南通市医疗保障局文件

通医保办发〔2022〕98号

关于调整全市基本医疗保险门诊

特殊病规定的通知

各县（市、区）医疗保障局，市医疗保险基金管理中心：

为贯彻落实《省政府办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（苏政办发〔2021〕108号），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），稳步提高基本医疗保险（包括职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险）门诊特殊病保障水平，切实减轻参保群众门诊医疗费用负担，结合我市实际，现就调整我市基本医疗保险门诊特殊病保障政策通知如下：

一、明确特殊病病种保障范围

基本医疗保险门诊特殊病（以下简称门特）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、比住院更方便的疾病。基本医疗保险门特范围包括：恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、严重精神障碍、血友病、器官移植术后抗排异治疗、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、肺结核、肺动脉高压等9类22个病种（含治疗方式）以及儿童Ⅰ型糖尿病、儿童孤独症、儿童生长激素缺乏症3个病种（具体病种见附件）。

二、调整特殊病待遇规定

（一）职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险分类保障，医保基金支付门特待遇按照相应住院标准执行。

1.起付标准：对恶性肿瘤（放疗、化疗、介入治疗、生物靶向药物治疗、内分泌治疗）、慢性肾功能衰竭（血液透析、腹膜透析）、器官移植术后抗排异治疗设置年度起付标准600元，其他门特病种及严重精神障碍患者不设起付标准，起付标准按年度累计计算，同时患有两种以上（含两种）门特病种的年度只计算一次起付标准。

2.报销比例：纳入门诊特殊病保障范围的门诊特殊病参保人员，在符合条件的定点医疗机构报销比例按照同级别医疗机构住院报销比例执行，其中在有治疗资质但无等级的定点医疗机构门诊治疗的，报销比例按三级医疗机构报销比例执行。参保人员一次就诊过程中发生的医疗费用，既符合门特待遇支付规定，也符合普通门诊统筹待遇支付规定的，优先享受门特待遇。

3.年度支付限额：分病种设置医保基金支付的门特医疗费用最高支付限额，参保人员符合多个门特待遇享受条件的，门诊病种最高支付限额叠加计算，门特和住院共用年度支付限额。

（二）基本医疗保险统筹基金支付门特医疗费用，应严格执行国家和省基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围及支付标准。

（三）参保人员门特医疗费用经基本医疗保险统筹基金支付后，其个人负担的合规医疗费用按规定分别纳入城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助（大病保险）等补充保险和医疗救助等范围。

三、统一管理服务

（一）实行门特定点确诊准入。具备相应资质的二级综合定点医疗机构及三级定点医疗机构，应按照疾病临床路径和诊断（确诊）标准对参保人员门特予以诊断和认定，按流程经审核后，将相关信息及时标识并上传至医保信息系统备案。医保经办机构根据定点医疗机构备案信息，强化享受门特待遇人员实名制管理，保障参保人员享受门特待遇。确诊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。

对部分病情易变化的病种，设置备案有效期，备案有效期到期后，确诊定点医疗机构应根据参保人员病情变化重新诊断认定，符合认定条件的，按程序予以备案；备案有效期从备案通过的次年（其中器官移植术后抗排异治疗的，以手术年度的次年）开始作为第一个年度，以后年度依次类推。

（二）实施门特定点服务制度。支持符合条件的定点医疗机构开展相应门特治疗。参保人员应选择能够满足就医需要的定点医疗机构作为本人门特治疗医疗机构。根据国家和省统一部署安排，发挥国家统一信息平台和处方流转平台的功能，逐步将符合条件的定点零售药店纳入门特保障服务范围，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（通过处方流转平台流转）、就医凭证，可按规定在纳入门特保障服务范围的定点零售药店配药并直接结算，基金支付比例与开具处方的医疗机构相同。

四、有关工作要求

（一）强化组织领导。各级医疗保障部门要统筹安排，科学组织，严格落实全市统一的门特保障政策，提升经办服务管理水平，做好基金运行和专项统计分析，防范化解基金运行风险。

（二）强化基金监管。各地医疗保障部门要将门特纳入定点医药机构协议管理范畴，加强对门特认定、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。参保人员及两定机构应严格遵守门特管理相关规定，医保经办机构对参保人员经核实不符合门特认定条件的、有相关欺诈骗保以及其他违规行为的，取消门特待遇享受资格，涉及医疗机构的，不得开展门特认定工作。

（三）强化宣传引导。各地要树立正确的舆论导向，积极宣传规范全市基本医疗保险门特保障政策的重要意义及相关要求，合理引导参保群众预期，营造良好社会氛围，平稳推进工作落实。

本通知自2023年1月1日起执行。确诊为新增特殊病的参保患者，办理备案手续后，可按规定从2022年11月1日起追溯报销。我市原有规定与本规定不符的，按本规定执行。国家和省有新规定的，从其规定。

附件：南通市基本医疗保险门诊特殊病病种

 南通市医疗保障局

 2022年12月30日

附件：

南通市基本医疗保险门诊特殊病病种

| 序号 | 类别 | 病种名称及治疗方式 | 适用险种 | 备案有效期 | 年度限额 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工医保 | 居民医保 |
| 1 | 一 | 恶性肿瘤 | 放疗 | 职工基本医疗保险、居民基本医疗保险 | 1年 | 100000元 | 100000元 |
| 2 | 化疗 |
| 3 | 介入治疗 |
| 4 | 生物靶向药物治疗 |
| 5 | 内分泌治疗 |
| 6 | 检查治疗（康复期） | 5年 | 5000元 | 5000元 |
| 7 | 二 | 慢性肾功能衰竭 | 血液透析 | — | 市内执行按病种收付费规定，市外异地86400元 | 60000元 |
| 8 | 腹膜透析 |
| 9 | 非透析治疗 | 1年 | 5000元 | 5000元 |
| 10 | 三 | 严重精神障碍 | 精神分裂症 | — | 5000元 | 5000元 |
| 11 | 分裂情感性障碍 |
| 12 | 偏执性精神病 |
| 13 | 双向情感障碍 |
| 14 | 癫痫所致精神障碍 |
| 15 | 精神发育迟滞伴发精神障碍 |
| 16 | 其他严重精神障碍类疾病 | 1年 |
| 17 | 四 | 血友病 | 职工基本医疗保险、居民基本医疗保险 | — | 30000元/重型60000元 | 30000元/重型60000元 |
| 18 | 五 | 器官移植术后抗排异治疗 | — | 手术后第一年10万元，第2年9万元，第3年7.5万元，第4年及以后6.5万元。 | 30000元 |
| 19 | 六 | 再生障碍性贫血 | — | 12000元 | 12000元 |
| 20 | 七 | 系统性红斑狼疮 | — | 5000元 | 5000元 |
| 21 | 八 | 肺结核 | 1年 | 12000元 | 12000元 |
| 22 | 九 | 肺动脉高压 | — | 80000元 | 80000元 |
| 23 | 十 | 儿童Ⅰ型糖尿病 | 居民基本医疗保险 | — | — | 5000元 |
| 24 | 十一 | 儿童孤独症 | 1年 | — | 5000元 |
| 25 | 十二 | 儿童生长激素缺乏症 | 2年 | — | 20000元 |

注：上述同一类别限额合并规定的，指同一类别不同病种（治疗方式）共用一个年度限额。

南通市医疗保障局办公室 2022年12月30日印发