

梅州市医疗保障局文件

梅市医保规〔2021〕2号

梅州市医疗保障局关于印发《梅州市 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，市直各单位：

为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，经市政府同意，现将《梅州市基本医疗保险门诊特定病种管理办法》印发给你们，请遵照执行。



梅州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，推进分级诊疗，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）、《广东省医疗保障局 广东省财政厅关于全面开展省内异地就医门诊医疗费用直接结算工作的通知》（粤医保规〔2020〕7号）、《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 全市各级医疗保障行政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。全市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 全市执行全省统一的门特范围，并保留 2021 年 1 月 1 日前我市已开展的非省规定保障范围内的门特（各病种名称详见附件）。本办法实施后的门特范围按国家和省相关政策统一调整，不得自行调整。

第六条 门特实行“限额管理”。各门特待遇标准按照梅州市基本医疗保险门诊特定病种待遇标准和最高支付限额相关规定执行（详见附件）。门特报销限额为基金实际支付限额，最高支付限额期限实行当期有效、不滚存、不累计。门特统筹基金支付金额计入参保人员年度基本医疗保险最高支付限额。参保人员同时患有多个病种的，支付比例、最高支付限额按申请认定的主病种核定。参保人员中途认定门特待遇的，按本年度剩余月数享受门特待遇。

第七条 参保人员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我市大病保险、医疗救助保障范围。参保人员在城乡居民医保基金支付后需个人自付门特费用，年度累计超过大病起付标准以上部分，由大病保险按住院报

销比例补偿；门特年度补偿累计最高支付限额纳入大病保险年度最高支付限额。符合医疗救助条件的，按医疗救助规定优先由医疗救助支付，超过医疗救助限额部分纳入大病保险支付。

第八条 参保人员办理了门特待遇认定后，在定点医疗机构就医发生的符合基本医疗保险药品目录、诊疗目录及医疗服务设施范围的医疗费用，纳入门特统筹基金支付范围。糖尿病、高血压用药范围和支付标准按照国家和省的有关规定执行。参保人员在门特范围外的门诊费用不纳入支付范围。

第三章 管理服务

第九条 市医保经办机构按照市医疗保障行政部门规定，结合卫生健康行政部门核准的诊疗科目范围及诊疗技术资质、专科人员设置、药品配置等情况，从签约的医保定点医疗机构中确定符合条件开展相应门特诊断和治疗的医疗机构，并在协议管理中明确相应门特服务资格，报市医疗保障行政部门备案。符合条件开展相应门特诊断和治疗的定点医疗机构名单由市医保经办机构统一向社会公布，并及时动态调整。

第十条 门特医疗机构选定。参保人员申请门特待遇应选择1至2家具备相应门特服务资格的定点医疗机构办理门特诊断和治疗。既往已确诊的参保人员，定点医疗机构按照临床诊疗规范，

可根据既往化验单、诊断书等结合病情予以审核确认。参保人员门特享受待遇时间为定点医疗机构按规定办理备案之日起。异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作人员到参保地医保经办机构办理门特医疗机构选定手续。选定的定点医疗机构一经确定，原则上一年内不变更。参保人员确因病情需要、居住地迁移、医疗机构药品供应不足或病情变化等情形需要变更门特定点医疗机构的，应向参保地医保经办机构申请办理变更手续。

第十一条 门特就医实施备案管理。参保人员申请门特时，定点医疗机构应按照相应门特准入标准严格审核把关，并将相关审核确认信息上传医保信息系统备案。

第十二条 参保人员在选定的门特定点医疗机构就医时，发生符合门特药品目录、诊疗项目和服务设施范围的医疗费用，纳入医保基金支付范围并实行直接结算。

已办理基本医疗保险省内异地就医住院医疗费用直接结算备案的人员可同步开通异地就医门特医疗费用直接结算医疗服务。

第十三条 参保人员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。外配处方购药具体办法由市医疗保障行政部门另行制订。

第十四条 轻症糖尿病、轻症高血压、特发性血小板减少性紫癜、儿童生长激素缺乏症准入标准按照《关于调整完善基本医

疗保险门诊待遇有关政策的通知》（梅市医保规〔2020〕4号）规定执行；其他门特准入标准和待遇享受有效期按《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）规定执行。

第十五条 参保人员已办理享受长期门特待遇的病种，无需办理续期或重新申请。已办理享受定期门特待遇的病种，需要继续享受门特待遇的，参保人员应当及时办理续期或重新申请。

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。

第十七条 支持医疗机构开展“互联网+”医疗服务。享受门特待遇的参保人员，选定在经卫生健康行政部门批准开展互联网诊疗活动且与医保经办机构签订互联网服务协议定点医疗机构就医，发生的互联网复诊的网上就诊诊查费和药品费用，按规定纳入门特统筹基金支付范围。

第四章 基金监管

第十八条 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，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。

第十九条 各县（市、区）医疗保障行政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。

第五章 附 则

第二十条 市医疗保障部门根据国家和省的有关政策，及本市医保基金支付能力、医学技术发展等情况，对待遇标准、管理服务适时进行调整。

第二十一条 定点医疗机构和各级医保经办机构开展门特资格认定、待遇报销等经办管理服务，按省、市医疗保险门诊特定病种业务经办规程执行。

第二十二条 符合本办法新增门特病种享受待遇条件的，待遇开始时间最早为 2021 年 1 月 1 日。

第二十三条 门特异地就医相关规定另行制定。

第二十四条 本办法由梅州市医疗保障局负责解释。

第二十五条 本办法自 2021 年 11 月 26 日施行,有效期 5 年。此前规定与本办法不一致的,以本办法为准。期间,如遇国家、省政策调整,按国家和省规定执行。

