

汕头市医疗保障局文件

汕医保〔2024〕17号

汕头市医疗保障局关于实施《广东省基本医疗保险门诊特定病种管理办法》有关问题的通知

各区（县）人民政府，市直有关部门：

为进一步提高我市门诊特定病种保障水平，完善医保门诊医疗费用共济功能，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延长广东省基本医疗保险门诊特定病种管理办法有效期的通知》（粤医保规〔2023〕3号）等文件要求，结合本市实际，现就有关问题通知如下：

一、门诊特定病种范围

本市执行全省统一的门诊特定病种（以下简称门特病种）范围，《广东省基本医疗保险门诊特定病种管理办法》实施前本市已开展但不在省规定范围内的门特病种继续按规定享受待

遇。

本市门特病种实行分类管理，分为 I 类病种和 II 类病种，覆盖病种项目共 55 个（见附件）。

二、门特病种待遇保障

（一）支付比例。参保人按规定在提供服务的定点医疗机构诊治门特病种发生的合规医疗费用，不设起付线，I 类病种（病种序号 1-19）及部分 II 类病种（病种序号 20-31）在本市医疗机构就医的，统筹基金支付比例为职工 85%、居民 75%，其他病种支付比例为 70%。异地就医的，统筹基金支付比例按市异地就医支付比例的规定执行。

（二）病种支付限额。部分 I 类病种（病种序号 1-15）不单独设定支付限额，其他病种设置病种支付限额。设置病种支付限额的 I 类病种限额按月支付，不累计不结转；II 类病种限额按月支付，当月未用完的限额在病种当年度有效期内可结转使用，但不跨年度结转。

参保人符合条件同时认定多个门特病种待遇的，支付比例按最高的一种核定，同类病种的支付限额按限额最高的两个病种叠加（明确不予叠加的除外）。叠加限额中享受 I 类病种待遇的，须按 I 类病种就医管理规定发生的费用方可支付。

统筹基金支付门诊特定病种待遇费用纳入统筹基金年度最高支付限额计算。

（三）门特病种大病保险保障范围。参保人诊治 I 类门特病种发生的合规医疗费用中个人自付部分，以及诊治 II 类门特病种支付限额以内的个人自付部分纳入大病保险支付范围，由大病保险承保方按规定支付。

三、门特病种待遇认定及就医管理服务

(一) 门特病种诊断及治疗服务机构。定点医疗机构结合自身诊疗服务能力，申请门特病种诊断服务资格或治疗服务资格，其中申请门特病种诊断服务资格的须为本市二级及以上定点医疗机构。

(二) 完善病种诊断医师备案制度。市医疗保障经办机构在医保系统中建立门特病种诊断资格医师数据库，并在官方网站上公布各定点医疗机构具备诊断资格医师及各诊断医师可诊断的门特病种项目。诊断医师为参保人诊断负责项目以外的病种无效。

(三) 服务管理。参保人享受门特病种待遇须在提供相应门特病种诊断服务的定点医疗机构办理门特病种待遇认定手续，并在提供治疗服务的定点医疗机构中选择就医。参保人享受Ⅱ类门特病种待遇的，也可按规定凭就诊医疗机构外配电子处方、就医凭证在本市定点零售药店配药。

(四) 费用结算。参保人按规定就医发生的门特病种医疗费用，属于个人支付的部分，由参保人与定点医药机构直接结算；属于基金支付的部分，由定点医药机构先予记账，再与医疗保障经办机构按月结算。

参保人按规定就医发生的门特病种基本医疗费用由个人垫付的，应于费用发生的次年年底前到医疗保障经办机构办理报销手续，逾期不予支付。

(五) 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病种单次处方医保用药量延长到12周。

(六) 参保人未按规定就医的医疗费用，医保基金不予支

付。

四、其他规定

(一) 门特病种准入标准和待遇享受有效期、省内跨市异地就医人员门特病种待遇认定等按省规定执行。在国家出台跨省门特病种待遇认定等管理规范前，参保人跨省异地就医的，可凭省外就医地二级及以上定点医疗机构出具的门特病种待遇认定资料办理门特病种备案手续。

定点医疗机构申请门特病种服务资格、病种诊断医师资格备案、参保人办理门特病种待遇认定等流程由市医疗保障经办机构另行公布执行。

(二) 本通知由汕头市医疗保障局负责解释。

(三) 本通知自 2024 年 3 月 1 日起实施，有效期 3 年。有效期届满前 6 个月将对通知实施情况进行评估，并在有效期届满前 1 个月完成评估工作。此前规定与本通知不一致的，以本通知为准。

