

重庆市医疗保障局办公室文件

渝医保办〔2024〕82号

重庆市医疗保障局办公室 转发《国家医保局办公室 财政部办公厅关于 稳妥有序扩大跨省直接结算门诊慢特病 病种范围的通知》的通知

各区县（自治县）医疗保障局，两江新区社会保障局、高新区政务服务和社事务中心、万盛经开区人力社保局：

现将《国家医保局办公室 财政部办公厅关于稳妥有序扩大跨省直接结算门诊慢特病病种范围的通知》转发给你们，并结合我市实际，提出以下意见，请一并贯彻落实。

一、新增跨省直接结算的门诊慢特病病种名称和代码

参照国家医疗保障信息业务编码标准中门诊慢特病病种代

码及病种名称，本次新增的门诊慢特病扩围病种大类代码为：慢性阻塞性肺疾病（M05300）、类风湿关节炎（M06900）、冠心病（M04600）、病毒性肝炎（M00200）、强直性脊柱炎（M07200）。同时增加器官移植抗排异治疗大类代码 M08300，原细分代码 M08301—M08306 仍可使用。

我市门诊慢特病病种中慢性乙型肝炎（M00201）和慢性丙型肝炎（M00202）属于病毒性肝炎（M00200），我市同时患有上述两种门诊慢特病的参保人跨省直接结算时，参照慢性丙型肝炎享受待遇。

外省市参保人在我市定点医疗机构就医，医疗机构可通过挂号、就诊和结算环节调取参保患者门诊慢特病病种待遇认定信息，凡是参保地返回的病种信息符合全国统一的门诊慢特病病种名称和代码（见附件1），均可直接结算。我市有相应门诊慢特病病种限定支付范围的，执行就医地支付范围；没有相应门诊慢特病病种的，定点医疗机构及接诊医师要遵循相关病种诊疗规范及用药规定合理诊疗。

二、跨省直接结算的人群范围

已在我市完成相关病种门诊慢特病待遇资格认定（目前强直性脊柱炎不属于我市门诊慢特病病种范围），并按规定办理了跨省异地就医备案手续的人员。

三、跨省直接结算的医疗机构

已开通高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、

器官移植术后抗排异治疗门诊慢特病跨省直接结算的定点医疗机构，自动开通此次门诊慢特病扩围病种的跨省直接结算服务。定点医疗机构需按操作流程（见附件2）在两定系统中维护本机构可结算的门诊慢特病病种，经医保经办机构审核确认后再上传至国家平台。

其他需新增开通门慢特跨省直接结算服务的医疗机构，按照《关于做好我市2022年门诊慢特病跨省费用直接结算定点医疗机构扩面工作的通知》（渝医保办〔2022〕65号）的要求向医保经办机构申请。

四、执行时间

按国家医保局通知时间执行。

- 附件：1. 门诊慢特病跨省直接结算病种代码表
2. 门诊慢特病病种维护操作流程

重庆市医疗保障局办公室
2024年11月11日



（此件公开发布）

国家医保局办公室 财政部办公厅关于稳妥有序扩大跨省直接结算门诊慢特病病种范围的通知

医保办发〔2024〕19号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医保局、财政厅(局):

为贯彻落实2024年《政府工作报告》提出的落实和完善异地就医结算要求,在基本实现高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗等5种门诊慢特病费用跨省直接结算县域可及的基础上,决定新增5种门诊慢特病相关治疗费用纳入跨省直接结算范围。现将有关事项通知如下:

一、工作目标

落实和完善异地就医结算,巩固提升高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗5种门诊慢特病跨省直接结算服务。2024年底前,所有统筹地区作为就医地提供慢性阻塞性肺疾病、类风湿关节炎、冠心病、病毒性肝炎、强直性脊柱炎等5种门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算服务(以下简称门诊慢特病扩围病种),提升人民群众的获得感、幸福感和安全感。

