

阳江市医疗保障局

阳医保通（2021）6号

关于印发《阳江市基本医疗保险门诊特定病种管理暂行办法》的通知

市社会保险基金管理局，各县（市、区）医疗保障局、社保分局，各定点医疗机构：

为进一步健全和完善本市医疗保障制度，提高门诊保障水平，规范门诊特定病种管理，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，我局制定了《阳江市基本医疗保险门诊特定病种管理暂行办法》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



阳江市基本医疗保险门诊特定病种 管理暂行办法

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《广东省基本医疗保险门诊特定病种管理办法》（粤医保规〔2020〕4号）的有关规定，制定本暂行办法。

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 市医疗保障行政部门负责全市门特相关政策的制定和组织实施，并对定点医药机构进行监督检查；各县（市、区）医疗保障行政部门负责本辖区内门特相关政策的组织实施，并对辖区内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，并对定点医药机构开展监督检查。

第二章 待遇保障

第五条 我市共有 53 个病种纳入门特范围，包括省医疗保障局制定的 52 个病种及本市已开展但不在省规定范围内可继续保障的脑瘫病种，各病种名称和定额标准详见附件。

第六条 门特不设起付线，报销比例按照住院报销比例标准执行。参保人选定的门特定点医疗机构为异地医疗机构的，需按规定办理异地就医备案，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。已办理常住异地（含异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员）备案手续的，参保人可持备案就医地二级及以上定点医疗机构门特病种资格认证相关资料办理门特病种备案手续，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，统筹费用纳入参保人统筹基金年度累计最高支付限额计算。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加上其他病种定额的 20%合并计算。其中以下病种月度支付限额有结余的，结余部分可在当年度待遇有效期内累积使用：

- （一）支气管哮喘；
- （二）肢端肥大症；
- （三）多发性硬化；
- （四）强直性脊柱炎；
- （五）银屑病；
- （六）克罗恩病；
- （七）溃疡性结肠炎；
- （八）湿性年龄相关性黄斑变性；
- （九）糖尿病黄斑水肿；
- （十）脉络膜新生血管；

(十一) 视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿。

其他非按年度统筹封顶设置限额的病种月度支付限额当月有效，结余清零。

基本医疗保险实行月度支付限额的门特病种，大病保险、补充医疗保险月度支付限额按照基本医疗保险月度支付限额的50%执行；基本医疗保险按年度统筹封顶设置限额的门特病种，大病保险、补充医疗保险按年度统筹封顶设置支付限额。

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，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，与该疾病治疗不相符合的药品或诊疗项目费用不得纳入统筹基金支付范围。

第九条 参保人按照有关规定享受基本医疗保险待遇后方可申请门特待遇，享受门特待遇开始时间为医保经办机构审批之日起。

第三章 管理服务

第十条 各级医保经办机构从本统筹区具备门特病种诊断治疗资格和相应设备仪器的二级及以上定点医疗机构中确定可办理门特病种资格认证及治疗的医疗机构，并报属地医疗保障行政部门备案。符合条件的定点医疗机构应指定具备相应技术、资质的相关科室医师（三级定点医院必须具有副主任医师以上职称，二级定点医院必须具有主治医师以上职称）担任门特病

种资格审核专家并报属地医保经办机构备案。

第十一条 门特实施病种资格认证和定点就医备案管理。参保人员申请门特待遇须经医保经办机构公布的可办理门特病种资格认证的医疗机构按照相应病种准入标准予以审核确认，选定1家符合条件的定点医疗机构作为本人门特就诊医疗机构并向医保经办机构进行备案。申请多个病种的，可选定1-3家符合条件的定点医疗机构作为本人门特就诊医疗机构并向医保经办机构进行备案。既往已确诊的参保人员，办理病种资格认证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。

第十二条 选定医疗机构原则上一年内不变更，参保人员确因病情需要、居住地迁移、工作地址变更、定点医疗机构门特病种服务范围变动等情形需变更选定医疗机构的，可按规定出具相关证明后向医保经办机构申请办理变更手续。

第十三条 门特病种准入标准和待遇享受有效期按省医疗保障行政部门的有关规定执行。

第十四条 参保人经审核确认可享受门特待遇的，在开展联网“一站式”结算的定点医疗机构就医，发生的统筹基金应支付费用由定点医疗机构记账后与医保经办机构进行结算。参保人在未开展联网“一站式”结算的定点医疗机构就医的，发生的门诊医疗费用由参保人先行垫付后，再凭相关资料到参保地医保经办机构按规定报销。

