

淮南市医疗保障局文件

淮医保办〔2021〕35号

关于印发《淮南市医药机构申报医保定点工作流程》和《淮南市门诊慢特病管理经办流程（暂行）》的通知

各县区医保部门，市局机关各科室、直属各单位：

为进一步规范我市医药机构申报医保定点管理和门诊慢特病申报鉴定等管理服务工作，经市局研究同意，现将《淮南市医药机构申报医保定点工作流程》和《淮南市门诊慢特病管理经办流程（暂行）》印发给你们，请认真贯彻执行。



淮南市医药机构申报医保定点工作流程

一、医药机构的申报和受理

（一）全市二级及以上医疗机构、市辖四区连锁药店、山南新区所有医药机构在每月最后 5 个工作日内向山南政务中心医保窗口直接申报受理，窗口工作人员对受理的资料进行初审，对符合规定的申报材料予以留存，不符合规定的要求其补充完善。申报需提供如下材料：

零售药店：

- 1.《淮南市零售药店协议管理申请登记表》(在淮南市医疗保障局网站下载)；
- 2.《药品经营许可证》和《营业执照》的副本（原件和复印件）、银行基本户开户许可证（原件和复印件）；
- 3.零售药店法定代表人和经营者身份证及复印件；
- 4.零售药店全体职工花名册，包括至少 1 名在职在岗执业药师，经营中药须 1 名执业中药师，执业药师需提供注册证和资格证复印件；
- 5.合法的经营场所证明材料（如：房产证、租房合同书等）；
- 6.未受卫健、市场监管等部门近一年来的行政处罚证明材料（由受理医保部门函询后上报）；

- 7.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告;
- 8.内部管理制度、财务制度文本、近三个月的财务报表。

医疗机构:

1.《淮南市医疗机构协议管理申请登记表》(在淮南市医疗保障局网站下载);

2.《医疗机构执业许可证》和《事业单位法人证书》(原件和复印件)、《民办非企业单位登记证书》(原件和复印件)、《营业执照》的副本(原件和复印件)、银行基本户开户许可证(原件和复印件)、法人身份证复印件;

3.医疗机构设置批复文件及复印件、等级评审文件或者卫健行政部门出具的相当等级证明材料及复印件;

4.医疗机构全体职工花名册;

5.合法的经营场所证明材料(如:房产证、租房合同书等);

6.未受卫健、市场监管等部门近一年来的行政处罚证明材料(由受理医保部门函询后上报);

7.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告;

8.内部管理制度、财务制度文本、近三个月的财务报表。

注:以上医药机构提交的申请资料,所有证件或证明资料的有效期限须超过医保协议当年度期限。

(二)市辖四区医保局受理本辖区一级及以下医疗机构和单体药店的申请。两县两区经办机构受理本辖区所有医药机构的申

请。相关工作人员对受理的资料进行初审，对符合规定的申报材料予以留存，不符合规定的要求其补充完善（所需申报材料同上）。由各县区医保局或两县两区医保经办机构汇总初审资料 and 检查，研究同意后，出具书面文件，与相关资料在每月最后 5 个工作日内汇总报送至山南政务中心医保窗口统一接收和保管。

二、申报资料移交和流转

山南政务中心医保窗口于次月前 5 个工作日内，将上月受理的新增定点材料汇总上报至市医保局办公室，由局办公室呈请局领导批转市医保中心承办。

市医保中心按办文程序，经中心领导批转至定点医药机构协议管理办公室按工作程序进行统一登记、建档，并做好相关资料的保管。

定点医药机构协议管理办公室对每季度新增医药机构的资料进行复查，对资料不全的机构，报经科室负责人同意后，于 5 个工作日内通知相关机构补齐资料，相关机构自接到通知后 5 个工作日内将材料补全，逾期不提供材料的，视为放弃定点申请。

三、医药机构资源配置

定点医药机构协议管理办公室根据《关于印发淮南市医药机构新增定点服务管理工作暂行规定的通知》（淮医保发〔2020〕74 号）文件规定，按季度对申请新增医药定点的机构进行资源配置。

