

淮安市医疗保障局文件

淮医保发〔2022〕44号

关于印发《淮安市基本医疗保险门诊特殊病管理办法（试行）》的通知

各县区医疗保障局、淮安经济技术开发区人力资源和社会保障局，局机关各处室，市医保中心、稽核中心，市直医保定点医疗机构：

现将《淮安市基本医疗保险门诊特殊病管理办法（试行）》印发给你们，请遵照执行。

淮安市医疗保障局

2022年11月21日

(此件公开发布)

淮安市基本医疗保险门诊特殊病 管理办法（试行）

第一章 总则

第一条 为推动建立更加公平适度的基本医疗保险待遇保障机制，规范基本医疗保险门诊特殊病（以下简称“门特”）管理，稳步提高基本医疗保险门特保障水平，切实减轻参保群众门诊医疗费用负担，根据《江苏省医疗保障局关于统一基本医疗保险门诊特殊病保障政策的通知》（苏医保发〔2022〕46号）等文件精神，结合我市实际，制定本管理办法。

第二条 本办法适用于淮安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”）门特管理。

第三条 坚持以人民为中心，立足“保障基本”的功能定位，全市统一基本医疗保险门特范围。

第四条 市医疗保障行政部门负责建立健全门特管理制度，加强全市门特管理和监督。各县区医疗保障行政部门负责组织实施门特管理和监督工作。

第五条 市级医保经办机构负责指导各县区门特经办服务与管理等工作，并做好市直参保职工门特经办管理服务。市、县区医保经办机构负责病种认定审核、待遇支付、费用结算和协议管理等工作。

第二章 病种管理

第六条 基本医疗保险（以下简称“基本医保”）门特是指诊断明确、病情相对稳定、费用负担相对较重，适合在门诊治疗、比住院更方便治疗的疾病。

第七条 严格执行《江苏省医疗保障局关于统一基本医疗保险门诊特殊病保障政策的通知》（苏医保发〔2022〕46号）中规定的基本医保门特范围（详见附件1），我市原有且不在省门特范围的门特病种继续保留（详见附件2、3）。

第三章 审核认定

第八条 参保人申请门特待遇，需向参保地定点医疗机构提出申请，填写《门诊特殊病种申请登记表》。定点医疗机构应按照疾病临床路径和诊断标准对参保人员门特予以诊断和认定，并将相关信息及时报送当地医保经办机构备案。医保经办机构应根据定点医疗机构诊断认定和备案材料，及时在医保信息系统中做好标识，享受门特待遇人员实行实名制管理。参保人员申请门特待遇认定通过后，即可享受门特待遇。

第九条 恶性肿瘤门诊放化疗、恶性肿瘤内分泌治疗、结核病等享受门特待遇的参保人员需每年审核，应在待遇期满前1个月，向参保地医保经办机构或其指定的医保定点医疗机构提出复审申请。通过复审的，继续享受门特待遇。未按规定复审的，需重新申请认定。

复审可采用医院申报备案、医保经办机构抽检等方式进行。

第十条 因市域内参保地变化或参保类型变化，享受门特待遇的参保人员或近亲属需向新参保地医保经办机构提出申请，

经核查符合规定的，可继续享受门特待遇。

第四章 待遇保障

第十一条 职工医保和居民医保参保人员在门诊治疗门特病种发生的合规医疗费用，起付标准以上、限额标准以内的，分别由职工、居民医保基金按住院比例支付。精神类疾病起付标准为 300 元，其中严重精神障碍患者不设医保基金起付标准，其他病种起付标准为 750 元。门特和住院共用年度支付限额。纳入全省门特保障范围的门特病种，支付限额分别为职工和居民基本医保封顶线。我市保留门特病种继续执行限额标准，在限额标准内发生的门特医疗费用实行按自然年度结算，当年限额标准有结余的，结余部分不转下年使用；当年费用超过限额标准的，超出部分医保统筹基金不予支付。

