开封市社会医疗保险中心

关于开展参保人员
门诊慢特病网上申报办理的通知

各县区医保经办机构、各定点医疗机构：

根据《河南省人民政府办公厅关于加强放权赋能改革后续工作的通知》（豫政办〔2021〕70号）和《河南省医疗保障局关于印发〈河南省医疗保障经办政务服务事项清单（试行）〉〈河南省医疗保障经办政务服务事项办事指南（试行）〉的通知》（豫医保〔2020〕8号）《开封市医疗保障局关于规范完善基本医疗保险门诊慢性病管理的通知》（汴医保〔2020〕41号）文件要求精神，为保障我市参保人员及时享受门诊慢特病待遇，推行门诊慢特病“不见面、网上办”，进一步缩短办理时限、简化优化办理流程，门诊慢特病申请施行线上申报办理模式。现就有关事项通知如下：

一、待遇申报

参保人员可通过河南省医疗保障公共服务平台、河南政务服务网、开封医疗保障微信公众号、河南医保支付宝小程序、

豫事办等线上渠道直接申请，也可通过门诊慢特病定点医疗机构辅助申报门诊慢特病。在门诊慢特病定点医疗机构住院的病人申报门诊慢特病，可由该院医保办工作人员协助上传相关住院病历进行申报。

申报材料：（上传单个材料大小合计不超过15M）（1）本人身份证或社保卡复印件，（2）申请门诊慢性病病种近2年内的住院或近6个月内的门诊病历，包括：特殊治疗记录或手术记录、相关检查及检验报告（含并发症的检验检查报告）。病历复印件须加盖经治医疗机构印章。申请一个病种需要上传一份病历资料。

已办理异地长期居住备案手续的参保人员申报门诊慢特病的，除需上传相关病历资料外,还需上传异地长期居住备案表。

二、待遇认定

（一）初审

系统自动将申报资料随机推送给初审专家，初审专家应严格核对参保人员身份信息，并按照门诊慢特病病种认定标准进行初审认定。初审专家接到推送认定任务后应于48小时内进行受理认定，若48小时内未受理或拒绝受理的，平台将再次随机分配专家；对符合认定条件的，认定完成后进入终审环节；对不符合认定条件的，填写不符合原因；对因申报材料不完整无法认定的，初审专家填写需补充的相关材料，参保人员将材料完善后可重新上传申报。

（二）终审

初审专家审核通过，系统随机分配两名专家进行终审，如果意见一致，直接做出最终结果（通过或不通过）。如果意见不一致，系统将分配第3名专家进行终审，如审核通过直接进入待遇享受环节，不符合条件的不予通过。

（三）进度查询

参保人员完成门诊慢特病申报后，可通过申报界面进行查询评审进度，审核时限不超过20个工作日。

（四）待遇办理

门诊慢特病审核认定结果以短信形式发送至申报人预留手机号，申报人接到通知短信后可到申报时选择的享受待遇医疗机构办理相关手续。门诊慢特病认定之前发生的相关门诊费用，统筹基金不予支付。

（五）定点变更

申报病种认定通过后，需变更门诊慢特病就诊定点医院的，可通过原就诊定点医院线下办理变更，原则上一个自然年度可变更一次。

三、监督管理

（一）对参保人员的监督管理

参保人员申请门慢特病要确保病历资料真实有效，对伪造、篡改病历等行为，将按照《社会保险法》和《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规进行处罚。

（二）对认定专家的监督管理

由医疗机构协助上传材料时，要严格参照认定标准审核病历资料。系统推送信息后，评审专家应在48小时内做出受理或不受理决定，做出不受理决定或者48小时内没接收的，系统重新随机分配其他评审专家。医保中心每月对评审专家认定任务量进行统计，同一名专家连续三次不受理或者拒绝受理的，取消门慢特病认定专家资格并通报医院，一个自然年度内同一定点医疗机构被取消认定资格专家占所有认定专家5%及以上，年终考核时扣除相应分值。

（三）对定点医疗机构的监督管理

定点医疗机构要加强认定专家的培训和管理，确保认定工作公开、公正、透明。市医保中心将组织人员或委托第三方按每季度不低于50%的比例对认定通过的电子申报材料进行抽审，并不定期进行明察暗访，以加强对门诊慢特病评审认定工作的日常督导检查和审核。对未严格执行门诊慢特病认定程序、标准或存在徇私舞弊、伪造病历等情况的，将按照《社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规依法进行处理。同时定点医疗机构应严格落实首诊负责制和因病施治原则，坚持以病人为中心，规范诊疗，合理检查，合理治疗，合理用药，合理收费。

四、其他

基本医疗保险门诊慢特病定点医疗机构、病种认定标准、费用结算及其他事项执行《关于规范完善基本医疗保险门诊慢性病管理的通知》（汴医保〔2020〕41号），其他门诊慢特病政策与本通知不一致的，以本通知为准。

本通知自2023年10月20日起试运行，试运行期间线上线下同步运行，逐步过渡至2024年1月1日全部实现线上申报。

开封市社会医疗保险中心

2023年10月19日