第一步：根据市局基金监管科等科室提供的上一年度解除协议的定点医药机构数量，确定本年度可新增医药机构的总量（时间要求：每年1月份确定）。

第二步：对每季度统一收集的申请定点资格的医药机构，按年度新增总量、各所属辖区可新增机构的实际配额、经卫健、市场管理部门出具的近一年未受处罚证明，并结合新申报机构近年来是否受过医保处罚等因素，来确定各县、区可新增的医药机构数量和名单（时间要求：在申报材料齐全的情况下，在10个工作日之内完成审查）。

第三步：定点医药机构协议管理办公室将审核确定的可新增医药机构名单报市医保中心相关科室在3个工作日内复核并反馈后，上报中心主任办公会议集体研究确定（可同时邀请市局办公室、有关科室或驻局纪检工作人员列席），并形成书面报告上报市局。

四、开展现场评估验收

经市局同意后，由市医保中心在7个工作日内组织人员开展现场评估验收工作，并在下季度首月前20个工作日内完成现场评估验收工作。市医保局有关人员和市纪委监委驻市卫健委纪检监察组人员组成评估工作督查组，负责对各现场组进行不定期督查。

市医保中心编制新增方案，组织评估人员（由医保、卫健、市场监管等部门工作人员组成）对评估工作采取集中培训、统一口径、资料核验、实地查看、现场打分、反馈结果、评估对象全程监督的模式进行。人员在培训后，现场分组，开展评估工作。同时，每组成员须签订《淮南市新增医保定点评估工作人员廉政承诺书》。现场评估组每组 6 人，每 2 人一小组，分别针对评估表相关内容，分组进行公平公正打分，并对自己打分项目进行签字，以示负责，接受评估对象监督。评估人员评分后，集体合议，进行统分，现场反馈存在问题和现场打分情况。被评估医药机构对扣分项签字认可，评估组长对评估资料进行装袋封存（注明评估对象名称），所有评估组组员在封口处签字。当天评估工作结束后，评估资料须及时移送市医疗保障局机关党总支统一保存。

五、评估结果的应用

现场评估工作全部结束后，有连续 3 个工作日的等待期，在等待期内，如有被评估医药机构提出合理诉求，由市医保中心主任办公会议研究。超过 3 个工作日的，不予受理。

现场评估工作全部结束后 4 至 7 个工作日内，在市医保局机关党总支监督下，由市医保中心主任办公会集体研究现场评估结果，同时须有纪检工作人员列席会议。

在市医保中心主任办公会议上，由定点医药机构协议管理办公室工作人员现场开启封存的医药机构评估资料，根据相关标

准，确定可新增医保定点名单。新增定点标准为：无医保“一票否决”的新增定点医药机构，住院医疗机构达 80 分（含）以上为“合格”（80 分以下为“不合格”）、非住院基层医疗机构和药店达 85 分（含）以上为“合格”（85 分以下为“不合格”）。

市医保中心领导班子成员在会上对被评估机构的现场评估分数由高到低排列顺序（分数相同的被评估机构，按照各县区申报资料的时间先后顺序排列），根据已确定资源配置的各县、区可新增的医药机构数量，由市医保中心领导班子成员对纳入医保定点逐一进行表决，并形成会议纪要，报市局备案。

对于评估合格的，将其纳入拟签订协议医药机构名单，并向社会进行公示，公示期为七天；对于评估未通过的，告知其理由，提出完善建议，自结果告知送达之日起，三个月后可重新申报新增定点，现场评估仍不合格的，一年内不得再次申请。

