附件

天津市基本医疗保险门诊特定疾病

保障待遇认定管理办法

（征求意见稿）

第一章 总 则

第一条 为进一步规范本市基本医疗保险门诊特定疾病（以下简称“门特病”）保障待遇认定管理，切实维护医疗保障基金安全，根据《天津市基本医疗保险条例》、《国家医疗保障局办公室关于加强门诊慢性病和特殊疾病医保管理服务工作的通知》（医保办发〔2024〕31号）、《医保基金管理突出问题专项整治工作方案》（医保办发〔2025〕8号）等法规和文件要求，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市基本医疗保险参保人员进行门特病保障待遇认定（以下简称“门特病认定”）按照本办法执行。

第三条 门特病认定工作坚持标准科学、程序规范、管理严格、客观公正的原则，实行门特病种实行分类认定，逐步实现规范管理和高效便民。

第四条 市医疗保障行政部门负责制定本市门特病认定办法和标准，监督和指导有关规定的执行和落实。区医疗保障行政部门负责执行门特病认定管理有关规定，对辖区执行情况进行监督和指导。

市和区卫生健康行政部门应加强对门特病认定机构和认定医师开展门特病认定的医疗服务行为的管理。

医疗保障经办机构负责门特病认定管理和经办服务。

市医疗保障行政执法机构受市医疗保障行政部门委托，按照规定具体实施基本医疗保险门特病认定监督检查工作。各区医疗保障行政部门具体实施本行政区域内基本医疗保险门特病认定监督检查等行政执法工作。

第五条 本市加强与北京市、河北省门特病认定工作协作，做好在病种范围、认定标准、经办流程等方面区域协同。本市加强与其他省市在门特病待遇资格认定中的合作。

第二章 认定机构和医师

第六条 医疗保障经办机构按程序须委托符合以下基本条件的定点医疗机构作为门特病认定机构开展门特病认定工作。

（一）二级及以上定点医疗机构；

（二）具备相应门特病的住院诊疗条件，相应科室有3名以上具有高级专业技术职称的临床医师；

（三）具备实施门特认定工作的必要场所，安排专门工作人员，并安装视频监控、人脸识别等监管设备；

（四）遵守医疗保险法律法规和协议管理的有关规定，愿意执行本市门特病管理规定；

（五）适应不同门特病工作需要应当具备的其他条件。

第七条 按照总量控制、合理布局、公开透明、规范统一原则，医保经办机构选定符合条件的定点医疗机构作为门特病认定机构。加强糖尿病门特病认定工作，合理确定认定数量，并按公开公平公正原则确定符合条件的定点医疗机构作为糖尿病门特认定机构。

第八条 认定机构医师申请作为门特病认定医师须具备以下条件。

（一）具有高级专业技术职称，并在所属医疗机构从事相应专业的临床诊疗工作；

（二）熟悉医疗保险门特病相关政策和鉴定标准；

（三）具有良好的职业道德，两年内未受到医疗保障和卫生健康领域行政处罚。

第九条 医保经办机构按规定确定门特病认定机构后，应及时向社会公布名单。各认定机构应择优选拔符合条件的医师作为门特病认定医师人选，由医保经办机构严格审核人员资质后，纳入门特病认定医师名录管理。

第十条 医保经办机构建立门特病认定机构和认定医师动态管理机制，对不符合条件的认定机构和医师应当及时清理。

第三章 认定流程

第十一条 参保人员在正常享受本市基本医保待遇期间，发现患有本市确定的门特病，可以按规定办理门特病认定，并自认定通过次日起享受门特病相关报销待遇。

第十二条 参保人员在纳入认定机构管理的本人手术医院或住院治疗医院申请门特病认定。认定机构应按照应接尽接的原则，做好参保人员一般程序门特认定工作。

第十三条 参保人员患有门特病，且同时符合以下条件的，认定机构可以按照一般认定程序进行门特病认定。

（一）符合相关门特病的认定标准；

（二）有明确的三级医疗机构诊断证明材料；

（三）在认定机构本院内有所申请认定的门特病手术史或一年内住院治疗记录；

（四）能够完整提供认定资料中规定的相关医学材料，无需补充进行检查检验。

第十四条 适用一般认定程序的参保人员，可在门诊就医或出院时提交相关认定材料（包括诊断证明、住院病历、相关检查检验材料等）。认定机构通过本院HIS系统等核验相关住院病历、检查检验报告等真实性；认定医师通过询问病史、现场查体、审核材料等方式即时进行认定登记（包括认定通过和不通过，下同）。参保人员认定登记信息由2名认定医师签字后，认定机构将登记信息上传至医保系统。认定机构应按规定对认定相关材料留档备查。