二、进一步规范门诊慢特病费用跨省直接结算政策

(一)规范跨省直接结算门诊慢特病病种名称和代码应用。门诊慢特病跨省直接结算使用全国统一的门诊慢特病病种名称

和代码（见附件1）。为了兼容各地病种范围差异，参照国家医疗保障信息业务编码标准中门诊慢特病病种名称及病种代码，本次增加器官移植抗排异治疗大类代码（M08300），以及门诊慢特病扩围病种大类代码：慢性阻塞性肺疾病（M05300）、类风湿关节炎（M06900）、冠心病（M04600）、病毒性肝类（M00200）、强直性脊柱类（M07200）。

（二）执行就医地目录、参保地政策和就医地管理。门诊慢特病相关治疗费用跨省直接结算时，使用全国统一的门诊慢特病病种代码及病种名称进行结算，执行就医地的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围），执行参保地的医疗保障基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关规定。

参保地有相应门诊慢特病待遇的，支持参保人员享受门诊慢特病跨省直接结算服务，并合理确定跨省就医差异化结算报销政策，确保基金安全可持续；没有相应门诊慢特病待遇的，按规定做好普通门诊费用跨省直接结算工作。就医地有相应门诊慢特病病种限定支付范围的，执行就医地支付范围；没有相应门诊慢特病病种的，定点医疗机构及接诊医师要遵循相关病种诊疗规范及用药规定合理诊疗。参保人员同时享受多个门诊慢特病待遇的，由参保地根据本地规定确定待遇计算规则。

三、进一步规范就医结算流程

（一）门诊慢特病病种待遇认定。参保人员按规定向参保地

医保经办机构提交门诊慢特病病种待遇认定申请。参保地医保经办机构应加强病种待遇认定管理，严格按照相关规定与要求做好审核认定工作，并将认定结果及时告知申请人。

（二）门诊慢特病待遇资格识别。就医地定点医疗机构可在挂号、就诊和结算环节调取参保患者门诊慢特病病种待遇认定信息，方便提供相关诊疗和结算服务。有条件的定点医疗机构可在线上预约挂号时，提前做好异地参保人员身份和门诊慢特病待遇资格的识别。属于全国统一跨省直接结算的门诊慢特病病种，参保地按要求传输统一的跨省直接结算门诊慢特病病种代码。

（三）结算病种代码和名称互认。参保地要做好本地门诊慢特病病种代码映射，按照全国统一的跨省直接结算的病种代码实现结算系统准确传输。就医地要及时做好病种代码与病种名称对应工作，方便定点医疗机构准确获取相关信息。

（四）分病种单独结算。定点医疗机构在为具备门诊慢特病待遇资格的异地参保人员提供跨省直接结算服务时，应专病专治，合理用药，将门诊慢特病相关治疗费用分病种单独结算。就医地按照本地支付范围和规定对每条费用明细进行费用分割后，连同参保人员门诊慢特病病种代码传输给参保地。参保地按规定计算参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传至就医地定点医疗机构。同时发生的与门诊慢特病治疗无关的其他医疗费用按普通门诊费用分开结算。尚未开展跨省直接结算的门诊慢特病费用应指导参保人员全额现金结算后回参保地手工

报销。有条件的定点医疗机构结算成功后在票据、清单等凭证上显示结算医疗费用类别（普通门诊、门诊慢特病或自费）。

（五）退费需求妥善处理。异地参保人员有门诊慢特病待遇的，在门诊挂号和就诊结算时应主动告知定点医疗机构。就医地医疗机构要加强内部流程优化，及时调取参保人员门诊慢特病结算资格，减少退费情况的发生。门诊慢特病费用按照普通门诊统筹待遇结算的，定点医疗机构核实相关情况后，应协助为参保人员退费后重新按照门诊慢特病结算；符合参保地政策规定的，参保人员也可到参保地医保经办机构进行手工（零星）报销。