六、组织培训和签订协议

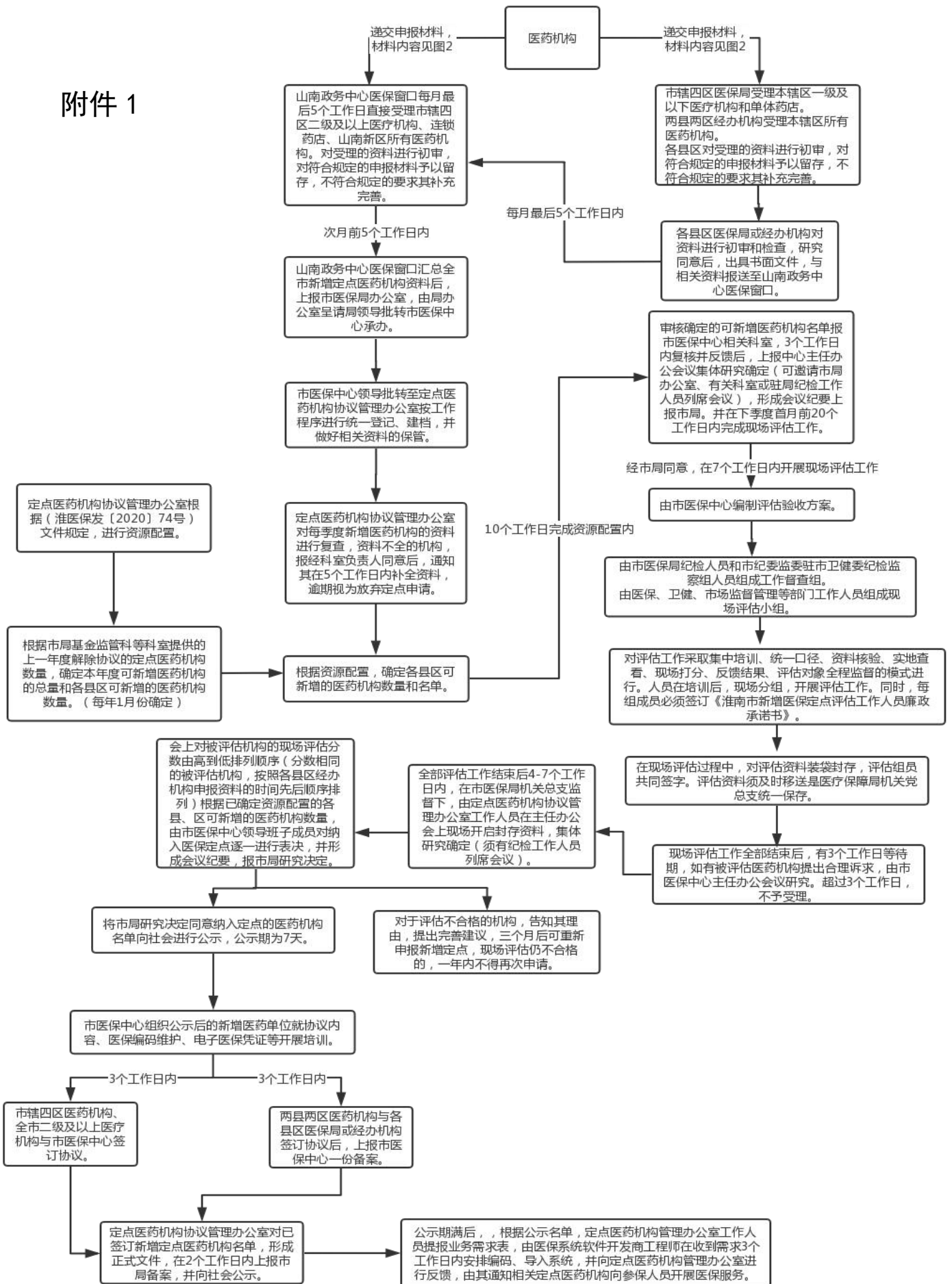
公示期满后，根据公示名单，由市医保中心及时组织新增定点医药机构对协议内容、协议单位日常管理、医保编码的维护工作、电子医保凭证的使用等进行统一培训。新增医药机构对协议内容无异议的，双方即可签订服务协议，其中：市辖四区、山南新区的医药机构和全市二级或以上医疗机构在 3 个工作日内与市医保中心签订协议；两县两区的医药机构 3 个工作日内与所属辖区医保经办机构签订协议，协议签订完毕后，由所属辖区医保

经办机构及时报送市医保中心一份协议，留存备案。定点医药机构协议管理办公室对已签订协议新增定点医药机构名单，形成正式文件，在 2 个工作日内上报市医保局备案，并向社会进行公示。

七、新增定点医药机构的信息维护

公示期满后，根据公示名单，定点医药机构管理办公室工作人员填报导入医保信息系统的业务需求表（附新增定点医药机构相关信息明细），按流程上报，由医保系统软件开发商在收到业务需求后 3 个工作日内负责维护，并向定点医药机构管理办公室进行反馈，由其通知相关定点医药机构向参保人员开展医保服务。

