

# 三门峡市医疗保障服务中心文件

三医保中心〔2024〕11号

## 三门峡市医疗保障服务中心 关于开通门诊重症慢性病网上申报 办理的通知

各县（市、区）医保经办机构、各定点医疗机构：

为贯彻落实国务院、国家医保局关于在医疗保障服务领域推动“高效办成一件事”精神，根据河南省医保局《医疗保障服务领域“高效办成一件事”工作方案》要求，为保障参保人员及时享受门诊重症慢性病（以下简称“门诊慢性病”）待遇，推行门诊慢性病“不见面、网上办”，进一步缩短办理时限、简化优化办理流程，决定在全市范围内开通门诊慢性病网上申报办理。现就有关事项通知如下：

### 一、网上申报

#### （一）申报途径

1、“河南医保”小程序。“河南医保”小程序可通过微信、支付宝渠道进入。

2、“河南医保公共服务平台”政务服务渠道。“河南医保公共服务平台”可通过互联网浏览器进入。

3. 定点医疗机构辅助申报：辖区内具有门诊慢性病鉴定资格的定点医疗机构门诊慢性病服务窗口，可通过省医疗保障信息平台定点端协助参保人员上传申报材料。

各级医保经办机构及全市具有门诊慢性病服务资格的定点医疗机构可协助、引导参保人员使用“河南医保”小程序或“河南医保公共服务平台”进行线上申报。

## （二）申报材料

申报材料应为与申报病种相关的一年以内二级以上公立医疗机构出具诊断证明、住院病历、检查报告、化验结果等病历材料（盖章有效）。

## （三）申报内容

在门诊慢性病个人申报专区选择申办事项，在系统界面中，参保人员需准确选择自己需要申办的门诊慢性病病种，确保与自身病情相符，准确填写个人手机号、病案号、待遇享受医院等相关信息，根据提示准确上传必要申报材料的扫描件或照片，确保申报材料的真实完整性。

## （四）申报提交

在完成所有必填信息和资料上传后，参保人员需仔细核对所填内容，确认信息无误后，点击提交线上申办申请。申报成功后，可通过以上申报渠道查询进度。

## 二、待遇认定

### （一）认定专家

建立全市统一的门诊慢性病认定专家库。专家库建立应当按照不同的门诊慢性病分类建立；辖区内具有门诊慢性病认定资格的定点医疗机构内所有具有中级以上职称的在职医保医师，经定点医疗机构审核推荐，均可申报成为鉴定专家；鉴定专家通过“河南医保”小程序、“河南医保公共服务平台”对申报材料进行审核。

## （二）网上认定

待遇认定采取全程网上认定，参保人员申报提交后，系统自动将申报资料随机推送给认定专家进行认定。认定专家在接到推送认定任务后 24 小时内进行受理认定，若 24 小时未受理或拒绝受理的，平台将再次随机分配认定专家。

除我市原有门诊慢性病“即时办理”病种直接由 1 名专家终审确定结果外，其余病种至少由 2 名专家通过初审、复审模式认定。

参保人 1 个自然年度内申请同一病种最多 3 次机会，超出次数者当年不得申请。

## （三）结果反馈

门诊慢性病网上申报及认定环节，采取业务资料全程线上流转、随机推送专家认定、办理进度线上可自助查询、办理结果短信主动通知，无特殊情况的，门诊慢性病网上申报办理在 5-8 个工作日内完成全部流程。

## 三、待遇享受

### （一）待遇享受

门诊慢性病待遇自认定通过之日起享受待遇，门诊慢性

病认定通过之前发生的相关门诊费用，统筹基金不予支付。

参保人接到门诊慢性病认定结果通知短信后，可到其选定的门诊慢性病定点医疗机构领取门诊慢性病手册或门诊慢性病卡（格式见附件），就医享受相关医保待遇。

规范门诊慢性病到期复查接续，正常参保人员门诊慢性病病种终止日期前12个月内有不少于6个月正常结算信息即可继续享受门诊慢性病待遇。

## （二）定点就医

我市门诊慢性病待遇享受施行定点就医管理，参保人员应根据本人的病情和诊疗需求，本着就近、方便的原则，在申报时自主选择门诊慢性病定点医疗机构。提供辅助申报服务的定点医疗机构不得强制、诱导参保人选择门诊慢性病定点。

门诊慢性病定点经确定后需变更者可在“河南医保”小程序、“河南医保公共服务平台”等线上渠道自主申请变更，每人每个自然年度内变更最多不超过2次。

## 四、行为约束

### （一）参保人员

参保人员申请门诊慢性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）专家管理

具有门诊慢性病鉴定资格的定点医疗机构要加强对认定专家的培训和管理，确保网上认定工作公开、公正、透明、

及时、高效。系统推送信息后，认定专家应在 24 小时内做出受理或不受理决定，做出不受理决定或者 24 小时内没接收的，系统重新随机分配其他认定专家。同一名专家连续三次不受理或者拒绝受理的，取消认定资格并通报所在医院。定点医疗机构对认定专家任务量进行月统计通报，抓好院内专家服务管理，及时调整专家报医保经办机构备案。

### （三）辅助申报

定点医疗机构辅助申报协助上传材料时，要严格把握认定标准，并对提供病历资料进行初审；申报资料为本院病历的，需配合提供全套电子病历，鼓励有条件受理机构建立院内病历资料流转系统，实现与慢病申报直接对接上传。

### （四）就医服务

门诊慢性病定点医疗机构须按我市相关规定为患者提供高质量的医疗服务，根据病情基于专业知识和检查结果，做出准确判断，提供合理治疗和用药方案，做好沟通解释，杜绝“点单式”开方，出现违规行为的，按照定点协议管理规定进行处理。

## 五、工作要求

（一）各县（市、区）医保经办机构应按照职责权限，对门诊慢性病认定和就医定点医药机构实行动态管理，定期专项检查 and 考核评估，加强医保医师管理和日常协议监管；

（二）各县（市、区）医保经办机构做好所属参保人门诊慢特病业务违规行为的监管工作，要组织人员或委托第三方按不低于 10% 的比例对认定通过的申报材料进行抽审，对

违规行为按照协议规定进行处理，涉及违规违法的移交相关部门。

（三）为更好的服务老年参保人员，我市原有门诊慢性病日常鉴定渠道继续保留，待遇享受与本通知保持一致。承担日常鉴定工作的定点医疗机构在辅助引导参保人员通过网上申报办理门诊慢性病的同时，要加强内部协调，继续做好门诊慢性病日常鉴定工作。

（四）各级医保经办机构要提高思想认识，强化责任意识，做好属地门诊慢性病认定定点医疗机构的业务培训，对外做好政策解释和宣传引导工作。

本通知自8月1日起实施，本通知未尽事项，按照国家、省、市相关政策规定执行。在门诊慢性病网上申报办理工作当中发现重大问题，请及时与市医保中心联系。

附件： 门诊慢病卡



附件：

<b>门诊慢病卡</b>	
姓名：	身份证号：
鉴定病种：	
定点医院：	
有效期：	年 月 日— 年 月 日