第十五条 除适用一般认定程序外的其他患有门特病的参保人员，按照以下专门认定程序进行门特病认定：

（一）申请。参保人员本人或监护人向认定机构提出门特病认定申请，并按规定提交认定申请表、病历、诊断证明、检查检验报告等相关材料，确保真实有效。医保经办机构应当逐步建立线上渠道，方便参保人员线上向认定机构提交申请。

（二）受理。认定机构收到参保人员提交的认定材料后，应安排专门力量对认定材料的完整性进行核查，对于材料齐全的应予以受理，并告知参保人员认定时间安排；对于材料不全的应一次性予以告知补齐。医保经办机构应为认定机构开通线上核验渠道，通过医保系统核验申请人住院记录、检查检验等真实性情况。

（三）审核。参保人员根据认定机构时间安排，到认定机构指定的认定场所，按认定标准补充进行相关检查检验。待相关检查检验完成后，认定机构认定医师通过询问病史、现场查体、审核材料等方式，予以认定登记，并由2名认定医师对认定登记信息签字后上传至医保系统。

（四）办结。参保人员应通过“津医保”、认定机构等查询认定结果。认定机构应按规定将认定相关材料留档备查。自受理开始，认定机构办结时限不得超过20个工作日。

第十六条 参保人员经认定机构认定不符合认定标准的可在认定结论出具6个月后重新提交认定申请。其中，在认定结论出具后6个月内出现病情加重或新的并发症，能够提供相关疾病加重或新并发症的新住院病历（包括首页、入院记录、出院记录等）等相关材料，可向本市复查鉴定机构提出复查鉴定申请，复查鉴定时补充检查检验发生的相关费用按照本市普通门诊有关规定报销，符合认定标准的由医保经办机构进行门特登记。复查鉴定按照专门认定程序进行。

第十七条 市医疗保障行政执法机构、各区医疗保障行政部门发现参保人员在门特病办理及待遇享受过程中涉嫌存在违反医疗保障法律、法规、规章、规定等情形的，组织其到门特病复查鉴定机构复查鉴定。

医疗保障经办机构在经办管理过程中，发现参保人员涉嫌存在上述情形的，应当按照《市医保局关于进一步加强市区两级医疗保障基金使用行政执法工作的通知》（津医保局发〔2025〕51号）相关规定转交医疗保障行政部门处理。

第十八条 异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员在异地就医期间门特病认定，经其就医地最高级别定点医疗机构鉴诊，由医疗保障经办机构参照专门认定程序有关流程及标准执行。上述人员在本市定点医药机构享受门特报销的，需要按照一般认定程序重新办理门特认定，认定通过的享受门特病保障待遇；认定不通过的，不能享受本市和异地就医门特医保保障待遇。

第十九条 参保人员如存在失血过多造成血红蛋白量降低、近期有输血史或有其他形式的溶血性贫血、服用维生素C、维生素E、大剂量的水杨酸盐（如阿司匹林和止痛药）、接受促红细胞生成素治疗、怀孕等（可造成HbA1c检测值偏低）以及缺铁性贫血、血红蛋白基因突变或异常血红蛋白等情况时，影响糖化血红蛋白的检测数值，认定机构随机组织3名认定医师根据参保人员症状体征、动态血糖检测、糖化白蛋白等指标综合评价。

第四章 经办管理

第二十条 医疗保障经办机构与认定机构签订委托认定工作协议，加强对认定机构的协议管理，明确认定机构职责，规范办理时限、办理程序、办理要求、结果反馈、档案管理等。

第二十一条 认定机构提供的认定服务根据实际情况按门诊诊查收费。认定机构根据认定需要，指定参保人员现场做检查检验的，按照我市医疗服务项目收费和报销政策执行。建立认定费用补偿机制，参保人员在认定机构发生的认定相关检查检验费用，实行按项目付费。