附件 1



附件 2

申请定点药店提交材料清单：

- 1、《淮南市零售药店协议管理申请登记表》(在淮南市医疗保障局网站下载)；
- 2、《药品经营许可证》和《营业执照》的副本（原件和复印件）、银行基本户开户许可证（原件和复印件）；
- 3、零售药店法定代表人和经营者身份证及复印件；
- 4、零售药店全体职工花名册，包括至少1名在职在岗执业药师，经营中药须1名执业中药师，执业药师需提供注册证和资格证复印件；
- 5、合法的经营场所证明材料（如：房产证、租房合同书等）；
- 6、未受卫健、市场监管等部门近一年来的行政处罚证明材料（由受理医保部门函询后上报）；
- 7、纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；
- 8、内部管理制度、财务制度文本、近三个月的财务报表。

注：以上医药机构提交的申请资料，所有证件或证明资料的有效期限须超过医保协议当年度期限。

申请定点医疗机构提交材料清单：

- 1、《淮南市医疗机构协议管理申请登记表》(在淮南市医疗保障局网站下载)；
- 2、《医疗机构执业许可证》和《事业单位法人证书》（原件和复印件）、《民办非企业单位登记证书》（原件和复印件）、《营业执照》的副本（原件和复印件）、银行基本户开户许可证（原件和复印件）、法人身份证复印件；
- 3、医疗机构设置批复文件及复印件、等级评审文件或者卫健行政部门出具的相当等级证明材料及复印件；
- 4、医疗机构全体职工花名册；
- 5、合法的经营场所证明材料（如：房产证、租房合同书等）；
- 6、未受卫健、市场监管等部门近一年来的行政处罚证明材料（由受理医保部门函询后上报）；
- 7、纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；
- 8、内部管理制度、财务制度文本、近三个月的财务报表。

注：以上医药机构提交的申请资料，所有证件或证明资料的有效期限须超过医保协议当年度期限。

淮南市门诊慢特病管理经办流程 (试行)

根据《安徽省医疗保障局关于印发<安徽省基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理办法(试行)>的通知》(皖医保秘〔2020〕132号)、《淮南市医疗保障局关于印发<淮南市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理办法(试行)>的通知》(淮医保办〔2021〕25号)和基本医疗保险政策有关规定,为规范门诊慢性病、特殊病管理,切实减轻患者门诊医疗负担,结合我市实际,制定管理经办流程如下。

一、病种名称、认定标准、待遇保障及支付范围

第一条 病种名称

2021年5月1日起,全市职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险统一执行省定63种门诊慢特病病种范围及认定标准,相关病种名称的变更调整(细分、删除或合并)按统一规范名称执行。

1.高血压 2.冠心病 3.心功能不全 4.慢性阻塞性肺疾病 5.支气管哮喘 6.肺动脉高压 7.特发性肺纤维化 8.溃疡性结肠炎 9.克罗恩病 10.肝硬化 11.晚期血吸虫病 12.自身免疫性肝病 13.慢性肾脏病 14. 肾病综合征 15. 慢性肾衰竭(尿毒症期) 16. 糖

尿病 17. 甲状腺功能亢进症 18. 甲状腺功能减退症 19. 肢端肥大症 20. 脑卒中 21. 癫痫 22. 帕金森综合症 23. 阿尔茨海默病（老年痴呆） 24. 肝豆状核变性 25. 重症肌无力 26. 肌萎缩侧索硬化症 27. 多发性硬化 28. 青光眼 29. 黄斑性眼病 30. 银屑病 31. 白癜风 32. 重度特应性皮炎 33. 精神障碍 34. 慢性乙型肝炎 35. 慢性丙型肝炎 36. 结核病 37. 艾滋病 38. 类风湿性关节炎 39. 强直性脊柱炎 40. 系统性红斑狼疮 41. 白塞氏病 42. 系统性硬化症 43. 干燥综合征 44. 多发性肌炎 45. 皮肌炎 46. 结节性多动脉炎 47. ANCA 相关血管炎 48. 先天性免疫蛋白缺乏症 49. 生长激素缺乏症 50. 普拉德-威利综合征 51. 脑瘫 52. 尼曼匹克病 53. 心脏瓣膜置换术后 54. 血管支架植入术后 55. 心脏冠脉搭桥术后 56. 器官移植术后 57. 血友病 58. 特发性血小板减少性紫癜 59. 再生障碍性贫血 60. 骨髓增生异常综合征 61. 骨髓增生性疾病 62. 白血病 63. 恶性肿瘤