四、进一步提升管理服务效能

（一）做好参保地服务。跨省异地长期居住或跨省临时外出就医的参保人员办理异地就医备案后可以享受门诊慢特病跨省异地就医直接结算服务。参保地经办机构需将本地所有门诊慢特病病种待遇认定信息及时上传国家医保局信息平台，方便参保人员在国家医保服务平台 APP 查询。按全国统一《门诊慢特病跨省异地就医结算政策及流程告知书（模版）》（见附件 2）的要求，聚焦参保群众共性问题，进一步完善本地告知事项。鼓励有条件的参保地为参保患者提供门诊慢特病费用结算线上查询渠道，聚焦参保人员关注信息，提供医疗费用报销起付线、统筹基金支付金额、个人自付和个人自费等报销明细信息。

（二）强化就医地管理。就医地要完善定点医疗机构医保协议，指导就医地定点医疗机构做好宣传引导和门诊慢特病相关治

疗费用跨省直接结算服务。就医地经办机构要落实管理责任，将异地就医纳入本地同质化管理，加强日常审核，将异地就医医疗费用纳入本地智能审核和核查检查，规范诊疗行为。省级医保部门要强化监督指导，及时跟踪监测跨省异地就医费用审核扣款情况。

（三）提高跨省协同响应效率。各地应明确专人负责跨省业务协同工作，地方医保部门要及时将定点医疗机构和参保人员反映的问题通过国家跨省异地就医管理子系统业务协同管理模块点对点发起问题协同，也可通过省级异地结算联络员进行跨省协调。问题协同地应按要求及时响应，加强沟通，切实提升问题响应效率。

（四）加强门诊慢特病业务全过程监管。各地对门诊慢特病申请受理、待遇认定、用药、检查、治疗等情况，开展智能审核和监控，随机抽查、专项检查，对于发现的违规违法行为严肃处理。对在门诊慢特病病种待遇认定过程中，以徇私舞弊、伪造病历等行为将不符合门诊慢特病标准的患者资格认定通过的，一经发现，立即终止相关患者门诊慢特病待遇。属于医疗机构责任的，暂停或取消该医疗机构门诊慢特病定点资格。造成医保基金损失的，追回医保基金，按有关规定进行行政处罚。涉嫌犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

五、进一步扩大服务覆盖范围

（一）扩大门诊慢特病跨省联网定点医疗机构范围。各地要

指导本地定点医疗机构完成医保疾病诊断、医保药品、医疗服务项目、医用耗材、门诊慢特病病种等医疗保障业务编码贯标，优先选取诊疗水平高、管理规范定点医疗机构提供门诊慢特病跨省直接结算服务，及时准确上传定点医疗机构信息和开通的门诊慢特病病种信息。

（二）做好扩围病种相关系统改造和联调测试工作。各地应做好全国统一的医保信息平台落地应用工作，并按照《跨省异地就医管理子系统接口规范（V2.1）》的要求，做好本地门诊慢特病病种代码比对和兼容工作，完成医保经办机构和定点医疗机构信息系统升级改造和联调测试，确保12月底前全国统一切换上线门诊慢特病扩围病种的跨省直接结算服务。各省需进一步规范信息系统报错提示信息，准确描述错误原因，做到简明扼要、通俗易懂；停机维护期间，需在系统接口中返回停机信息，便于参保人员和联网定点医疗机构及时了解相关信息。

六、工作要求

（一）加强组织领导。落实和完善异地就医结算是今年《政府工作报告》提出的重要任务之一，门诊慢特病跨省直接结算病种扩围是今年医疗保障领域推动“高效办成一件事”重点事项之一。各省医保部门务必高度重视，坚持“一把手”亲自抓，层层分解，压实责任，将此项工作抓紧、抓实、抓细，不折不扣地完成扩围任务。

（二）注重系统协同。各省医保部门要强化本省政策、管理

和信息化工作协同，加强省际间或区域内工作配合，建立异地就医结算联络员机制，及时解决群众异地就医结算问题。在做好门诊慢特病跨省直接结算的同时，全力推进省内门诊慢特病直接结算服务。

