

邢台市医疗保障局

关于优化我市基本医疗保险门诊慢特病 认定程序的有关通知

各县（市、区）医疗保障局，二级及以上定点医疗机构：

为进一步提升我市医疗保障服务水平，全面推行医疗保障领域“民生实事”落地，结合我市门诊慢特病网上申报实际运行情况，经研究，决定进一步优化我市基本医疗保险门诊慢特病认定程序，推行门诊慢特病“出院即认定”。具体通知如下：

一、统筹区内定点医疗机构就诊的参保患者

在统筹区内二级及以上定点医疗机构门诊就医、住院治疗的（包括城镇职工、城乡居民参保人员），符合门诊慢特病申报条件的参保患者，由所就诊医疗机构主动为其办理门诊慢特病申报，实现“出院即认定”。具体流程及注意事项如下：

1. 医疗机构主管医师或接诊医师为第一责任人，须对参保患者尽到告知义务，对符合慢特病条件的，就诊科室负责人对主管医师拟申报的病种及患者情况进行初筛后，报医保科办理申报。

2. 就诊医疗机构医保科协助完成申报，并安排专人督办。对符合门诊慢特病申报条件的，要于出院前完成申报。就诊医疗机构具有认定资质的，要立即办结；就诊医疗机构不具有认定资质

的，也应尽到告知义务，并统筹协调办理，出院前完成申报。

3. 对于受理的院外网上申请资料，认定医疗机构须严格时限尽快完成审核。初审医师应在受理申报后 3 个工作日内完成初审认定，复审医师应在初审医师提交后 3 个工作日内完成复审认定。对不符合条件或需补充资料的，应在平台上明确告知。

二、统筹区外就医患者

在统筹区外定点医疗机构住院回参保地手工报销的参保患者，对符合慢特病条件的，由医保经办窗口工作人员为其办理门诊慢特病网上申报。具体流程及注意事项如下：

1. 对于回参保地手工报销的参保群众，医保经办大厅窗口接收其报销资料人员为第一责任人，对于符合慢特病资格的，窗口人员须尽到告知义务，主动询问是否办理或享受相关病种待遇，并协助其完成申报。

2. 对于到医保经办大厅咨询慢特病政策的办事群众，应按照“首问负责制”原则，主动介绍我市慢特病政策及申报流程，并协助其完成申报。

三、相关要求

1. 加强培训。各县（市、区）医保经办机构及各定点医疗机构要组织工作人员，认真学习我市门诊慢特病政策及申报流程，为参保群众提供最优质服务。

2. 建立制度。全市二级及以上定点医疗机构应结合具体情况，

制定合理的工作制度，确保符合条件的参保患者即时认定并享受待遇。医保部门应将医疗机构“出院即认定”工作开展情况纳入协议管理，并进行年终考核。接诊和认定医师纳入医保医师管理，对于未按要求尽到告知义务，未按时限及时审核认定的，每发现1例扣减医保医师1分。

3. 加强监管。认定医疗机构要严格执行认定标准，建立自查机制，严格准入条件；医保部门应定期抽查，严禁破格及违规办理，确保基金安全。

