

湛江市医疗保障局关于延长《湛江市医疗保障局关于调整湛江市基本医疗保险门诊特定病种的通知》有效期的通知

湛医保〔2024〕6号

各县（市、区）医疗保障局，市医疗保障事业管理中心，各定点医疗机构：

根据《广东省行政规范性文件管理规定》（广东省人民政府令第277号）规定，经评估，《湛江市医疗保障局关于调整湛江市基本医疗保险门诊特定病种的通知》（湛医保〔2021〕13号）继续施行，有效期延长至2027年3月1日。在继续施行期间，该文件如有修改或废止，以新修改文件的公布或废止的通知为准。

湛江市医疗保障局

2024年2月8日

湛江市医疗保障局关于调整湛江市基本医疗保险门诊特定病种的通知

湛医保〔2021〕13号

各县（市、区）医疗保障局，市社会保险基金管理局，各定点医疗机构：

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）精神，为了提高门诊特定病种（以下简称“门特病种”）保障水平，减轻参保人员门诊医疗费用负担，结合我市实际，经市人民政府同意，对我市基本医疗保险，包括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”）门特病种进行调整。现就有关事项通知如下：

一、门特病种范围

按照《广东省基本医疗保险门诊特定病种管理办法》（粤医保规〔2020〕4号）规定，将省确定的52种门特病种全部纳入我市职工医保和居民医保门特病种范围，我市原有的肝硬化（代偿期）、躁狂症、慢性肾小球肾炎、甲状腺功能亢进（放射治疗）、白内障（门诊手术）等5种门特病种继续保障。原门特病种“白血病”纳入病种“恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）”。（具体门特病种范围见附件1）

二、门特病种起付标准

门特病种不设起付标准。

三、门特病种支付比例

门特病种在政策范围内的支付比例为：

（一）职工医保门特病种在基本医疗保险范围内费用支付比例按照同类医院住院支付比例。

（二）居民医保门特病种在基本医疗保险范围内费用支付比例在三类、二类、一类（含一类以下）分别为60%、70%、80%。

（三）在门特病种支付限额内，符合医保政策范围内的费用年度累计进入大病

保险报销后，门特病种支付比例按照大病保险政策执行。

四、门特病种支付限额

门特病种支付限额可以在基本医疗或（和）大病保险中累计使用，分为按年度支付限额，按次支付限额和按国家和省有关政策规定执行限额等三类。（具体限额见附件1）

五、备案管理

（一）门特病种实行备案管理。参保人员申请门特病种时，负责审核的定点医疗机构须按照相应门特病种准入标准进行审核确认，并将相关审核确认信息上传医保信息系统备案，纸质申请资料保存备查。

（二）开展门特病种资格审核的定点医疗机构：广东医科大学附属第一医院、湛江中心人民医院、广东省农垦中心医院、中国人民解放军南部战区海军第一医院、湛江市第二人民医院、湛江市第一中医院、湛江市第二中医院、湛江市第三人民医院、五县（市）人民医院。（见附件2）

（三）办理了异地就医手续的参保人，按本通知规定的限额和支付比例享受待遇。

（四）参保人员符合条件同时享有多个年限额门特病种的，以其中年限额最高的一个病种作为年度限额标准。

（五）门特病种支付金额纳入统筹基金年度累计最高支付限额计算。

（六）参保人员门特病种医疗费用经基本医疗保险和（或）大病保险支付后，其个人负担的合规医疗费用按规定纳入补充医疗保险、医疗救助保障范围。

（七）门特病种准入标准和待遇享受有效期按国家和省的有关规定执行。

（八）符合“白内障（门诊手术）”条件的参保人员，可直接到开展该病种诊疗服务的门特定点医疗机构就诊治疗。

六、资格审核

（一）提交申请。参保人员罹患门特病种范围的疾病，可携带有效身份证件或社保卡、病历资料或既往化验单（含手机APP的电子化验单）、诊断书等检查资料，到定点医疗机构向专科接诊医生（中级职称以上医师）提出办理门特病种资格审核，经接诊医生诊断，符合相应门特病种准入标准的，接诊医生填写《门诊特定病种待遇认定申请表》（以下简称申请表，见附件3），提交所在科室复核；不符合相应门特病种准入标准的，接诊医生不得填写申请表。