（三）做好宣传培训。各地医保部门要加强对定点医疗机构的宣传培训，全面解读门诊慢特病跨省直接结算政策、管理流程，指导跨省联网定点医疗机构做好院内系统改造和人员培训。利用网络、报刊、电视、广播等媒体，做好对外政策宣传解读，及时回应群众关切，合理引导社会预期。

- 附件：1. 门诊慢特病跨省直接结算病种代码表（略）
2. 门诊慢特病跨省异地就医结算政策及流程告知书
（模板）（略）

国家医保局办公室

财政部办公厅

2024年9月5日

（主动公开）

附件 1

门诊慢特病跨省直接结算病种代码表

序号	病种代码	病种类别	病种名称
1	M03900	高血压	高血压
2	M01600	糖尿病	糖尿病
3	M07801	慢性肾功能衰竭	透析
4	M00500	恶性肿瘤门诊治疗	恶性肿瘤门诊治疗
5	M08300	器官移植抗排异治疗	器官移植抗排异治疗
6	M08301	器官移植抗排异治疗	肾移植抗排异治疗
7	M08302	器官移植抗排异治疗	骨髓移植抗排异治疗
8	M08303	器官移植抗排异治疗	心移植抗排异治疗
9	M08304	器官移植抗排异治疗	肝移植抗排异治疗
10	M08305	器官移植抗排异治疗	肺移植抗排异治疗
11	M08306	器官移植抗排异治疗	肝肾移植抗排异治疗
12	M05300	慢性阻塞性肺疾病	慢性阻塞性肺疾病
13	M06900	类风湿性关节炎	类风湿性关节炎
14	M04600	冠心病	冠心病
15	M00200	病毒性肝炎	病毒性肝炎
16	M07200	强直性脊柱炎	强直性脊柱炎

附件 2

门慢特慢病病种维护操作流程

一、定点医疗机构操作步骤

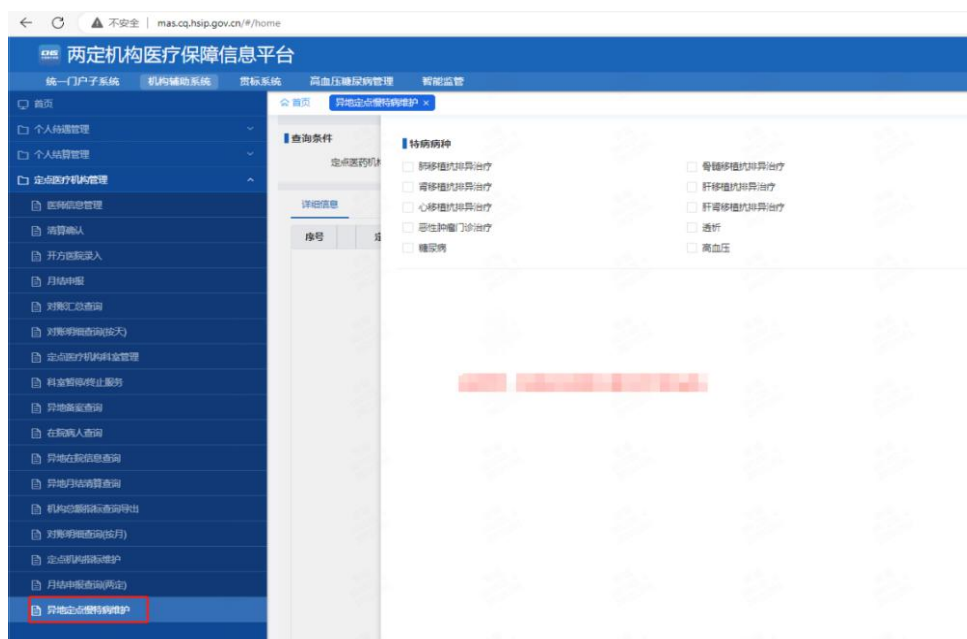
1. 登录“两定机构医疗保障信息平台”点击“定点医疗机构管理菜单”

