茂名市医疗保障局
茂名市财政局 文件

茂医保规〔2024〕3号

关于延长茂名市基本医疗保险门诊特定病种暂行办法实施有效期的通知

各区、县级市人民政府，广东茂名滨海新区、茂名高新区、水东湾新城管委会，市各有关单位：

根据《茂名市行政规范性文件管理规定》（茂府规〔2021〕13号）规定，经评估，《茂名市医疗保障局 茂名市财政局关于印发〈茂名市基本医疗保险门诊特定病种暂行办法〉的通知》（茂医保规〔2021〕3号）继续施行，有效期延长至2027年9月30日。在继续施行期间，该文件如有修改或废止，以新修文件的公布或废止的通知为准。

附件：茂名市医疗保障局 茂名市财政局关于印发《茂名市基本医疗保险门诊特定病种暂行办法》的通知

茂名市医疗保障局　　茂名市财政局

2024年8月22日

茂名市医疗保障局 茂名市财政局关于印发《茂名市基本医疗保险门诊特定病种暂行办法》的通知

各区、县级市人民政府，广东茂名滨海新区、茂名高新区、水东湾新城管委会，市各有关单位:

《茂名市基本医疗保险门诊特定病种暂行办法》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到的问题，请径向市医疗保障局反映。

茂名市医疗保障局　　茂名市财政局

2021 年 8 月 26 日

茂名市基本医疗保险门诊特定病种暂行办法

第一章　总 则

第一条　为进一步完善医疗保障制度，规范门诊特定病种管理，提高门诊特定病种保障水平，减轻参保人员门诊就医负担，根据《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》、《广东省基本医疗门诊特定病种管理办法》（粤医保规〔2020〕4号）和《广东省基本医疗保险门诊特定病种业务经办规程（试行）》（粤医保规〔2021〕3号）有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条　本办法所称的门诊特定病种（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和城乡居民基本医疗保险参保人员（以下简称参保人员）的门特保障适用本办法。

第四条　市医疗保障行政部门负责门特政策的制定和调整并组织实施，对定点医药机构进行监督检查，并指导全市开展门特工作。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。

各级卫生健康行政部门负责对定点医疗机构进行监督

检查，规范诊疗服务行为，强化医疗质量监管。

各级市场监督管理部门负责对定点零售药店进行监督检查，加强药品质量和安全监管。

定点医疗机构和定点零售药店按照规定做好参保人员的门特服务工作。

第二章　待遇保障

第五条　我市执行全省统一的门特范围。本办法实施前我市已开展但不在省规定范围内的门特继续保障，按本办法规定执行。我市门特范围及年度统筹基金最高支付限额详见附表。

第六条　年度统筹基金最高支付限额根据病种特点、医保基金运行情况按职工医保和居民医保分别合理设置，纳入统筹基金年度累计最高支付限额计算。年度统筹基金最高支付限额当年有效，不滚存、不累计。

参保人员享受门特待遇首年的统筹基金最高支付限额按其当年具备享受待遇资格的月数计算，即该病种的统筹基金最高支付限额除以12，再乘以确认该参保人员具备享受该病种待遇资格时的当年剩余月数（含确认享受待遇资格当月）。

第七条　我市参保人员如同时患两个或两个以上门特且均在待遇有效期内的，城乡居民基本医疗保险参保人员取年度支付限额标准较高的病种确定其年度最高支付限额标

准并增加1200元/年，城镇职工基本医疗保险参保人员取年度支付限额标准较高的病种确定其年度最高支付限额标准并增加2400元/年。

白内障（门诊手术）、泌尿系结石（门诊体外碎石）以及恶性肿瘤（放疗）、恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗、免疫治疗）、慢性肾功能不全（血透治疗）、慢性肾功能不全（腹透治疗）、白血病（放、化疗）、血友病等不设年度最高支付限额的门特病种除外。