附件:梅州市基本医疗保险门诊特定病种待遇标准及最高支付限额标准

附件：

梅州市基本医疗保险门诊特定病种待遇标准及最高支付限额标准

序号	病种名称	职工医保 限额 (元)	居民医保 限额 (元)	限额类型	职工医保报 销比例	居民医保报 销比例	门特待遇享受 有效期
1	慢性阻塞性肺疾病	1750	1500	实行季度限额	75%	70%	长期
2	高血压	1250	1000	实行季度限额	75%	70%	长期
3	轻症高血压病	---	150	实行季度限额	---	60%	长期
4	冠心病	1500	1250	实行季度限额	75%	70%	长期
5	慢性心功能不全	1500	1250	实行季度限额	75%	70%	长期
6	肝硬化（失代偿期）	12500	10000	实行季度限额	75%	70%	长期
7	慢性乙型肝炎	12500	10000	实行季度限额	75%	70%	2年
8	丙型肝炎（HCV RNA阳性）	12500	10000	实行季度限额	75%	70%	6个月
9	慢性肾功能不全（非透析治疗）	1500	1250	实行季度限额	75%	70%	长期
10	肾脏移植术后抗排斥治疗	20000	15000	实行季度限额	75%	70%	2年

11	造血干细胞移植后抗排斥治疗	20000	15000	实行季度限额	75%	70%	2年
12	糖尿病	1500	1250	实行季度限额	75%	70%	长期
13	轻症糖尿病	---	150	实行季度限额	---	60%	长期
14	类风湿关节炎	1000	875	实行季度限额	75%	70%	长期
15	恶性肿瘤（非放化疗）	6000	5000	实行年度限额	75%	70%	2年
16	地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）	12500	10000	实行季度限额	75%	70%	长期
17	再生障碍性贫血	12500	10000	实行季度限额	75%	70%	2年
18	血友病	12500	10000	实行季度限额	75%	70%	长期
19	帕金森病	1750	1375	实行季度限额	75%	70%	长期
20	癫痫	1250	1000	实行季度限额	75%	70%	长期
21	脑血管疾病后遗症	1750	1375	实行季度限额	75%	70%	长期
22	艾滋病	1500	1125	实行季度限额	75%	70%	长期
23	活动性肺结核	875	650	实行季度限额	75%	70%	1年

24	耐多药肺结核	3600	2900	实行季度限额	75%	70%	2年
25	系统性红斑狼疮	4000	3000	实行季度限额	75%	70%	长期
26	心脏移植术后抗排斥治疗	20000	15000	实行季度限额	75%	70%	2年
27	肝脏移植术后抗排斥治疗	20000	15000	实行季度限额	75%	70%	2年
28	肺脏移植术后抗排斥治疗	20000	15000	实行季度限额	75%	70%	2年
29	肺动脉高压	15000	12000	实行季度限额	75%	70%	长期
30	支气管哮喘	1200	1000	实行季度限额	75%	70%	长期
31	骨髓纤维化	40000	32000	实行年度限额	75%	70%	2年
32	骨髓增生异常综合症	40000	32000	实行年度限额	75%	70%	2年
33	C型尼曼匹克病	70000	56000	实行年度限额	75%	70%	长期
34	肢端肥大症	7500	6000	实行季度限额	75%	70%	2年
35	多发性硬化	7500	6000	实行季度限额	75%	70%	2年
36	强直性脊柱炎	1500	1200	实行季度限额	75%	70%	长期

37	银屑病	1500	1200	实行季度限额	75%	70%	长期
38	克罗恩病	1500	1200	实行季度限额	75%	70%	长期
39	溃疡性结肠炎	1500	1200	实行季度限额	75%	70%	长期
40	湿性年龄相关性黄斑变性	15000	12000	实行年度限额	75%	70%	2年
41	糖尿病黄斑水肿	15000	12000	实行年度限额	75%	70%	2年
42	脉络膜新生血管	15000	12000	实行年度限额	75%	70%	2年
43	视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿	15000	12000	实行年度限额	75%	70%	2年
44	精神分裂症	1250	1000	实行季度限额	参照市内同级住院	参照市内同级住院	长期
45	分裂情感性障碍	1250	1000	实行季度限额	参照市内同级住院	参照市内同级住院	长期
46	持久的妄想性障碍（偏执性精神病）	1250	1000	实行季度限额	参照市内同级住院	参照市内同级住院	长期
47	双相（情感）障碍	1250	1000	实行季度限额	参照市内同级住院	参照市内同级住院	长期
48	癫痫所致精神障碍	1250	1000	实行季度限额	参照市内同级住院	参照市内同级住院	长期
49	精神发育迟滞伴发精神障碍	1250	1000	实行季度限额	参照市内同级住院	参照市内同级住院	长期
50	慢性肾功能不全（血透治疗）	90000	80000	实行年度限额	参照市内同级住院	85%	2年

51	慢性肾功能不全（腹透治疗）	90000	80000	实行年度限额	参照市内同级住院	85%	2年
52	恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）	80000	60000	实行年度限额	参照市内同级住院	85%	2年
53	恶性肿瘤（放疗）	80000	60000	实行年度限额	参照市内同级住院	85%	2年
54	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			75%	70%	3个月
55	特发性血小板减少性紫癜	12500	10000	实行季度限额	75%	70%	长期
56	儿童生长激素缺乏症	--	6500	实行季度限额	--	70%	参保人14周岁（含14周岁）前长期有效，14周岁以上有效期2年

公开方式：主动公开

抄送：正勇、王晖、金銮、伶俐，张运全、陈亮、邓国功、黄伟华同志，市委办公室、市政府办公室，市纪委监委驻市卫生健康局纪检监察组。

梅州市医疗保障局办公室

2021年11月26日印发