2. 点击异地定点慢特病维护功能

3. 点击新增



4. 根据实际支持的结算病种选择相应病种后点提交（可多选）



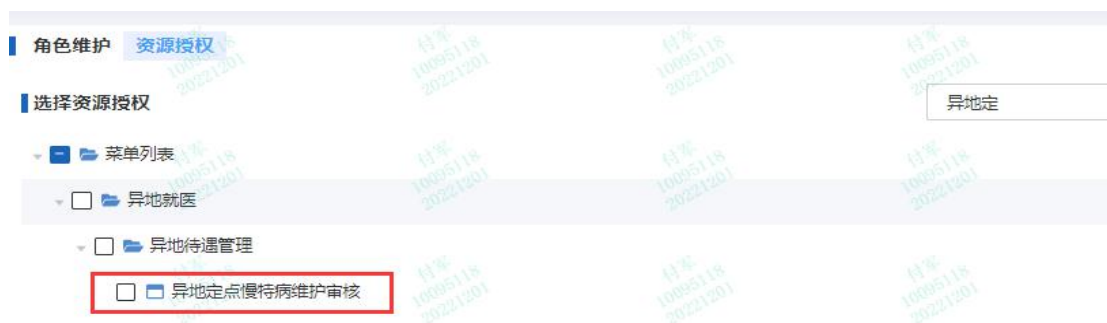
5. 如果需要撤销病种，则点撤销按钮



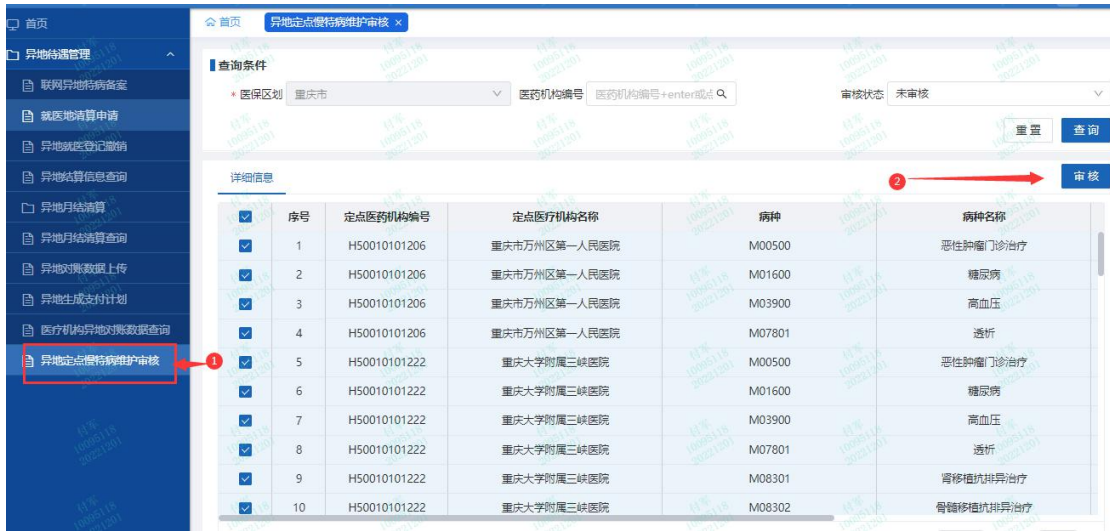
二、经办机构操作步骤

1. 登录“重庆市医疗保障信息平台”点击“异地待遇管理菜单”
2. 点击异地定点慢特病维护审核功能
3. 点击查询，勾选需要审核的数据（可根据条件查询，可勾选多条记录）

注：角色由各经办机构信息管理员开通



增加对应角色



4. 点击审核