第二十二条 认定机构妥善保管本机构开展认定工作的相关档案材料，整理归档并定期移交所在辖区的医疗保障经办机构，由其按照《社会保险业务档案管理规范》等有关要求做好保管。

第二十三条 医疗保障经办机构进一步规范认定机构的布局设置要求，强化认定流程，严格落实认定标准，加强推进人脸识别、手环等技术在认定工作中的应用。

第二十四条 利用定点医疗机构点多面广的优势，强化门特病政策的社会宣传，提高政策知晓率，营造良好社会氛围。

第五章 监督管理

第二十五条 医疗保障经办机构定期对认定结果进行抽检，其中，对于本办法实施后每年新增登记为门特病的参保人员，按不低于10%比例抽检；对于抽检过程中，发现明显不符合认定标准、材料和流程的，取消参保人员门特待遇；发现涉嫌存在虚假认定的，移交区医疗保障行政部门对参保人员进行复查鉴定。对于同时登记多个门特病和医保支付门特费用金额明显偏高等涉嫌存在违反医疗保障法律、法规、规章、规定等情形的参保人员，由市医疗保障行政执法机构提取相关数据后转交各区医疗保障行政部门组织进行复查鉴定。

鼓励采取互查等方式进行核查，对存在问题及时处理并督促整改。对于按照一般认定程序开展的认定，医疗保障经办机构应当采取信息比对方式，严格规范一般认定程序适用范围，对存在问题及时处理并督促整改。

第二十六条 认定机构应当建立健全认定工作管理制度，严格把握认定标准，坚持实名制认定管理，杜绝冒名顶替等虚假认定行为。

第二十七条 认定机构出具虚假认定结论或配合、默许患者虚假认定的，在取消相关参保人员门特病待遇保障资格的同时，对认定机构按照医保服务协议或有关规定进行处理。

第二十八条 做好认定人员管理与定点医药机构相关人员医保支付管理的衔接，对于认定人员违法违规行为造成医保基金损失的，进行记分管理，及时采取暂停或终止医保支付资格处理。

第二十九条 认定机构和医师应当配合医疗保障行政部门、医疗保障行政执法机构、医保经办机构进行监督检查。被检查的认定机构和医师应当如实反映情况，提供必要的材料。

第三十条 鼓励支持单位和个人对门特病认定中违反服务协议、违法违规行为等进行举报投诉。经查证属实的，按照有关规定给予奖励。接受举报投诉的部门，应当对举报投诉人的相关信息予以保密。

第三十一条 医疗保障经办机构、认定机构及认定医师，参保人员等存在违法违规行为，属于医保服务协议规定内容的，按照协议约定进行处理；属于法律、法规和规章行政处罚规定范畴的，依法给予行政处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第六章 附 则

第三十二条 本办法由市医疗保障行政部门负责解释。

第三十三条 市医疗保障经办机构依据本办法规定细化制定经办意见，推动相关政策措施平稳落地。

第三十四条 本办法自2025年10月 日起施行，有效期至2030年 月 日。

起草说明

一、政策背景和起草过程

为做好门特病专项整治工作，进一步加强门特病认定管理工作，维护医疗保障基金安全，根据《国家医保局办公室关于加强门诊慢性病和特殊疾病医保管理服务工作的通知》（医保办发〔2024〕31号），我们起草了《认定办法》。

二、与现行政策相比，《认定办法》主要调整

（一）建立一般认定程序和专门认定程序。对于在认定机构住院或手术的患者，适用一般认定程序，可在门诊或出院时由认定医师审核确认后予以认定登记。对于不适用一般认定程序的其他参保人员，按照“申请、受理、审核、办结”程序进行专门认定。

（二）合理设置认定机构条件。按照总量控制、合理布局、公开透明的原则，选定符合条件的医院作为门特病认定机构。

（三）优化偏瘫认定。考虑到脑出血、脑梗死术后还有康复的可能，为此，将原偏瘫患者在出院后即可临时登记偏瘫措施，调整为在规范治疗6个月后可以申请偏瘫门特认定，进一步规范偏瘫门特认定登记。

（四）强化抽检工作要求。明确医保经办机构对于认定机构开展的认定结果，每年按不低于10%比例进行抽检。