第八条 支持推广精神分裂症患者应用第二代长效针剂治疗。经选定具备相应门特诊断和治疗资格的定点医疗机构审核认定为精神分裂症门特患者的参保人员，且符合卫生健康部门规定需使用帕利哌酮注射剂等第二代长效针剂治疗产生的医保支付范围内的医疗费用纳入门特保障范围。精神分裂症门特参保患者因病情需要使用长效针剂治疗而门特年度最高支付限额不足时，城乡居民医保年度最高支付限额可提高至15000元，城镇职工医保年度最高支付限额可提高至20000元，纳入统筹基金年度累计最高支付限额计算。

第九条 门特不设起付标准，我市参保人员因门特在本市内定点医疗机构门诊就医的，按相应级别医疗机构住院支付比例由统筹基金支付；我市参保人员因门特在本市内定点零售药店购药，按未定级定点医疗机构住院支付比例由统筹基金支付。

我市参保人员门特异地就医须办理异地就医备案手续，参照住院异地就医备案手续办理。参保人员因门特在本市外

定点医药机构门诊就诊或购药的，支付标准参照本市外住院相应支付比例执行。

已办理省内或跨省异地就医住院费用直接结算备案的参保人员，可同步开通省内或跨省异地就医普通门诊和门诊特定病种医疗费用的直接结算服务，无需再重新办理备案。

第十条 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大病保险、补充医疗保险、医疗救助保障范围。

第十一条 参保人员因门特在经批准开展互联网诊疗活动的定点医疗机构，发生的互联网复诊的网上就诊诊查费和药品费用，纳入医保统筹基金支付范围。

在经批准开展互联网诊疗活动的定点医疗机构复诊的网上就诊诊查费按本市普通门诊诊查费的标准收费。网上就诊诊查费和药品费用纳入相应定点医疗机构门特结算范围。

第十二条 门特准入标准和待遇享受有效期统一按省规定执行。本办法实施前我市已开展但不在省规定范围内的门特准入标准由市级医保经办机构参照省规定另行制定。

第三章 管理服务

第十三条 本市定点医疗机构应当按规定向属地医保经办机构申请或变更门特服务资格。门特服务资格包括诊断（待遇认定）资格和治疗资格，根据定点医疗机构诊疗科目范围及诊疗技术资质的变更情况实施动态管理。

门特服务资格申请和变更流程按《广东省基本医疗保险门诊特定病种业务经办规程（试行）》执行。

定点零售药店申请和变更门特治疗资格参照执行。

第十四条 本市具备相应门特诊断（待遇认定）资格的定点医疗机构可开展相应门特的诊断和待遇认定。本市具备相应门特治疗资格和门特用药保障的定点医药机构均可开展相应门特的治疗服务。

精神障碍性病症、肺结核类疾病、艾滋病、新冠肺炎出院患者门诊康复治疗等门特应由卫生健康行政部门确定的具备相应收治资质的定点医疗机构开展相应门特诊断及治疗。

具备相应门特诊断及治疗资格的定点医药机构由各级医保经办机构按规定向社会公布。

市外可开展相应门特诊断及治疗的定点医药机构范围按就医地医保部门确定的范围。

第十五条 门特实施备案管理。参保人员罹患门特范围的疾病，申请门特待遇认定和续期，应选择具备相应门特诊断资格的定点医疗机构办理，定点医疗机构按照相应病种准入标准予以诊断和待遇认定，并将相关审核确认信息上传医保信息系统备案，时限不得超过3个工作日。定点医疗机构应当将认定结果告知参保人员，并按参保人员要求提供备案后的门特认定资料。

既往已确诊的参保人员，定点医疗机构可根据既往化验单、诊断书等，结合实际病情，按照相应病种准入标准予以

诊断和待遇认定。

参保人员因参保险种变更，按前款规定办理备案手续。

第十六条 门特待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定将参保人员门特认定信息上传至医保信息系统备案之日起，按照自然日计算，到期自动终止。

符合条件的参保人员，应当在其相应门特待遇认定有效期满前30日内申请办理续期，续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。