我市门特年度起付线、报销比例、医保基金限额标准等详见附件 2、3。

第十二条 起付标准按年度实行累计计算。享受门特待遇的参保人员享受两种或两种以上门特待遇的，年度内只计算一次起付线，限额标准按照主病种全额、次病种减半计算，最高不超过年度基本医保最高支付限额。

第十三条 基本医保统筹基金支付门特医疗费用，应严格执行国家和省基本医保药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围及支付标准。与门特治疗无关的其他疾病的门诊医疗费用，不得纳入门特保障范围。

第十四条 享受门特待遇的参保人员发生的符合门特支付范围的医疗费用，经基本医保统筹基金支付后，其个人负担的

合规医疗费用按规定分别纳入居民医保大病保险、职工医保大额医疗费用补助、公务员医疗补助和医疗救助范围。

第十五条 对高血压、糖尿病等病情稳定并需要长期服用固定药物的享受门特待遇的参保人员，实行长期处方管理。

第十六条 对办理异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作备案的享受门特待遇的参保人员，备案有效期内在备案地医保定点医疗机构发生的门特费用按淮安市异地就医有关政策执行。实现异地联网门特直接结算的医疗机构可直接结算。未实现异地联网直接结算的，其费用由其先行垫付，凭门诊病历、社会保障卡、有效票据及费用清单等到参保地医保经办机构审核报销。

第十七条 经有资质的定点医疗机构审批后办理异地转诊备案手续的参保人员，在转诊有效期内，在异地定点医疗机构发生的恶性肿瘤门诊放疗、化疗费用，可向参保地医保经办机构申请补办门特手续，审批后纳入医保保障范围，按照门特病种管理，享受门特待遇，按异地转诊备案人员住院报销比例执行。未经有资质的定点医疗机构审批后办理异地转诊备案手续的异地就医人员，其在异地定点医疗机构发生的恶性肿瘤门诊放疗、化疗费用，可向参保地医保经办机构申请补办门特手续，审批后纳入医保保障范围，按照门特病种管理，享受门特待遇，报销比例按未办转诊备案异地就医有关政策执行。

第五章 服务管理

第十八条 享受门特待遇的参保人员，应选择参保地符合条件的基本医保定点医疗机构就医。办理异地居住备案的参保人

员，可在备案地选择基本医保定点医疗机构就医。在其他非定点医疗机构发生的门特医疗费用，医保统筹基金不予支付。

第十九条 参保人员、定点医药机构应严格执行国家医疗保险政策规定，接受医疗保障部门的监督检查。

（一）享受门特待遇的参保人员有以下行为之一的，取消门特待遇享受资格，并按有关规定处理：采用欺诈骗保等行为骗取医保基金的；经查实不符合门特病种认定条件的；已纳入门特病种管理的参保人，近两年内没有发生门特医疗费用的；其他应取消门特资格的情形。

（二）定点医药机构要完善内部管理制度，医保医师要严格认定、合理诊疗、科学施治，严禁超剂量等违规行为。定点医疗机构违规为参保人员办理门特认定的，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。

第二十条 医保经办机构与各定点医疗机构按规定结算门特费用。享受门特待遇的参保人员在定点医疗机构进行门特治疗的，按医保有关规定，由其在定点医疗机构按规定支付应由本人自费或自付的医疗费用，其他费用由医保经办机构与定点医疗机构按规定支付。

第二十一条 医保经办机构要充分发挥国家统一信息平台 and 处方流转平台的功能，支持符合条件的定点零售药店开展门特相关便民服务工作，参保人员凭选定医疗机构的外配处方、就医凭证，可按规定在定点零售药店配药并直接结算。要定期做好基金运行和门特管理的统计分析工作，及时监测费用支出等情况，防范化解基金运行风险。对异常情况及时处理，如遇

重大问题及时向医疗保障行政部门报告。

第二十二条 医疗保障部门要将门特管理纳入定点医疗机构协议管理范畴，加强对病种认定、医疗服务等行为的日常管理和监督检查。完善智能监控知识库和规则库，将门特的诊断、检查、治疗、用药等纳入监控范围。

