**附件：**

**梅州市基本医疗保险门诊特定病种**

**管理办法**

（征求意见稿）

**第一章  总 则**

**第一条** 为进一步完善多层次医疗保障体系，推进分级诊疗，提高门诊特定病种保障水平，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）、《广东省医疗保障局 广东省财政厅关于全面开展省内异地就医门诊医疗费用直接结算工作的通知》（粤医保规〔2020〕7号）、《广东省医疗保障局关于广东省基本医疗保险门诊特定病种准入标准（试行）的通知》（粤医保函〔2020〕483号）文件规定，结合我市实际，制定本办法。

　　**第二条** 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（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）参保人员的门特保障适用本办法。

**第四条** 全市各级医疗保障行政部门负责门特政策的组织实施，对定点医药机构进行监督检查。全市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。

**第二章  待遇保障**

**第五条** 全市执行全省统一的门特（各病种名称详见附件），并保留本办法实施前我市已开展的非省规定保障范围内的门特。本办法实施后门特保障范围按国家和省相关政策统一调整。

**第六条** 各门特待遇标准按照梅州市基本医疗保险门诊特定病种待遇标准和最高支付限额相关规定执行（详见附件1）。

**第七条** 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我市大病保险、医疗救助保障范围。参保人在城乡居民医保基金支付后需个人自付门特费用，年度累计超过大病起付标准以上部分，由大病保险按住院报销比例补偿；门特年度补偿累计最高支付限额纳入大病保险年度最高支付限额。符合医疗救助条件的，按医疗救助规定优先由医疗救助支付，超过医疗救助限额部分纳入大病保险支付。

**第八条** 门特实行“限额管理”。湿性年龄相关性黄斑变性、糖尿病黄斑水肿、脉络膜新生血管、视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿、恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）、恶性肿瘤（放疗）、恶性肿瘤（非放化疗）、慢性肾功能不全（血透治疗）、慢性肾功能不全（腹透治疗）、骨髓纤维化、骨髓增生异常综合症、C型尼曼匹克病门特实行年度最高支付限额；其他门特病种实行季度最高支付限额。门特报销限额为基金实际支付限额，最高支付限额期限实行当期有效、不滚存、不累计。门特统筹基金支付金额计入参保人年度基本医疗保险最高支付限额。参保人同时患有多个病种的，支付比例、最高支付限额按申请认定的主病种核定。

**第九条** 参保人员办理了门特病种待遇认定后，在定点医疗机构就医发生的符合基本医疗保险药品目录、诊疗目录及医疗服务设施范围的医疗费用，纳入门特统筹基金支付范围。为加强门特病种的管理，规范医疗服务行为，市医保经办机构可根据门特病种的就医需求，另行制订门特病种二级药品目录、诊疗目录及医疗服务设施支付范围。门特轻症糖尿病、轻症高血压用药范围和支付标准按照国家和省的有关规定执行。参保人在门特病种范围外的门诊费用不纳入支付范围。

**第三章  管理服务**

**第十条** 市医保经办机构按照市医疗保障行政部门规定，结合卫生健康行政部门核准的诊疗科目范围及诊疗技术资质、专科人员设置、药品配置等情况，从签约的医保定点医疗机构中确定符合条件开展相应门特资格认定和治疗的医疗机构，并在协议管理中明确相应门特服务资格，报市医疗保障行政部门备案。开展门特资格认定的医疗机构原则上需二级以上医疗机构。符合条件开展相应门特诊断和治疗的定点医疗机构名单由市医保经办机构统一向社会公布。

**第十一条** 门特实施资格认定。参保人申请门特待遇应选择具备相应门特服务资格的医疗机构办理门特资格认定和治疗，医疗机构应按照相应门特准入标准严格审核把关。既往已确诊的参保人员，办理门特资格认定的医疗机构按照临床诊疗规范，可根据既往化验单、诊断书等结合病情予以审核确认。确认时间即为参保人门特病种待遇享受开始时间。异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作人员到参保地医保经办机构办理资格认定手续。

**第十二条** 门特就医实施备案管理。门特参保人员须选定2家符合条件的定点医疗机构作为本人门特治疗的医疗机构。选定的定点医疗机构一经确定，原则上一年内不变更。参保人员确因病情需要、居住地迁移、医疗机构药品供应不足或病情变化等情形需要变更门特定点医疗机构的，应向参保地医保经办机构申请办理变更手续。