未按照规定办理续期手续的参保人员在前一有效期终止后30日内（含30日）补办续期的，可继续享受待遇，续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。

第十七条 参保人员已办理门特待遇认定的，应按规定选定符合条件的3家定点医疗机构作为本人相应门特就医定点医疗机构。定点医疗机构为参保人员办理门特待遇认定时，经参保人员同意，可以一并办理选定本机构作为门特就医定点医疗机构手续。

选定的门特就医就诊定点医疗机构原则上一年内不变更。在待遇有效期内，参保人员确因病情需要、居住地迁移、工作地址变更、定点医疗机构门特服务范围变动等情形需要变更门特选定医疗机构的，可通过线上渠道或到医保经办机构、符合规定的定点医疗机构现场办理门特定点就医医院选定和变更手续。

第十八条 艾滋病门特待遇认定实行免申请和患者信

息保密管理。经我市卫生健康行政部门明确的艾滋病定点收治医疗机构鉴定已确诊的艾滋病参保患者，由定点收治医疗机构直接按城镇职工基本医疗保险和城乡基本医疗保险分类予以诊断和待遇认定，并将相关认定信息上传医保信息系统备案。

艾滋病门特患者到我市卫生健康部门明确的艾滋病定点收治医疗机构门诊就医的相关诊疗费用方可报销，报销费用不包括国家免费提供的抗病毒药物和检查项目。国家和省另有规定的，依照其规定。

第十九条 定点医疗机构为参保人员办理门特待遇认定和续期流程、以及办理门特定点就医医院选定和变更手续，按《广东省基本医疗保险门诊特定病种业务经办规程（试行）》执行。

第二十条 定点医疗机构应明确专门科室，专人专责做好门特资格申请的业务管理和资料审核，加强对医务人员的培训和管理，按照门特相应的认定标准和疾病诊疗规范，严谨出具诊断及鉴定意见，严格审核认定，并规范申请资料的收集整理和存档，相关材料应当保存10年备查。

定点医疗机构应积极优化便民举措，探索设立医疗保障服务工作站（点），将医疗保障政策宣传、经办、服务前移，为参保人员提供“一站式”门特服务。医疗保障部门应做好监督和指导。

第二十一条 各级医保经办机构应结合国家医疗保障信息平台和定点医疗机构内部信息化建设情况，督促指导定

点医疗机构逐步优化实现认定程序全流程信息化，压缩参保人员办理门特有关业务时限。

第二十二条 具备相应门特治疗资格和门特用药保障的定点医药机构应开通相应门特医疗费用直接结算服务，同步开通门特省内和跨省异地就医直接结算服务，为本地和异地就医参保人员提供便捷服务。

第四章 用药保障

第二十三条 定点医疗机构要畅通门特药品进院渠道，应优先选用医保药品目录内药品、国家基本药物、通过一致性评价的品种以及国家组织药品集中采购中选品种，不得以费用控制、药占比、医疗机构用药品种规格数量要求、药事委员会审定等为由影响门特药品的合理使用与供应保障。

第二十四条 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。

第二十五条 参保人员凭选定定点医疗机构外配处方、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。

第二十六条 定点零售药店应当凭处方销售医保目录内处方药，执业药师应当对处方进行审核、签字后调剂配发药品。外配处方必须由定点医疗机构医师开具，有医师签章。定点零售药店凭定点医疗机构开具的电子外配处方销售药

品。

第二十七条 定点零售药店提供的门特用药范围包括:

（一）国家医保谈判药品;

（二）国家和省组织药品集中采购中选产品;

（三）高血压和糖尿病用药;

