

芜湖市医疗保障局
芜湖市民政局
芜湖市财政局
芜湖市卫生健康委员会
芜湖市市场监督管理局

文件

芜医保〔2025〕17号

关于印发《关于加强门诊慢特病综合管理的 实施意见（试行）》的通知

各县市区医保分局（直属分局）、民政局、财政局、卫健委、市场监管局，经济技术开发区财政局、三山经济开发区财经局，经开区社会事业局、三山经开区医疗卫生局，经济技术开发区、三山经济开发区市场监管局，市医保中心：

现将《关于加强门诊慢特病综合管理的实施意见（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。



芜湖市医疗保障局



芜湖市民政局



芜湖市财政局



芜湖市卫生健康委员会



芜湖市市场监督管理局

2025年4月3日

关于加强门诊慢特病综合管理的 实施意见（试行）

为进一步提升我市门诊慢特病综合管理水平，充分发挥医保基金及基本公共卫生服务资金保障作用，提高医保、卫健等部门联合监管效能，确保门诊慢特病患者获得规范有效的诊疗服务，控制门诊慢特病费用不合理增长，现就加强我市门诊慢特病综合管理提出以下实施意见。

一、工作目标

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻落实党的二十大及二十届二中、三中全会精神，以人民健康为中心，积极构建门诊慢特病源头管理、待遇保障、过程监管和支付改革一体化管理机制。通过明确部门分工、强化部门协作、落实待遇保障、优化经办服务、推动改革创新，逐步实现门诊慢特病及早防治、科学认定、精细管理、合理施治，提高门诊慢特病患者获得感、幸福感和安全感。

二、主要任务

（一）强化源头管理

1. 建立多部门健康管理联动机制。依托紧密型医联体（医共体）及家庭医生签约服务包，建立卫健、医保部门主导，医联

体（医共体）牵头医院、专业公共卫生机构、基层医疗卫生机构共同组成的多方联动慢特病管理工作机制。由牵头医院制定以高血压、2 型糖尿病为主的慢特病一体化管理方案，充分发挥家庭医生签约服务团队力量。对纳入管理的慢特病患者进行全程健康监测，指导慢特病患者规范诊疗、合理使用药品。探索利用 AI 赋能、大数据发力，辅助家庭医生做好签约对象健康管理等工作。参与有偿签约服务的特困人员门诊慢特病患者，其签约服务个人自付部分由属地财政统一安排，从民政部门社会救助资金中列支。

由卫健和医保部门对家庭医生健康管理成效共同开展考核，重点围绕家庭医生签约率，高血压、2 型糖尿病等常见慢性病住院率，年度医保基金支付额等考核指标（以指标净增加或减少量测算），在分配家庭医生签约经费及公卫资金时实行奖优罚劣。建立家庭医生签约与慢特病报销挂钩的联动机制。对城乡居民医保参保人员在我市签约家庭医生有偿服务且在签约基层医疗机构进行慢特病门诊治疗的减免起付线。推进公卫资金与医保基金双方发力扩大家庭医生签约覆盖面，对应签未签人员分情形采取扣减家庭医生签约服务费和降低门诊慢特病医保待遇等约束举措。（责任单位：市卫健委，市医保局，市民政局，排名第一为牵头单位，下同）

2. 规范门诊慢特病准入管理。执行全省统一的门诊慢特病病种、认定标准，支持门诊慢特病待遇资格省内互认。畅通门诊慢特病病种准入认定申请渠道，支持慢特病准入认定医疗机构端

一站式申请及线上线下准入认定。加强准入认定质量管理，确保参保患者线上线下认定口径统一、结果一致。市级层面设立门诊慢特病认定专家审定委员会，由医保部门牵头，卫健部门参与，共同组织专家针对因病史不全及疑难慢特病等情况开展终审认定。医保部门每年组织对医联体（医共体）牵头医院门诊慢特病准入认定情况开展检查，牵头医院对成员单位门诊慢特病准入认定和基金使用情况进行检查。健全门诊慢特病动态调整退出机制，每年3月开展慢特病人员数据筛查，对数据筛查显示门诊慢特病待遇享受期间连续24个月（含以上）未产生与治疗慢特病有关的医疗费用的门诊慢特病患者，纳入慢性病鉴定复审。（责任单位：市医保局，市卫健委）

