附件1

汕尾市基本医疗保险门诊特定病种管理办法

（修订征求意见稿）

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，减轻参保人门诊医疗费用负担，根据国家和省有关规定，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）参保人门特保障适用本办法。

第四条　市医疗保障部门根据国家、省的有关规定，制定全市门特相关政策，并指导各县（市、区）医疗保障部门开展门特工作。各县（市、区）医疗保障部门负责门特政策的组织实施，对定点医药机构进行监督检查。各级医保经办机构负责门特的经办管理服务工作，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　我市执行全省统一的门特范围，保留本办法实施前已开展但不在省规定范围内的门特继续保障。下列疾病及其治疗项目纳入我市基本医疗保险门诊特定病种范围：

1.慢性阻塞性肺疾病；

2.高血压病；

3.冠心病；

4.慢性心功能不全；

5.肝硬化（失代偿期）；

6.慢性乙型肝炎；

7.丙型肝炎（HCV RNA阳性）；

8.慢性肾功能不全（非透析治疗）；

9.肾脏移植术后抗排异治疗；

10.造血干细胞移植后抗排异治疗；

11.糖尿病；

12.类风湿关节炎；

13.恶性肿瘤（非放化疗）；

14.地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）；

15.再生障碍性贫血；

16.血友病；

17.帕金森病；

18.癫痫；

19.脑血管疾病后遗症；

20.艾滋病；

21.活动性肺结核；

22.耐多药肺结核；

23.系统性红斑狼疮；

24.心脏移植术后抗排异治疗；

25.肝脏移植术后抗排异治疗；

26.肺脏移植术后抗排异治疗；

27.肺动脉高压；

28.支气管哮喘；

29.骨髓纤维化；

30.骨髓增生异常综合症；

31.C型尼曼匹克病；

32.肢端肥大症；

33.多发性硬化；

34.强直性脊柱炎；

35.银屑病；

36.克罗恩病；

37.溃疡性结肠炎；

38.湿性年龄相关性黄斑病变；

39.糖尿病黄斑水肿；

40.脉络膜新生血管；

41.视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿；

42.精神分裂症;

43.分裂情感性障碍;

44.持久的妄想性障碍（偏执性精神病）;

45.双相（情感）障碍;

46.癫痫所致精神障碍;

47.精神发育迟滞伴发精神障碍;

48.慢性肾功能不全（血透治疗）;

49.慢性肾功能不全（腹透治疗）;

50.恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）;

51.恶性肿瘤（放疗）;

52.新冠肺炎出院患者门诊康复治疗;

53.躁狂症。

第六条 门特不设起付线，符合政策规定的医疗费用，按职工医保和居民医保分别设定政策范围内支付比例及年度最高支付限额（详见附件1《汕尾市基本医疗保险门诊特定病种范围及待遇标准表》）。其中以下病种政策范围内支付比例参照市内住院标准执行。

1.精神分裂症;

2.分裂情感性障碍;

3.持久的妄想性障碍（偏执性精神病）;

4.双相（情感）障碍;

5.癫痫所致精神障碍;

6.精神发育迟滞伴发精神障碍;

7.慢性肾功能不全（血透治疗）;

8.慢性肾功能不全（腹透治疗）;

9.恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）;

10.恶性肿瘤（放疗）;

11.慢性肾功能不全（非透析治疗）;

12.恶性肿瘤（非放化疗）;

13.癫痫;

14.躁狂症;

15.耐多药肺结核;

16.慢性乙型肝炎;

17.丙型肝炎（HCV- RNA阳性）。

第七条 参保人符合条件同时享有多个门特病种的，以其中年限额最高的一个病种作为年度限额标准，参保病人患病住院期间不得同时享受门特待遇保障。

第八条 为减轻我市尿毒症病人门诊费用负担，在本市范围内定点医院门诊透析治疗发生的治疗费用（包含血透费、监测费、透析器、血液管路等透析诊疗、材料费），职工医保参保人单次个人负担55元；居民医保参保人单次个人负担100元。医保与定点医院门诊透析结算采用定额结算，由医保经办机构与定点医院在服务协议中明确。尿毒症门诊透析治疗所需的药品费用，参照住院标准执行。

