结束，医院为申



报人出具《重庆市医疗保险特殊疾病诊断证明书》。

(二)社会保险经办机构受理审核《重庆市医疗保险特殊疾病申报表》、《重庆市医疗保险特殊疾病诊断证明书》，经核实为合格人员后，办理特病证。

(三)社会保险经办机构受理审核特病鉴定医院申报的合格人员，其检查发生的与特病相关的检查费用，核实后纳入特病门诊费用结算。

(四)恶性肿瘤鉴定医院暂定为重庆市肿瘤医院；结核病鉴定医院暂定为重庆市公共卫生医疗救治中心、中山医院；精神病鉴定医院暂定为重庆医科大学附属第一医院和重庆市精神卫生中心；器官移植抗排异治疗鉴定暂定为第三军医大学第二附属医院（新桥医院）；肾功能衰竭病人的透析治疗由各区县社会保险经办机构根据市内定点医疗机构所具备的资质和条件，以及方便参保人员鉴定原则，报请当地人力社保局按相关规定确认后，报市社会保险局备案。

其他具备鉴定恶性肿瘤、结核病、精神病资质的医疗机构，可由区县社会保险经办机构报请当地人力社保局按相关规定确认后，报市社会保险局备案。

六、各级社会保险经办机构应按照国家及我市医疗保险有关法律、法规及服务协议约定等，加强对特殊疾病门诊的管理。

(一)社会保险经办机构要按本通知要求完善医保服务协议



内容，加强对门诊住院率、月人均费用（检查、治疗、药品）指标的管理，重点对患者多点就医、多点用药、超量用药、重复叠加用药等方面进行监督。

（二）定点的医疗机构（包括定点特病药店，下同）应加强对医保特病患者的服务和管理，应按本通知建立完善相应的管理办法，明确责任领导、责任部门、责任人，加强对参保人员身份审核、对检查和用药情况核实；要按以参保人员个人为单位管理的要求为定点患者明确责任部门、责任医师（药师）；同时要切实完善其管理信息系统。

（三）负责为参保人员服务的医师（药师）要认真履行对其参保身份、检查和用药等情况的核实工作，不得重复检查、不得违反规定开药，一经发现，经社会保险经办机构和本单位核实后，对违反医保服务协议的，按协议约定处理；对涉嫌骗取医保基金的，按规定移送司法机关。

（四）参保人员要自觉遵守医疗保险的法律法规和规定，严格执行特殊疾病门诊日常管理“四定”原则，不得违反规定重复开药，更不得将用于本人治疗的医保药品倒卖给第三方，经查实一次，暂停其3个月通过社会保障卡结算，改由参保人员先全额结算，再按规定到参保地社会保险经办机构手工结算支付。

七、本通知从2016年1月1日起执行。

重庆市人力资源和社会保障局

2015年12月18日