第二条 认定标准

为简化办事程序,方便参保人申办,我市暂定 15 个病种申报门诊慢特病可提供相应的门诊病历: 1. 甲状腺功能亢进症 2. 甲状腺功能减退症 3. 肢端肥大症 4. 癫痫 5. 帕金森综合症 6. 阿尔茨海默病（老年痴呆） 7. 肝豆状核变性 8. 青光眼 9. 黄斑性眼病 10. 银屑病 11. 白癜风 12. 干燥综合征 13. 生长激素

缺乏症 14. 普拉德-威利综合征 15. 尼曼匹克病。

除上述 15 种病种,其他申报材料需要相关住院病历。

第三条 病种待遇保障

属于《安徽省基本医疗保险门诊慢性病特殊病病种目录(试行)》的我市现行门诊慢特病病种,继续按原规定享受相关待遇,每个病种单独设置年度支付限额(见附表),城镇职工暂限两个病种,年度支付限额合并计算;城乡居民不限病种,年度支付限额不超过 4000 元;与住院合并计算的病种除外;新增纳入的病种,根据基本医疗保险保障原则,综合考虑基金承受能力等因素,调整设置医保基金年度最高支付限额。

第四条 支付范围

慢特病门诊用药支付范围按照《安徽省基本医疗保险慢特病门诊用药目录(试行)》规定执行。与病种相关必需的治疗、检查和材料等费用,按医保目录规定纳入医保支付范围。今后,国家及省出台新规定的,按新规定执行。

二、病种资格申报、鉴定

第五条 参保人员按规定向县(区)级医疗保障行政部门或医疗保障经办机构提交门诊慢特病认定申请,提供相应的诊断证明、病历、检查、化验报告等门诊慢特病申请资料。市医保中心按照相关规定和要求,对“市辖四区”(田家庵区、大通区、八公

山区、谢家集区)参保人员的申请组织审核认定,并将审核结果反馈“市辖四区”医保部门,由其及时告知申请人;“两县两区”(寿县、凤台县、潘集区、毛集实验区)参保的农村居民由所在县区医保部门组织审核认定,并将审核结果及时告知申请人。

第六条 参保人员具体申报方式。“两县两区”参保职工、居民每个月 1-10 号到各县区政务中心医保窗口递交门诊慢性病申报材料并填表申报;“两县两区”农村居民前往当地卫生院进行申报(其中凤台县须前往凤台县人民医院、东方集团凤凰医院填表申报);“市辖四区”城镇职工、居民每个月 1-10 号前往各区政务中心医保窗口进行申报;“市辖四区”农村居民前往各乡镇卫生院进行申报。

第七条 申报资料的报送。各县区医保部门、乡镇卫生院等每月 11-15 号左右将收集的门诊慢特病申报材料及花名册统一报送至市医保中心门诊慢特病管理办公室。

第八条 组织专家审核鉴定。每月 20 号左右市医保中心门诊慢特病管理办公室抽取全市二级以上各医院副高以上职称的医学专家,对全市城镇职工、居民、农村居民门诊慢特病申报材料组织进行审核鉴定;两县两区每月 20 号左右自行抽取全市二级以上各医院副高以上职称的医学专家,对参保的农村居民门诊慢特病申报材料组织进行审核鉴定。

第九条 在病种审核鉴定过程中统一执行《安徽省基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准》（以下简称《认定标准》），不得自行调整。

第十条 组织认定时，原则上应抽取具有高级职称的医学专家组建专家组，依据《认定标准》实施认定并出具认定意见，医保经办机构审核确认。

第十一条 门诊慢特病资料整理及反馈。市医保中心门诊慢特病管理办公室对当月组织审核鉴定后的门诊慢特病材料进行分类，对审核通过的及未通过的资料分开整理和存档。并将未审核通过的材料原件复印一份交由各县区医保部门或乡镇卫生院等工作人员带回，由其负责向群众解释未审核通过的原因。