第十五条 定点医疗机构为参保人提供病种审核确认、诊

疗服务及治疗医疗机构费用结算等具体办法由医保经办机构与医疗机构签订服务协议约定。

第十六条 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

第十七条 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参保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。

第十八条 参保人员伪造、变造、或涂改检查报告、诊断证明、处方、单据等有关医疗资料，或者利用其它手段骗取门特待遇的，由医保经办机构向审核确认的医疗机构追回已支付的待遇，并取消该参保人门特待遇，构成犯罪的，移交司法机关依法追究其刑事责任。

第十九条 各级医疗保障行政部门和医保经办机构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

第二十条 参保人在本办法执行前已认定可享受门特待遇的，已认定的病种无需重新申请认定；原已审核确认的病种按照本办法需要进行拆分的，由参保人按规定重新提交资料申请相应病种待遇。

第二十一条 本办法由市医疗保障行政部门负责解释。

第二十二条 本办法自2021年2月1日起施行，有效期3年。此前规定与本办法不一致的，以本办法为准。上述条文规定如遇上级部门有新的文件精神，从其要求进行调整。

附件：阳江市门诊特定病种范围及定额标准

附件：

阳江市门诊特定病种范围及定额标准

序号	病种名称	职工医保 (元/月)	城乡居民医保 (元/月)	备注
1	慢性阻塞性肺疾病	400	300	
2	高血压病	400	300	
3	冠心病	400	300	
4	慢性心功能不全	800	700	
5	肝硬化（失代偿期）	700	500	
6	慢性乙型肝炎	700	500	
7	丙型肝炎（HCV RNA 阳性）	3000	2500	
8	慢性肾功能不全（非透析治疗）	500	300	
9	肾脏移植术后抗排异治疗	3000	2000	
10	造血干细胞移植后抗排异治疗	2000	1500	
11	糖尿病	600	500	
12	类风湿关节炎	400	300	
13	恶性肿瘤（非放化疗）	1200	1000	
14	地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）	1000	800	
15	再生障碍性贫血	1000	800	
16	血友病	1000	800	
17	帕金森病	400	300	
18	癫痫	400	300	
19	脑血管疾病后遗症	500	300	
20	艾滋病	600	500	
21	活动性肺结核	400	300	
22	耐多药肺结核	1200	1000	
23	系统性红斑狼疮	700	500	
24	心脏移植术后抗排异治疗	3000	2000	
25	肝脏移植术后抗排异治疗	3000	2000	
26	肺脏移植术后抗排异治疗	3000	2000	
27	肺动脉高压	3500	3000	
28	支气管哮喘	6000	5000	月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用
29	骨髓纤维化	2500	2000	
30	骨髓增生异常综合征	2500	2000	

31	C型尼曼匹克病	按年度统筹封顶	按年度统筹封顶	
32	肢端肥大症	6000	5000	月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用
33	多发性硬化	6000	5000	月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用
34	强直性脊柱炎	5000	4000	月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用
35	银屑病	5000	4000	月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用
36	克罗恩病	4000	3000	月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用
37	溃疡性结肠炎	5000	4000	月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用
38	湿性年龄相关性黄斑变性	1600	1400	月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用
39	糖尿病黄斑水肿	1600	1400	月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用
40	脉络膜新生血管	1600	1400	月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用
41	视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿	1600	1400	月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用
42	精神分裂症	400	300	
43	分裂情感性障碍	400	300	
44	持久的妄想性障碍（偏执性精神病）	400	300	
45	双相（情感）障碍	400	300	

46	癫痫所致精神障碍	400	300	
47	精神发育迟滞伴发精神障碍	400	300	
48	慢性肾功能不全（血透治疗）	按年度统筹封顶	按年度统筹封顶	
49	慢性肾功能不全（腹透治疗）	按年度统筹封顶	按年度统筹封顶	
50	恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）	按年度统筹封顶	按年度统筹封顶	
51	恶性肿瘤（放疗）	按年度统筹封顶	按年度统筹封顶	
52	新冠肺炎出院患者门诊康复治疗	900	800	
53	脑瘫	/	1000	

部门规范性文件统一编号：阳部规〔2021〕4号

公开方式：主动公开