附件：汕头市基本医疗保险门诊特定病种待遇表



汕头市基本医疗保险门诊特定病种待遇表

序号	分类	病种	统筹基金支付比例	统筹基金最高支付限额（元/月）		大病支付	待遇享受有效期	备注
				职工	居民			
1	I类	恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）	职工 85% 居民 75%	不单独设立支付限额		合规医疗费用个人自付部分纳入大病保险支付范围	2年	与序号2、42病种同时认证的，限额不予叠加
2		恶性肿瘤（放疗）					2年	与序号1、42病种同时认证的，限额不予叠加
3		血友病					长期	
4		再生障碍性贫血					2年	
5		骨髓纤维化					2年	
6		骨髓增生异常综合症					2年	
7		地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）					长期	
8		C型尼曼匹克病					长期	
9		肢端肥大症					2年	
10		多发性硬化					2年	
11		强直性脊柱炎					长期	
12		湿性年龄相关性黄斑变性					2年	
13		糖尿病黄斑水肿					2年	
14		脉络膜新生血管					2年	
15		视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿					2年	
16		慢性肾功能不全（血透治疗）	6500	6000	2年	与序号17、33病种同时认证的，限额不予叠加		
17		慢性肾功能不全（腹透治疗）	6500	6000	2年	与序号16、33病种同时认证的，限额不予叠加		
18		肺动脉高压	6500	6000	长期			
19		丙型肝炎（HCV RNA阳性）	3000	2500	6个月			
20	II类	肾脏移植术后抗排异治疗	职工 85% 居民 75%	5000	4000	限额内个人自付部分纳入大病保险支付范围	2年	
21		肝脏移植术后抗排异治疗		5000	4000		2年	
22		造血干细胞移植术后抗排异治疗		5000	4000		2年	
23		心脏移植术后抗排异治疗		5000	4000		2年	
24		肺脏移植术后抗排异治疗		5000	4000		2年	
25		精神分裂症		1200	1000		长期	序号25-30病种同时认证的，限额不予叠加
26		分裂情感性障碍		1200	1000		长期	
27		持久的妄想性障碍（偏执性精神病）		1200	1000		长期	
28		双相（情感）障碍		1200	1000		长期	
29		癫痫所致精神障碍		1200	1000		长期	
30		精神发育迟滞伴发精神障碍		1200	1000		长期	
31		耐多药肺结核	1200	1000	2年	与32号病种同时认证的，限额不予叠加		

汕头市基本医疗保险门诊特定病种待遇表

序号	分类	病种	统筹基金支付比例	统筹基金最高支付限额（元/月）		大病支付	待遇享受有效期	备注
				职工	居民			
32	II类	活动性肺结核	70%	1200	1000	限额内个人自付部分纳入大病保险支付范围	1年	与31号病种同时认证的，限额不予叠加
33		慢性肾功能不全（非透析治疗）		1200	1000		长期	与序号16、17病种同时认证的，限额不予叠加
34		慢性阻塞性肺疾病		1200	1000		长期	
35		系统性红斑狼疮		1200	1000		长期	
36		肝硬化（失代偿期）		1200	1000		长期	
37		尿崩症		1200	1000		3年	
38		类风湿关节炎		1200	1000		长期	
39		脑血管疾病后遗症		550	400		长期	序号39-41病种同时认证的，限额不予叠加
40		脑肿瘤手术后遗症		550	400		长期	
41		脑外伤后遗症		550	400		长期	
42		恶性肿瘤（非放化疗）		350	300		2年	与序号1、2病种同时认证的，限额不予叠加
43		糖尿病		350	300		长期	
44		高血压病		350	300		长期	
45		冠心病		350	300		长期	
46		慢性心功能不全		350	300		长期	
47		帕金森病		350	300		长期	
48		艾滋病		350	300		长期	
49		慢性乙型肝炎		350	300		2年	
50		癫痫		350	300		长期	
51		支气管哮喘		350	300		长期	
52		银屑病		350	300		长期	
53		克罗恩病		350	300		长期	
54		溃疡性结肠炎		350	300		长期	
55		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			3个月	

备注：参保人属于器官移植术后服用抗排异药品的，可凭治疗机构处方到药品生产厂家购药或在开展手术的医疗机构就医购药，视同在本市定点医疗机构就医。

公开方式：主动公开

汕头市医疗保障局办公室

2024年2月27日印发