（二）科室复核。接诊医生所在科室的副主任或以上医师对提交的申请表进行

复核（科室无副主任或以上医师的，可由其上级主管医师复核），经复核符合申请条件的，由科室提交医院医保业务管理部门审核。

（三）审核确认。医院医保业务管理部门应对科室提交的《申请表》进行审核，符合条件的，将内容录入医保信息系统予以确认，确认时间即为该参保人门特病种待遇享受有效期的开始时间。定点医疗机构为符合条件的参保人员办理门特病种待遇认定，时限不超过3个工作日。

（四）资料存档。定点医疗机构须将申请表及相关申请资料保存备查。具体保管期限按照《社会保险业务材料归档范围与保管期限》执行，纸质申请资料保存10年；扫描件资料保存20年。由医保经办机构对医疗机构认定情况进行有效监管。

（五）领取手册。参保人员门特病种资格审核通过后，带本人社会保障卡或身份证、大一寸相片，到所属县（市、区）医保经办机构领取《门诊特定病种手册》。

七、就医管理

（一）门特病种实行定点门诊制度。参保人员可选定1家符合条件的定点医疗机构（见附件4）作为本人相应门诊特定病种就诊定点就医医院（以下简称“门特定点就医医院”），由门特病种资格审核的定点医疗机构一并录入系统，凭《门诊特定病种手册》到门特定点就医医院进行门特病种检查治疗享受医保待遇。参保人员在门特定点就医医院缴纳个人自付部分费用，统筹基金支付部分由医保经办机构与医院结算。在非选定的定点医疗机构发生的门特病种医疗费用，由参保人负担。

（二）参保人员门特病种检查、治疗的医疗费用，须与其申办的门特病种相符，与申办的门特病种不相符的医疗费用由参保人员自己负担。

（三）参保人员选定门特定点就医医院后，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、定点医疗机构门特病种服务范围变动等情形需要变更门特定点就医医院的，应向参保地医保经办机构提交变更申请，医保经办机构应按规定为其办理变更手续。

（四）符合条件的参保人员，可在相应门特病种待遇认定有效期满前1个月内，向具备相应门特病种诊断认定资格的定点医疗机构申请办理续期。定点医疗机构应按本通知“资格审核”规定办理。续期有效期自前一有效期满后当日起，按自然日计算，到期自动终止。

参保人员在相应门特病种待遇认定有效期满前未办理续期的，应按规定重新申请相应门特病种待遇认定。门特病种待遇享受有效期自定点医疗机构按规定认定信息上传医保信息系统备案之日起，按自然日计算，到期自动终止。

(五) 定点医疗机构按照因病施治、合理用药的原则，单次处方原则上用药量不超过一个月；特殊情况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。

八、管理监督

(一) 明确责任。定点医疗机构应严格执行国家、省和市医保法律、法规和服务协议等规定。定点医疗机构不得违规办理参保人员门特病种待遇认定，不得通过串换药品、串通参保人员伪造病历和检查资料等违规、违法行为骗取医保基金；构成犯罪的，依法追究刑事责任。参保人员利用虚假资料违规骗取门特病种待遇的，按相关规定处理，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

(二) 基金监管。各级医保部门应加强对参保人员罹患门特病种使用基金情况进行监督，加强定点医疗机构认定参保人员门特病种待遇以及申报医疗费用的审核结算，规范诊疗服务行为，推动合理诊疗和科学施治。

定点医疗机构经医保部门查处存在违规、违法行为的，其发生的相应门特病种医疗和购药费用，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规定向当地医疗机构追回。

(三) 加强稽核。各级医保经办机构应建立工作机制，对定点医疗机构门特病种服务行为进行稽核检查。定期或不定期检查、抽查定点医疗机构，重点检查门特病种待遇认定资料以及提供的医疗服务行为等，发现定点医疗机构存在为不符合条件的参保人员办理门特病种待遇认定等违规、违法行为的，按规定予以处理，并终止定点医疗机构违规办理的相关参保人员门特病种待遇认定信息。

本通知自发文之日起实施，有效期 3 年。此前规定与本通知不一致的，以本通知为准。

- 附件：1.湛江市基本医疗保险门特病种待遇标准
2.湛江市开展门特病种资格审核的定点医疗机构
3.门诊特定病种待遇认定申请表
4.湛江市符合条件的门特病种定点机构一览表
5.变更门诊特定病种定点就医医院申请表

(附件详情请登录湛江市人民政府门户网 www.zhanjiang.gov.cn 政府公报栏目查阅)

湛江市医疗保障局

2021 年 3 月 1 日