第九条 慢性乙型肝炎、丙型肝炎参保患者，确诊门特必要的相关检查费用，纳入门特政策范围内报销。职工医保个人账户

可用于支付本人及其配偶、父母、子女不属于公共卫生负担的乙肝疫苗接种费用。

第十条 参保人门特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

第十一条 市医疗保障部门确定可开展门特病种待遇认定及治疗服务的定点医疗机构的条件，各级医保经办机构依据医疗许可范围及医疗专家配备情况从符合条件的定点医疗机构中确定可开展相应门特诊断及治疗的医疗机构，确定后报同级医疗保障行政部门同意后报市医保中心，由市医保中心统一向社会公布。

第十二条 鼓励基层医疗卫生机构（包括乡镇卫生院及社区卫生服务中心）加强慢性病管理，予以所有基层医疗卫生机构高血压、糖尿病的认定资格。

第十三条 参保人享受门特待遇须经定点医疗机构确诊，选定符合条件的定点医疗机构作为本人就诊医疗机构。既往已确诊的参保人，定点医疗机构可根据既往化验单、诊断书等予以审核确认。

选定医疗机构原则上一年内不变更，参保人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。

第十四条 根据病种性质和相应疾病临床诊疗规范明确门特准入标准和待遇享受有效期，具体按照《广东省医疗保障局关于广东省基本医疗保险门诊特定病种准入标准（试行）的通知》（粤医保函〔2020〕483号）等有关标准执行。

第十五条 门特实施备案管理。参保人申请门特时，定点医疗机构应按照相应门特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。

第十六条 参保人凭选定医疗机构外配处方、就医凭证，可按规定在本市定点零售药店配药，实行直接结算，具体方案另行制定。

第十七条 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。

第十八条 参保人按规定在指定的异地医疗机构就医发生的门特费用，由各地医保经办机构按省内异地及跨省异地就医有关规定给予联网结算。因特殊原因不能联网结算的，各地医保经办按规定给予报销。

第四章 基金监管

第十九条 定点医疗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，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。

定点医疗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。

第二十条 各级医疗保障部门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。

第二十一条 门诊机构及其医务人员必须严格执行国家卫生部门制定的诊疗规范，合理合法行医，不得串通病人捏造病历资料和检查资料、串换药品、非法套取门特基金；一经发现，按《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等有关法律法规进行处理。

第二十二条 参保人就诊时应尊重医务人员的诊疗决定，不得干预医务人员的诊疗行为，不得弄虚作假、冒名顶替、私自涂改单据等，一经发现，按相关法律法规进行处理。对门特待遇给付有异议的，可向医保经办机构或定点医疗机构查询、反映，或向医疗保障部门投诉。

第二十三条 医保经办机构或其授权的机构，有权到门诊机构检查或提取医疗处方、收费凭证等与门特有关的原始和复印资料，门诊定点机构必须配合。对违反门特规定造成不合理的门特费用开支的门诊定点机构，医保经办机构按有关规定处理。

第五章　附 则

第二十四条　门特待遇支付比例、限额等的调整，由市医疗保障局根据本市经济社会发展、医保基金收支情况以及医疗消费水平等因素适时调整。门特病种范围的调整根据省的规定进行调整。

第二十五条　门特异地就医相关规定根据省医疗保障部门相关规定另行制定。

第二十六条　本办法由汕尾市医疗保障局负责解释。

第二十七条　本办法自2027年1月1日起施行，有效期5年。原《汕尾市基本医疗保险门诊特定病种管理办法》（汕医保〔2021〕51号）、《关于调整汕尾市基本医疗保险部分门诊特定病种年度最高支付限额的通知》（汕医保〔2023〕103号）同时废止；此前本市其他文件与本办法不一致的，以本办法为准。国家、省出台新规定的，从其规定。