（四）门特相对应的医保药品目录内药品。

麻醉药品、精神药品、医疗用毒性药品、药品类易制毒化学品等特殊管理的药品和儿科处方药品除外。

国家、省和市规定不允许纳入外配处方的药品和禁止零售药店销售的药品以及辅助治疗药品不纳入医保统筹基金支付范围。

第二十八条 定点零售药店提供的门特药品应严格执行与定点医疗机构统一的支付政策。国家医保谈判药品以及高血压和糖尿病用药的零售价不得高于国家和省确定的支付标准。国家和省组织药品集中采购中选产品的零售价，超出医保支付标准部分由患者自付，支付标准以下部分由医保按规定支付。

第二十九条 支持建设医保处方共享平台，拓展参保慢性病患者用药购药渠道，实现医疗机构、药品经营企业、符合条件的第三方药品现代物流企业共同参与处方流转、药品配送，并与定点医疗机构实现处方信息、医保信息互联互通，为参保患者提供“一站式”药品供应和药事服务。

第五章 基金监管

第三十条 定点医药机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员医疗保障凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务。参保人员应当持本人医疗保障凭证就医、购药，并主动出示接受查验。

第三十一条 定点医药机构及其工作人员应严格执行政策和服务协议规定，不得违规办理参保人员门特待遇认定，不得违反法律法规规定套取、骗取医疗保障基金。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

定点医疗机构及其工作人员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。已支付的医保基金由医保经办机构按照规定向定点医药机构追回。

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。

第三十二条 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。

第三十三条 各级医保经办机构应建立工作机制，对定点医药机构门特服务行为进行稽核检查。加强定期或不定期检查、抽查力度，重点检查定点医疗机构门特待遇认定和提供的医疗服务行为以及定点零售药店处方、药品进、销、存等行为，发现违规、违法行为的，依法依规处理。

第三十四条 医疗保障行政部门和医保经办机构进行监督检查时，被检查对象应当予以配合，如实提供相关资料和信息，不得拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报。

第三十五条 已开通相应门特医疗费用直接结算服务的定点医药机构，连续6个月门特联网结算数据为零的，各级医保经办机构应及时暂停其门特服务资格，责令其限期改正，并及时按规定向社会公布。该机构整改完毕后按本办法规定重新申请门特服务资格。

第六章 附则

第三十六条 我市门特范围、待遇标准、管理服务等规定根据省有关规定进行适时调整。

第三十七条 门特异地就医经办规程根据省有关规定执行。

第三十八条 本办法由茂名市医疗保障局负责解释。

第三十九条 本办法自2021年10月1日起实施，有效期3年。参保人员已按规定办理新增病种门特待遇资格认定的，其门特待遇可追溯至2021年1月1日。《茂名市医疗保障局 茂名市财政局关于调整我市基本医疗保险门诊特定病种有关政策的通知》（茂医保规〔2020〕1号）同步废止。

附表：茂名市基本医疗保险门诊特定病种目录

附表

茂名市基本医疗保险门诊特定病种目录

序号	病种名称	年度统筹基金最高支付限额标准		备注
		居民	职工	
1	慢性阻塞性肺疾病	3600	4800	居民新增
2	高血压病	1200	3600	
3	糖尿病	1200	3600	
4	冠心病	3600	4800	居民新增
5	慢性心功能不全	3600	4800	
6	肝硬化（失代偿期）	3600	6000	
7	慢性乙型肝炎	3600	4800	居民新增
8	丙型肝炎（HCV RNA 阳性）	3600	4800	居民新增
9	肾脏移植术后抗排异治疗	12000	60000	
10	心脏移植术后抗排异治疗	12000	60000	
11	肝脏移植术后抗排异治疗	12000	60000	
12	肺脏移植术后抗排异治疗	12000	60000	
13	造血干细胞移植后抗排异治疗	12000	60000	
14	类风湿关节炎	3600	4800	居民新增
15	地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）	24000	30000	
16	再生障碍性贫血	24000	30000	
17	血友病	统筹基金最高支付限额		
18	帕金森病	3600	4800	居民新增
19	癫痫	3600	4800	
20	脑血管疾病后遗症	3600	4800	
21	艾滋病	4800	6000	
22	活动性肺结核	3600	4800	
23	耐多药肺结核	48000	60000	