第二十三条 医疗保障部门要加大门特政策宣传力度，提高政策知晓度，细化门特管理内控制度，优化医保经办服务管理体系，确保业务经办的规范有序和优质高效。

第六章 附则

第二十四条 本办法按上级文件要求执行。此前相关政策与本办法不一致的，按本办法规定执行。上级有新的规定，按新规定执行。

- 附件：1.全省统一的门诊特殊病保障范围
2.职工医保门诊特殊病起付线、报销比例及费用限额
3.居民医保门诊特殊病起付线、报销比例及费用限额

附件 1

全省统一的门诊特殊病保障范围

序号	类别	病种名称及治疗方式		适用险种	
1	一	恶性肿瘤	放疗	职工基本 医疗保险、 城乡居民 基本医疗 保险	
2			化疗		
3			介入治疗		
4			生物靶向药物治疗		
5			内分泌治疗		
6	二	慢性肾功能衰竭	血液透析		
7			腹膜透析		
8			非透析治疗		
9	三	严重精神障碍	精神分裂症		
10			分裂情感性障碍		
11			偏执性精神病		
12			双向情感障碍		
13			癫痫所致精神障碍		
14			精神发育迟滞伴发精神障碍		
15			其他严重精神障碍类疾病		
16	四	血友病			
17	五	器官移植术后抗排异治疗			
18	六	再生障碍性贫血			
19	七	系统性红斑狼疮			
20	八	肺结核			
21	九	儿童I型糖尿病			城乡居 民基本 医疗保 险
22	十	儿童孤独症			
23	十一	儿童生长激素缺乏症			

附件 2

职工医保门诊特殊病起付线、报销比例及费用限额

序号	门诊特殊病名称	起付线	报销比例	单种疾病纳入统筹基金支付限额	两种及以上疾病纳入统筹基金支付限额	备注
1	结核病（活动期，不含肺结核）	750 元	参照住院报销标准	2000 元	次病种减半	
2	艾滋病	750 元	参照住院报销标准	2000 元	次病种减半	
3	冠心病	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
4	心肌病	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
5	风湿性心脏病	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
6	高血压Ⅲ级（很高危）	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
7	重症肌无力	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
8	帕金森病	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
9	癫痫	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
10	阿尔茨海默病	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
11	1 型糖尿病	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
12	2 型糖尿病（有并发症）	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
13	间质性肺炎	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
14	精神类疾病（不含严重精神障碍疾病）	300 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
15	白塞氏病	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	

序号	门诊特殊病名称	起付线	报销比例	单种疾病纳入统筹基金支付限额	两种及以上疾病纳入统筹基金支付限额	备注
16	多发性肌炎	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
17	强直性脊柱炎	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
18	溃疡性结肠炎	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
19	血小板减少症	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
20	慢性肾脏病（CKD3-5 期）	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
21	脊髓小脑共济失调	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	
22	非病毒性肝炎（含肝硬化）	750 元	参照住院报销标准	6000 元	次病种减半	
23	类风湿性关节炎	750 元	参照住院报销标准	6000 元	次病种减半	
24	结缔组织病	750 元	参照住院报销标准	6000 元	次病种减半	
25	干燥综合征	750 元	参照住院报销标准	6000 元	次病种减半	
26	系统性硬化症	750 元	参照住院报销标准	6000 元	次病种减半	
27	恶性肿瘤术后（确诊当年）	750 元	参照住院报销标准	10000 元	次病种减半	
28	恶性肿瘤术后（确诊后第 1 年）	750 元	参照住院报销标准	10000 元	次病种减半	
29	恶性肿瘤术后（确诊后第 2 年）	750 元	参照住院报销标准	10000 元	次病种减半	
30	恶性肿瘤术后（确诊后第 3 年）	750 元	参照住院报销标准	10000 元	次病种减半	
31	恶性肿瘤术后（确诊后第 4 年）	750 元	参照住院报销标准	6000 元	次病种减半	
32	恶性肿瘤术后（确诊后第 5 年）	750 元	参照住院报销标准	6000 元	次病种减半	
33	恶性肿瘤术后（确诊后第 6 年及以后）	750 元	参照住院报销标准	3000 元	次病种减半	