（二）落实待遇保障

3. 规范门诊慢特病待遇支付。合理确定门诊慢特病起付线、年度支付限额，基本医保基金报销比例。对血友病、慢性肾衰竭（尿毒症期）、器官移植术后门诊慢特病实行定点管理，以确保用药及诊疗安全。患者需在本统筹区内自行选择一家具有相关资质的定点医疗机构就诊，在一个自然年度内原则上不予变更。对未在定点医疗机构就诊且非急诊、抢救的血友病患者，门诊慢特病报销比例下降5个百分点。积极稳妥扩大门诊慢特病定点管理覆盖范围。明确门诊慢特病转外就医待遇政策，办理异地长期居住备案的参保人员在备案地就医的，执行参保地待遇保障政策；对省内异地就医的门诊慢特病患者，已办理转诊手续的报销比例

下降 5 个百分点，未办理转诊的其他临时外出就医人员下降 15 个百分点；对跨省异地就医的门诊慢特病的患者，已办理转诊手续的报销比例下降 10 个百分点，未办理转诊的其他临时外出就医人员下降 20 个百分点。（责任单位：市医保局）

4. 保障门诊慢特病合理用药。落实《国家基本药品目录》制度，加强基层医疗卫生机构与二级以上医院用药目录衔接统一，进一步适应慢特病患者基本用药需求。医保部门加强集采中选药品供应保障管理，对医疗机构订单响应不及时、配送率明显偏低、医疗机构反馈供应问题集中的产品，通过提醒、约谈、告诫等方式督促相关企业限期整改，同时上报省价采中心，畅通集采药品供应渠道。由市健康医疗发展集团牵头，依托县域医共体建设中心药房，优化药品配送流程，做好慢特病集采药、国谈药配备工作，保障基层慢特病药品供应工作。将医疗机构合理配备药品及合理用药情况纳入年度综合目标考核，优先选用集采中选产品，并与医疗机构结余留用挂钩。向定点医疗机构开放门诊慢特病就诊查询权限，并逐步通过智能监控系统实现门诊慢特病开药的事前提醒功能。门诊慢特病长处方原则上不超过 1 个月。医疗机构具有医保支付资格的医生在开具门诊慢性病药品时，应当查询患者近三个月内用药情况，合理审慎开具处方，严格控制用药范围和剂量，对于异常情况，加强监管，并依法依规严肃处理。（责任单位：市卫健委，市医保局，市健康发展集团）

（三）优化过程监管

5. 加强外配处方管理及药品追溯码应用。定点医疗机构应通过医保电子处方中心提供处方外配服务。定点医药机构在结算“双通道”药品时，需按照限制性用药建立患者档案，加强用药安全管理。定期组织定点医疗机构与定点零售药店外配处方之间“对账”，加强医保外配处方日常审核。持续推进药品追溯码应用，2025年3月底前，所有门诊慢特病医保结算用药需带有药品追溯码，对开具药品无药品追溯码的定点医疗机构暂停门诊慢特病医保结算。（责任单位：市医保局，市卫健委，市市场监管局）

6. 推进分级诊疗体系建设。将三级公立医院以慢特病为主的普通门诊逐步下沉到基层医疗卫生机构。强化公立医疗机构考核结果应用，将门诊就诊率纳入考核指标，大力引导和推进普通慢性病患者到基层医疗卫生机构就诊时由家庭医生接诊，引导患者逐步形成到基层医疗卫生机构首诊的就医选择。进一步发挥会诊转诊服务中心功能，引导普通慢性病患者在基层医疗卫生机构、二级医院和县级医院、三级医院间的逐级转诊。持续优化门诊慢特病支付政策，将门诊慢特病医保基金预算分配逐步向基层医疗卫生机构倾斜。（责任单位：市卫健委、市医保局）

7. 规范门诊慢特病诊疗行为。强化医疗机构履行门诊慢特病管理的主体责任，督促定点医疗机构建立健全门诊慢特病管理工作制度，为门诊慢特病患者提供安全、有效、适宜的门诊诊疗服务，优先使用医保目录内药品和耗材，降低患者负担。针对门诊慢特病诊疗加强培训管理，定期开展门诊慢特病医疗质量督查，