第十二条 取得门诊慢特病资格人员信息维护。市医保中心门诊慢特病管理办公室工作人员填写审核通过人员信息维护需求表，逐级上报领导签字后，交由医保信息工程师统一维护到医保信息系统中，确保群众能及时享受待遇。

第十三条 申请慢特病门诊病种的参保人员得到审核通过的信息反馈后，可以通过微信下载淮南门诊慢性病患者“电子证历”作为就医凭证。对无法使用智能手机的老年人等可到所在县区政务中心医保窗口打印电子凭证或领取纸质证件。

第十四条 特殊情况受理。全市参保人员原则上应按照上述

申报程序进行门诊慢特病资格申报，相关工作人员须严格按照工作程序办理业务，参加审核鉴定的医学专家须认真、规范进行鉴定，防止出现弄虚作假等行为。局属机关单位人员应做好表率，如特殊情况需要直接通过市医保中心门诊慢特病管理办公室申报材料的，须经市医保局办公室按照办文程序经审批后按特殊情况受理。

第十五条 线上申报流程。

（一）参保人填写申请表

参保人关注“淮南医保”微信公众号，点击“门诊慢性病申请”，参保人线上填写“门诊慢性病申请表”，选择申报病种和定点医院（城镇职工和居民有定点医院，农合暂时没有定点医院）。“门诊慢性病申请表”填写无误后，点击提交。

除恶性肿瘤、器官移植术后抗排异、肾透析三个病种，职工如已有两个病种，系统实现锁死，当年不能再申请变更病种，如原有一个病种，可申请增加一个病种。

（二）上传门诊慢性病病种资料

1.提交异地住院资料的参保人，提交申请表后，进入上传病种资料页面，参保人可通过拍照上传异地住院资料，系统提供住院资料标准模板可供参考。

2.市内住院病人，携身份证到我市试点且参保人发生住院费

用的二级及二级以上医院，请医院医保办或病案室提供上传近两年的相关病种的住院病历。

3.本模块实现功能：我市二级及二级以上医疗机构将医院已有的电子病历库的参保人病历，通过录屏或办公软件转换成 PDF 格式上传到我市门诊慢性病专家审核库，医院端需做接口。

（三）建立线上审核专家库

1.线上审核专家库：我市具有科室副主任以上资格的医生是门诊特慢病的审核专家，目前我市门诊特慢病的专家库有相关专家 62 位，经过前期沟通，第一批门诊特慢病的线上审核专家 8 位。下一步放开线上审核专家数量，提高线上审核的效率。

2.参保人的申报材料齐全后（填写申报表和上传住院或门诊材料），由医保中心工作人员随机分配专家审核。

（四）线上专家审核

1.门诊特慢病线上审核专家 15 个工作日内审核材料，材料不符合退回补充，病种不符合注明不符合原因，方便参保人查询，同时生成短信息发送参保人手机上。

2.线上审核通过的材料，可线上查询进度，同时发送短信息提示参保人审核通过。

3.审核通过及未通过的门诊慢特病材料，月底分别生成报表。

4.参照其他地市线上门诊审核费用，我市可执行线上审核 5 元/份。

（五）待遇享受

1.审核通过的报表次月导入系统，参保人即可实现门诊慢特病的待遇享受。

2.有门诊慢特病信息的参保人，可在“淮南医保”微信公众号“慢病证打印”里调取门诊特慢病的电子证历，到选定的医院就医取药，也可自行下载、打印门诊特慢病的电子证历，或到所在县区医保经办机构打印。

三、病种变更、定点医院变更

第十六条 每年 12 月份参保人填写变更表，变更病种和定点医院（恶性肿瘤、器官移植、肾透析可以随时变更病种和定点医院）。经审核无误后录入系统，次年可以享受门诊慢特病待遇。

四、病种认定管理

第十七条 本市原有的、不在省定《病种目录》范围内且国家已赋病种编码的门诊慢特病病种，原则上 3 年内完成清理规范，与省定政策有序衔接；已认定门诊慢特病的人员继续按原规定享受医保待遇，2021 年 5 月 1 日起不再认定增加新的人员。