序号	病种名称	年度统筹基金最高支付限额标准		备注
		居民	职工	
24	系统性红斑狼疮	3600	4800	
25	精神分裂症	4800	6000	
26	分裂情感性障碍	4800	6000	
27	持久的妄想性障碍（偏执性精神病）	4800	6000	
28	双相（情感）障碍	4800	6000	
29	癫痫所致精神障碍	4800	6000	
30	精神发育迟滞伴发精神障碍	4800	6000	
31	强迫性神经症	4800	6000	
32	抑郁症	4800	6000	
33	狂躁症	4800	6000	
34	慢性肾功能不全（非透析治疗）	30000	30000	
35	慢性肾功能不全（血透治疗）	统筹基金最高支付限额		
36	慢性肾功能不全（腹透治疗）	统筹基金最高支付限额		
37	恶性肿瘤（非放化疗）	3600	6000	
38	恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗、免疫治疗）	统筹基金最高支付限额		
39	恶性肿瘤（放疗）	统筹基金最高支付限额		
40	白血病（非放、化疗）	3600	6000	
41	白血病（放、化疗）	统筹基金最高支付限额		
42	白内障（门诊手术）	1000 元/眼； 复明工程：600 元/眼	4000 元/眼	
43	泌尿系结石（门诊体外碎石）	初碎：1000 元/次；复碎：700 元/次		
44	肾病综合征	3600	4800	职工新增
45	原发性血小板增多症	3600	4800	职工新增
46	老年性痴呆症	3600	4800	职工新增
47	儿童先天性心脏病	3600	-	
48	肺动脉高压	48000	60000	新增

序号	病种名称	年度统筹基金最高支付限额标准		备注
		居民	职工	
49	支气管哮喘	4800	6000	新增
50	骨髓纤维化	18000	24000	新增
51	骨髓增生异常综合症	18000	24000	新增
52	C 型尼曼匹克病	48000	60000	新增
53	肢端肥大症	24000	30000	新增
54	多发性硬化	48000	60000	新增
55	强直性脊柱炎	8400	12000	新增
56	银屑病	6000	8400	新增
57	克罗恩病	6000	8400	新增
58	溃疡性结肠炎	6000	8400	新增
59	湿性年龄相关性黄斑变性	12000	15000	新增
60	糖尿病黄斑水肿	12000	15000	新增
61	脉络膜新生血管	12000	15000	新增
62	视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿	12000	15000	新增
63	新冠肺炎出院患者门诊康复治疗	12000	15000	新增

备注：1.参保人员享受门特待遇首年的统筹基金最高支付限额按其当年具备享受待遇资格的月数计算，即该病种的统筹基金最高支付限额除以 12，再乘以确认该参保人员具备享受该病种待遇资格时的当年剩余月数（含确认享受待遇资格当月）。

2.参保人员如同时患两个或两个以上门特且均在待遇有效期内的，城乡居民基本医疗保险参保人员取年度支付限额标准较高的病种确定其年度最高支付限额标准并增加 1200 元/年，城镇职工基本医疗保险参保人员取年度支付限额标准较高的病种确定其年度最高支付限额标准并增加 2400 元/年。[白内障（门诊手术）、泌尿系结石（门诊体外碎石）以及不设年度最高支付限额的门特病种除外。]

3.精神分裂症门特参保患者因病情需要使用长效针剂治疗而门特年度最高支付限额不足时，城乡居民医保年度最高支付限额可提高至 15000 元，城镇职工医保年度最高支付限额可提高至 20000 元，纳入统筹基金年度累计最高支付限额计算。

公开方式：主动公开

抄送：省医疗保障局，市委各部委办，市府办，市人大办，市政协办，市中级人民法院，市人民检察院，驻茂各部队，中央、省驻茂单位，各人民团体，各高等院校，各新闻单位。

茂名市医疗保障局办公室　　2024 年 8 月 27 日印发