

揭阳市医疗保障局文件

揭市医保规〔2021〕2号

关于印发《揭阳市基本医疗保险门诊 特定病种管理办法》的通知

各县（市、区）人民政府（管委会），市直有关单位：

经市政府同意，现将《揭阳市基本医疗保险门诊特定病种管理办法》印发给你们，请认真贯彻执行。



附件 1

揭阳市基本医疗保险门诊特定病种 管理办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善多层次医疗保障体系，提高门诊特定病种保障水平，减轻参保人员门诊医疗费用负担，根据广东省医疗保障局《关于印发〈广东省基本医疗保险门诊特定病种管理办法〉的通知》（粤医保规〔2020〕4号）文件规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 门诊特定病种（以下简称门特）是指诊断明确、病情相对稳定、需在门诊长期治疗或诊疗方案明确的疾病。门特医疗费用由医保统筹基金按规定支付。

第三条 我市城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）参保人员的门特保障适用本办法。

第四条 各级医疗保障行政部门负责门特政策的实施，对定点医药机构进行监督检查。各县（市、区）医保经办机构负责门特的经办管理服务，并协助医疗保障行政部门对定点医药机构开展监督检查。

第二章 待遇保障

第五条 全市执行省统一的门特范围，各病种名称详见附件。

第六条 门特不设起付线，政策范围内支付比例按照住院标准执行。参保人选定的门特定点医疗机构为异地医疗机构的，需经医保经办机构进行转外就医备案，报销比例按照已办理异地转诊备案手续人员住院报销比例执行；异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员门特报销比例按照市内住院报销比例执行。

第七条 门特实行月度支付限额（病种限额详见附件），统筹基金支付金额计入参保人年度基本医疗保险最高支付限额。参保人同时患有多个病种的，月度支付限额按照定额标准最高的病种定额计算。月度支付限额当月有效，结余清零。

第八条 纳入门特病种范围的疾病治疗用药和诊疗项目必须与该疾病治疗相符合，不相符合的药品或诊疗项目费用不纳入统筹基金支付范围。参保人所发生的医疗费用经基本医疗保险支付后，其个人负担的合规医疗费用按规定纳入大病保险、补充医疗保险、医疗救助保障范围。

第三章 管理服务

第九条 各级医保经办机构从符合卫生健康部门核准的诊疗科目及诊疗技术资质等条件的定点医疗机构中确定可开展相应门特诊断（病种认定）及治疗的医疗机构，并报属地医疗保障部门备案，名单统一由市医保经办机构向社会公

布。

第十条 门特实施病种资格认定和定点就医备案管理。参保人申请门特待遇应选择具备相应门特病种服务资格的医疗机构办理门特病种资格认定，医疗机构按照相应病种准入标准予以审核确认，并将相关审核确认信息上传医保信息系统备案，参保人应选定2家符合条件的定点医疗机构（和2家定点零售药店）作为本人门特就诊医疗机构（和外配处方药店）并向医保经办机构进行备案。未按规定选定定点医疗机构及向医保经办部门备案的，统筹基金不予支付。既往已确诊的参保人员，办理病种资格认定的医疗机构可根据既往一年内化验单、诊断书等予以审核确认。确认时间即为参保人门特病种待遇享受开始时间。

选定的医疗机构（和药店）原则上一年内不变更，参保人员确因病情需要及居住地迁移等情形需要变更选定医疗机构的，可向参保地医保经办机构申请办理变更手续。

第十一条 门特准入标准和待遇享受有效期按省医疗保障部门规定执行。

第十二条 参保人在联网的定点医疗机构就医购药（或凭选定的医疗机构外配处方、就医凭证在本人选定的定点零售药店配药）实行即时结算，属于个人支付部分的，由参保人与定点医药机构直接结算；属于统筹基金支付部分的，由定点医药机构先予记账，每月汇总后向医保经办机构申报结算。参保人在未联网的定点医药机构就医购药的，发生的医疗费用由参保人先行垫付，再凭相关资料到参保地医保经办机构按规定报销。

第十三条 定点医疗机构按照因病施治、合理用药的原则，可根据病情需要将门特单次处方医保用药量延长到12周。

第四章 基金监管

第十四条 定点医药机构应严格执行政策和服务协议规定，不得通过串换药品、串通病人伪造病历和检查资料等违规行为骗取医保基金，构成犯罪的，将依法追究刑事责任。

定点医疗机构违规为参保人员办理门特审核确认的，参保人员发生的相应门特费用，医保基金不予支付，由定点医疗机构承担。

定点医药机构应当按规定为患者建立并妥善保存电子病历、在线电子处方、购药记录等信息，做到诊疗、处方、交易、配送可追溯、可监管。

第十五条 各级医疗保障部门应加强对门特的监督管理，改进监管方式，切实做好门特的日常管理和重点监测工作；加强门特与住院保障的衔接，推动合理诊疗和科学施治。

第五章 附则

第十六条 定点医疗机构开展门特病种待遇认定等经办管理服务按《广东省医疗保险门诊特定病种业务经办规程》执行。本办法有效期内如遇法律、法规或有关政策调整变化的，从其规定。