附件：汕尾市基本医疗保险门诊特定病种范围及待遇标准

附件

汕尾市基本医疗保险门诊特定病种范围及待遇标准

序号	病种名称	职工医保待遇标准		居民医保待遇标准	
		支付比例	年度最高支付限额	支付比例	年度最高支付限额
1	慢性阻塞性肺炎	70%	10000 元	60%	6000 元
2	高血压病	70%	4000 元	60%	3000 元
3	冠心病	70%	5000 元	60%	3000 元
4	慢性心功能不全	70%	5000 元	60%	3000 元
5	肝硬化（失代偿期）	70%	15000 元	60%	10000 元
6	慢性乙型肝炎	按市内同级别定点医疗机构住院支付比例报销	15000 元	按市内同级别定点医疗机构住院支付比例报销	10000 元
7	丙型肝炎（HCV RNA 阳性）	按市内同级别定点医疗机构住院支付比例报销	35000 元	按市内同级别定点医疗机构住院支付比例报销	30000 元
8	糖尿病	70%	4000 元	60%	3000 元
9	类风湿关节炎	70%	8000 元	60%	5000 元
10	地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）	70%	90000 元	60%	80000 元
11	再生障碍性贫血	70%	该年度职工医保统筹基金最高支付限额	60%	该年度居民医保统筹基金最高支付限额
12	帕金森病	70%	5000 元	60%	3000 元
13	脑血管疾病后遗症	70%	10000 元	60%	6000 元
14	活动性肺结核	70%	15000 元	60%	10000 元
15	耐多药肺结核	按市内同级别定点医疗机构住院支付比例报销	120000 元	按市内同级别定点医疗机构住院支付比例报销	100000 元
16	系统性红斑狼疮	70%	10000 元	60%	6000 元

17	肺动脉高压	70%	30000 元	60%	25000 元
18	支气管哮喘	70%	8000 元	60%	5000 元
19	骨髓纤维化	70%	70000 元	60%	60000 元
20	骨髓增生异常综合症	70%	该年度职工医保统筹基金最高支付限额	60%	该年度居民医保统筹基金最高支付限额
21	C 型尼曼匹克病	70%	15000 元	60%	10000 元
22	肢端肥大症	70%	40000 元	60%	35000 元
23	多发性硬化	70%	50000 元	60%	45000 元
24	强直性脊柱炎	70%	15000 元	60%	10000 元
25	银屑病	70%	30000 元	60%	25000 元
26	克罗恩病	70%	8000 元	60%	5000 元
27	溃疡性结肠炎	70%	8000 元	60%	5000 元
28	湿性年龄相关性黄斑病变	70%	45000 元	60%	40000 元
29	糖尿病黄斑水肿	70%	45000 元	60%	40000 元
30	脉络膜新生血管	70%	45000 元	60%	40000 元
31	视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿	70%	45000 元	60%	40000 元
32	肾脏移植术后抗排异治疗	70%	该年度职工医保统筹基金最高支付限额	60%	该年度居民医保统筹基金最高支付限额
33	造血干细胞移植后抗排异治疗	70%		60%	
34	血友病	70%		60%	
35	艾滋病	70%		60%	
36	心脏移植术后抗排异治疗	70%		60%	
37	肝脏移植术后抗排异治疗	70%		60%	
38	肺脏移植术后抗排异治疗	70%		60%	

39	慢性肾功能不全（非透析治疗）	按市内同级别定点医疗机构住院支付比例报销	该年度职工医保统筹基金最高支付限额	按市内同级别定点医疗机构住院支付比例报销	该年度居民医保统筹基金最高支付限额
40	恶性肿瘤（非放化疗）				
41	癫痫				
42	躁狂症				
43	精神分裂症				
44	分裂情感性障碍				
45	持久的妄想性障碍（偏执性精神病）				
46	双相（情感）障碍				
47	癫痫所致精神障碍				
48	精神发育迟滞伴发精神障碍				
49	慢性肾功能不全（血透治疗）				
50	慢性肾功能不全（腹透治疗）				
51	恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）				
52	恶性肿瘤（放疗）				
53	新冠肺炎出院患者门诊康复治疗	70%	15000 元	60%	10000 元