防止超量开药及过度诊疗等违规行为发生，切实保障医疗质量和医疗安全。（责任部门：市卫健委）

8. 加强门诊慢特病基金监管。开展日常稽核，加强门诊慢特病准入认定日常监测，通过定期抽查，对不符合认定条件的及时中止待遇，由鉴定医疗机构承担相应损失。开展智能监控，增加门诊慢特病智能监控知识库规则，强化大数据监管。开展专项检查，针对门诊慢特病外配处方量多、金额较大或数据异常波动的定点医药机构开展现场检查，发现违法违规问题，按照相关规定进行医保支付资格处理、协议管理、行政处罚、移送司法机关等。（责任单位：市医保局，市卫健委）

（四）深化医保支付改革

9. 创新医防融合服务模式。进一步做好湾沚区、繁昌区门诊慢特病按人头付费试点工作。优先选择发病率高、基层医疗机构可防可治的病种（高血压、糖尿病等），以区域内近三年该病种确定的试点人群城乡居民基本医保支付总额计算年度人均支付额，开展城乡居民基本医保基金按人头打包付费。对参与打包付费的试点人群，由各县市区结合自身实际，将慢特病按人头付费工作和基本公卫工作有效衔接，从基本公卫项目经费中至少切块10%作为配套资金。医保、卫健部门联合确定考核指标。其中对医保包干资金实行结余留用、超支分担，结余资金按照村卫生室（社区卫生服务站）不低于40%、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）不低于30%的比例分配；超支部分实行医保基金、医共体牵

头单位按比例分担。对公卫配套资金制定符合资金使用规范的基本公卫项目经费支持医防融合具体工作方案，由卫健、医保部门共同考核，按照“奖优罚劣”的原则进行分配，与医保打包资金同兑现。

充分发挥医联体（医共体）牵头医院监督指导作用、乡镇卫生院（社区卫生服务中心）中枢纽带作用、村卫生室（社区卫生服务站）健康守门员作用、疾控中心健康教育宣传及质量保障指导作用，引导基层医疗机构做好慢特病健康管理。推广实施湾沚区慢性病管理中心建设，繁昌区区级专科医生下沉基层制度、慢病患者三色动态管理工作机制，稳妥推进，逐步扩大病种范围和试点区域，促进医防深度融合。（责任单位：市医保局、市卫健委）

10. 推行门诊慢特病分值付费改革。实施门诊慢特病区域点数法总额预算和分值付费，对不同类别、不同层级定点医疗机构采取不同的结算方法，在保证个人自付和医保基金支付部分不低于合理用药成本前提下，二级（不含二级乡镇卫生院、社区卫生服务中心）及以上定点医疗机构采用项目分值付费法，乡镇卫生院、社区卫生服务中心，一级定点医疗机构，未定级定点医疗机构采用医师服务能力分值付费法，以政策引导构建二级及以上医疗机构以慢性病诊疗为主、二级以下医疗机构以日常开药为主的门诊慢性病诊疗格局。逐步建立门诊慢特病总额控制下的分值付费为主，按人头定额付费、零售药店按项目付费等为辅的多元化医保支付体系。通过优化支付体系，建立定点医药机构激励约束

机制，确保医保基金的合理使用、提升医疗服务质量、减轻患者经济负担，最终实现慢特病患者的长期健康管理和医疗服务的可持续发展。（责任单位：市医保局）

三、保障措施

1. 加强组织领导。各县市区医保、卫健部门要提高站位，深化认识，抓好政策落实。在推进过程中，要适度开展政策解读，关注舆情动态，及时回应社会关切。稳步提升基层公共卫生服务能力，加强慢性病健康管理。

2. 强化部门协同。做好信息共享，统筹联动开展工作，每年12月底前，由卫健部门将已完成家庭医生签约的居民参保人名单分区报送给当地医保经办机构。定期组织联合监督与检查，对医药机构慢特病诊疗情况及医保基金使用情况进行监督，加强联合惩戒。

3. 完善考核激励。充分利用现有考核制度，释放考核激励效能。医保部门将门诊慢特病准入认定、待遇落实、基金使用等纳入考核重点，并将基金支付、质量保证金返还、年度调节金奖补等与考核结果直接挂钩。卫健部门将门诊慢特病的健康管理、用药保障、规范诊疗等纳入考核重点，并将公卫补助资金和家庭医生签约补助经费的发放与考核结果直接挂钩，以确保门诊慢特病的综合管理取得实际成效。