第十八条 参保人员取得门诊慢特病病种资格连续 24 个月未发生该慢特病门诊费用的，门诊慢特病资格自动取消，如需享

受须重新申报。

五、就医结算管理

第十九条 我市基本医疗保险（包括职工医保和居民医保）门诊慢特病就医购药实行“三定”管理（定病种、定药品、定医院），即对确定的病种到选定的医院，进行针对该病种的检查和诊疗。所有参保人员患有门诊慢特病就医购药治疗时须严格遵守该制度。

第二十条 “定病种”为参保人员（包括职工和居民）在各自医保政策规定的门诊慢性病病种范围内，申报自己所患的病种，经鉴定合格，确定为申报门诊治疗的门诊慢性病病种。

每位参保人员可申报的病种数量、每个病种的基金起付线、报销比例和年度支付限额，按《淮南市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病管理办法（试行）》政策规定执行。门诊慢性病病种年度支付限额纳入基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额内管理。

参保人员门诊慢特病医疗费用经基本医疗保险支付后，个人负担的合规医疗费用按规定纳入大病保险、医疗救助等保障范围。

第二十一条 “定药品”为参保人员在门诊治疗用药时须严格执行《安徽省基本医疗保险门诊慢特病用药目录》(以下简称《用药目录》)，《用药目录》内的医药费用由医保基金按各自政策

规定支付。

第二十二条 以下药品不纳入医保基金支付范围：

- (一)未纳入《用药目录》的药品；
- (二)与门诊慢特病病种在门诊治疗无关的药品；
- (三)明确不得在门诊使用的药品；
- (四)辅助类或滋补类的药品；
- (五)其他不适宜门诊使用的药品等。

第二十三条 门诊慢特病病种的门诊诊疗项目和医用耗材暂按现行规定执行。待省级医疗保障部门制定门诊慢性病诊疗项目和医用耗材目录后遵照执行。

第二十四条 “定医院”为参保人员须在本统筹区内，选择一所能够满足治疗需要、方便就医配药的医保定点医院，作为自己门诊慢性病的诊治医院。

参保人员中异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员，办理相关手续后，可在就医地选择一所能够满足治疗需要、方便就医配药的当地医保定点医院，作为其门诊慢特病的诊治医院。

第二十五条 参保人员确定的门诊慢特病定点医院，原则上一年内不得变更。参保人员因工作地或居住地迁移等情形需要变更定点医院的，可向参保地医保服务窗口申请并办理变更手续。

第二十六条 参保人员中患有精神病和其他门诊慢性病的，定点医院可选择两家，一家为精神病定点医院，另一家为其他病种定点医院。合并为一个证件，两家定点医院。

第二十七条 定点医院须严格执行基本医疗保险相关政策规定，做到人证相符，病种和用药相符。做到合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费。不得过度检查、过度治疗，与就诊病种无关的检查治疗费用，统筹基金不予支付。

第二十八条 定点医院为参保病人提供药事服务时，不得开“人情方”“大处方”，门诊取药原则上一次不超过 30 日量。对高血压、糖尿病等病情稳定并需要长期服用固定药物的门诊性特病，一次处方药量可在遵循医嘱的条件下延长至 3 个月，医保可实行按长期处方结算。

第二十九条 承担门诊慢特病诊治的定点医院，应有专人负责该项工作，为每位参保患者建立门诊档案，保存发票、处方及其他病历资料，实行联网即时结算。

第三十条 各级医保经办机构应积极开展门诊慢性病异地联网直接结算，暂未开通异地门诊慢性病直接结算的地区，应提高异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等参保群体手工报销结算的便捷性。除恶性肿瘤、器官移植术后抗排异、肾衰门诊透析三大病种及时结算外，其他慢性病每半年结算

一次（即六月份和十二月份各一次）。

第三十一条 各级医保经办机构要加强对承办门诊慢性病医院的监督管理，发现问题及时纠正。对拒不执行相关规定的定点医院，医保经办机构可按协议约定，进行追责处理。

六、其他

第三十二条 因原农村参保居民门诊慢性病政策特殊性，为确保政策平稳过渡，确定 2021 年 12 月 31 日前为过渡期，过渡期内仍按原渠道就医结算。过渡期结束后，自 2022 年 1 月 1 日起执行以上就医结算管理规定。

附件 1