第十七条 本办法实施前已经享受门诊特定病种待遇的参保人，可按本办法规定的标准继续享受待遇至 2021 年 6 月 30 日止。自 2021 年 7 月 1 日起按本办法规定属于设定有效期的病种，参保人必须重新办理认定及备案手续方可继续享受待遇；属于长期有效的病种，不再重新办理认证，长期享受待遇。原已享受门诊特待遇的参保人，本办法实施时系统自动默认参保人当年度首次就诊医疗机构为其选定的治疗机构，参保人需要变更或增加就诊医疗机构的，可直接到选定医疗机构办理相关手续。

第十八条 本办法自 2021 年 7 月 1 日起实施，有效期 5 年。此前规定与本办法不一致的，以本办法为准。

附件：揭阳市基本医疗保险门诊特定病种待遇标准及费用限额表

附件：

揭阳市基本医疗保险门诊特定病种待遇标准及费用限额表

序号	疾病种类及治疗方式	统筹基金支付比例	最高支付限额（元）		待遇享受有效期	备注
			职工	居民		
1	慢性阻塞性肺疾病	参照住院标准执行	1200/月	1000/月	长期	
2	高血压病		350/月	300/月	长期	
3	冠心病		350/月	300/月	长期	
4	慢性心功能不全		350/月	300/月	长期	
5	肝硬化（失代偿期）		1200/月	1000/月	长期	
6	慢性乙型肝炎		350/月	300/月	2年	
7	丙型肝炎（HCV RNA阳性）		3000/月	2500/月	6个月	
8	慢性肾功能不全（非透析治疗）		1200/月	1000/月	长期	
9	肾脏移植术后抗排异治疗		5000/月	3000/月	2年	
10	造血干细胞移植后抗排异治疗		5000/月	3000/月	2年	
11	糖尿病		350/月	300/月	长期	
12	类风湿关节炎		1200/月	1000/月	长期	
13	恶性肿瘤（非化疗）		350/月	300/月	2年	
14	地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）		参照住院标准执行（不设起付线）		长期	
15	再生障碍性贫血				2年	
16	血友病				长期	
17	帕金森病		350/月	300/月	长期	
18	癫痫		350/月	300/月	长期	
19	脑血管疾病后遗症		550/月	400/月	长期	
20	艾滋病		350/月	300/月	长期	
21	活动性肺结核		550/月	400/月	1年	
22	耐多药肺结核		1200/月	1000/月	2年	
23	系统性红斑狼疮		1200/月	1000/月	长期	
24	心脏移植术后抗排异治疗		参照住院标准执行（不设起付线）		2年	
25	肝脏移植术后抗排异治疗				2年	
26	肺脏移植术后抗排异治疗				2年	
27	肺动脉高压		5000/月	3000/月	长期	
28	支气管哮喘		350/月	300/月	长期	
29	骨髓纤维化		参照住院标准执行（不设起付线）		2年	
30	骨髓增生异常综合症				2年	
31	C型尼曼匹克病				长期	
32	肢端肥大症				2年	
33	多发性硬化				2年	
34	强直性脊柱炎				长期	
35	银屑病				长期	
36	克罗恩病				长期	
37	溃疡性结肠炎				长期	
38	湿性年龄相关性黄斑变性				2年	
39	糖尿病黄斑水肿				2年	
40	脉络膜新生血管				2年	
41	视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿				2年	
42	精神分裂症				长期	
43	分裂情感性障碍				长期	
44	持久的妄想性障碍（偏执性精神病）				长期	
45	双相（情感）障碍				长期	
46	癫痫所致精神障碍		长期			
47	精神发育迟滞伴发精神障碍		长期			
48	慢性肾功能不全（血透治疗）		2年			
49	慢性肾功能不全（腹透治疗）		2年			
50	恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）		2年			
51	恶性肿瘤（放疗）		2年			
52	新冠肺炎出院患者门诊康复治疗		按国家和省有关政策规定执行		3个月	

公开属性：主动公开

揭阳市医疗保障局办公室

2021年4月21日印发