序号	门诊特殊病名称	起付线	报销比例	单种疾病纳入统筹基金支付限额	两种及以上疾病纳入统筹基金支付限额	备注
34	冠心病安装支架术后抗凝治疗（一年）	750 元	参照住院报销标准	10000 元	次病种减半	
35	冠状动脉搭桥术后抗凝治疗（一年）	750 元	参照住院报销标准	10000 元	次病种减半	
36	心脏换瓣术后抗凝治疗（一年）	750 元	参照住院报销标准	10000 元	次病种减半	
37	其他血管介入术后抗凝治疗（一年）	750 元	参照住院报销标准	10000 元	次病种减半	
38	肺动脉高压	750 元	参照住院报销标准	30000 元	次病种减半	
39	病毒性肝炎（含肝硬化）	750 元	参照住院报销标准	150000 元	次病种减半	
40	克罗恩病	750 元	参照住院报销标准	150000 元	次病种减半	
41	地中海贫血	750 元	参照住院报销标准	200000 元	次病种减半	

注：治疗血友病的乙类药品“注射用重组人凝血因子”的个人自付比例为零。

附件 3

居民医保门诊特殊病起付线、报销比例及费用限额

序号	门诊特殊病名称	起付线	报销比例	单种疾病纳入统筹基金支付限额	两种及以上疾病纳入统筹基金支付限额	备注
1	结核病（活动期，不含肺结核）	750 元	参照住院标准	2000 元	次病种减半	
2	艾滋病	750 元	参照住院标准	2000 元	次病种减半	
3	冠心病	750 元	参照住院标准	3000 元	次病种减半	
4	高血压Ⅲ级（很高危）	750 元	参照住院标准	3000 元	次病种减半	
5	重度糖尿病	750 元	参照住院标准	3000 元	次病种减半	
6	精神类疾病（不含严重精神障碍疾病）	300 元	参照住院标准	3000 元	次病种减半	
7	帕金森病	750 元	参照住院标准	3000 元	次病种减半	
8	癫痫	750 元	参照住院标准	3000 元	次病种减半	
9	脊髓小脑共济失调	750 元	参照住院标准	3000 元	次病种减半	
10	非病毒性肝炎（含肝硬化）	750 元	参照住院标准	6000 元	次病种减半	
11	恶性肿瘤术后	750 元	参照住院标准	3000 元	次病种减半	

序号	门诊特殊病名称	起付线	报销比例	单种疾病纳入统筹基金支付限额	两种及以上疾病纳入统筹基金支付限额	备注
12	脑瘫儿童医疗康复（3岁前）	750元	参照住院标准	10000元	次病种减半	康复年限不得超过5年
13	脑瘫儿童医疗康复（3岁后）	750元	参照住院标准	6000元	次病种减半	康复年限不得超过5年
14	支架（搭桥）术后抗凝治疗（一年）	750元	参照住院标准	3000元	次病种减半	
15	儿童苯丙酮尿症（0-6周岁）-居民	750元	参照住院标准	22000元	次病种减半	
16	儿童苯丙酮尿症（7-13周岁）-居民	750元	参照住院标准	29000元	次病种减半	
17	儿童苯丙酮尿症（14-18周岁）-居民	750元	参照住院标准	36000元	次病种减半	
18	肺动脉高压	750元	参照住院标准	30000元	次病种减半	
19	普拉德-威利综合征	750元	参照住院标准	30000元	次病种减半	
20	病毒性肝炎（含肝硬化）	750元	参照住院标准	150000元	次病种减半	
21	克罗恩病	750元	参照住院标准	60000元	次病种减半	

注：①血友病在三级定点医疗机构办理的，报销比例按二级医院执行。治疗血友病的乙类药品“注射用重组人凝血因子”的个人自付比例为零。

②儿童苯丙酮尿症医保基金支付比例为70%。