**第十三条** 参保人员就医范围。参保人员在选定的门特定点医疗机构就医时，发生符合门特药品目录、诊疗项目和服务设施范围的医疗费用，纳入医保基金支付范围并实行直接结算；在非选定的定点医疗机构就医发生的门特医疗费用医保基金不予支付，由参保人承担。

已备案的异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员在已备案的地市联网医疗机构门诊就诊的，不再享受本地就医门特待遇。已办理基本医疗保险省内异地就医住院医疗费用直接结算备案的人员同步开通异地就医门特医疗费用直接结算医疗服务。

**第十四条** 糖尿病、门特轻症糖尿病、高血压、轻症高血压准入标准按照《关于调整完善基本医疗保险门诊待遇有关政策的通知》（梅市医保规〔2020〕4号）规定执行；其他门特准入标准和待遇享受有效期按《广东省医疗保障局关于广东省基本医疗保险门诊特定病种准入标准（试行）的通知》（粤医保函〔2020〕483号）规定执行。

**第十五条** 属本办法规定待遇长期有效的病种，不再重新办理资格认定，长期享受门特待遇；属于本办法规定定期有效的病种，本办法实施前已取得门特资格的参保人必须在本办法实施之日起，至2021年12月31日前重新办理资格认定和备案手续方可继续享受待遇。未重新办理的，暂停享受门特待遇。

**第十六条** 本办法实施首年已享受门特待遇的参保人参保人年度内首次就诊结算的医疗机构，视为参保人选定的定点医疗机构，如需重新选定，可到参保地医保经办机构申请办理变更手续。

**第十七条** 定点医疗机构按照因病施治、合理用药的原则，经主诊医生评估后，支持将处方用药放宽至12周，保障用药需求。

**第十八条** 支持医疗机构开展“互联网+”医疗服务。享受门特待遇的参保人，选定在经卫生健康行政部门批准开展互联网诊疗活动且与医保经办机构签订互联网服务协议的定点医疗机构就医，发生的互联网复诊的网上就诊诊查费和药品费用，按规定纳入门特统筹基金支付范围。

**第十九条 参保人凭选定医疗机构外配处方、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。外配处方购药具体办法由市医疗保障行政部门另行制订。**

**第四章  基金监管**

**第二十条** 定点医疗机构应严格执行医保法律、法规、政策和服务协议等规定，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行为骗取医保基金；定点零售药店不得通过串换药品、串通参保人员套现医保基金等违规、违法行为骗取医保基金。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

定点医药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，由定点医药机构承担。已支付的医保基金由医保经办机构按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。

**第二十一条** 定点医疗机构要建立门特用药管理机制，规范门特的治疗。医疗保障行政部门及医保经办机构不定期进行检查，发现医疗机构出现超剂量用药、超限定范围核报等违规行为的，按照协议管理及相应的法律法规予以处理，情节严重的，取消其定点医疗机构资格。

**第二十二条** 定点医疗机构应配备治疗门特的药品，不能以医院无药推诿病人外购药品或自费购药。一年内出现三次以上参保人有效投诉的或经医保经办机构抽查发现两次以上的，取消医疗机构门特结算业务资格。

**第二十三条** 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。

**第五章  附则**

**第二十四条 市医疗保障部门根据国家和省的有关政策，根据本市医保基金支付能力、医学技术发展等情况，对病种范围、待遇标准、管理服务等适时进行调整。**

**第二十五条** 定点医疗机构和各级医保经办机构开展门特资格认定、待遇报销等经办管理服务按省、市医疗保险门诊特定病种业务经办规程执行。

**第二十六条 本办法实施后新增的门特病种，参保人取得待遇资格后，其待遇报销从2021年1月1日起开始享受；**本办法实施前已开展的门特病种，**参保人从取得资格之日开始按相关规定享受门特待遇。**

**第二十七条** 本办法由梅州市医疗保障局负责解释。

**第二十八条** 本办法自2021年 月 日实施，有效期5年。此前规定与本办法不一致的，以本办法为准。期间，如遇国家、省政调整，按国家和省规定执行。

附件：1.梅州市基本医疗保险门诊特定病种待遇标准及最高支付限额表

 2.广东省医疗保障局关于广东省基本医疗保险门诊特定病种准入标准（试行）的通知（粤医保函〔2020〕483号）