

苏州市基本医疗保险门诊特殊病管理办法

（征求意见稿）

第一条 为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，加强和规范门诊特殊病的管理，确保医疗保险基金安全运行，根据《苏州市社会基本医疗保险管理办法》（苏州市人民政府令第138号）和《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），结合我市实际，制定本办法。

第二条 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含：恶性肿瘤（治疗期和康复期）、慢性肾功能衰竭（血液透析、腹膜透析和非透析治疗）、器官移植后抗排异治疗、严重精神障碍、再生障碍性贫血、血友病、系统性红斑狼疮、肺结核、老年性白内障在门诊行白内障超声乳化加人工晶体植入术（以下简称老年性白内障）、儿童Ⅰ型糖尿病、儿童孤独症、儿童生长激素缺乏症以及家庭病床（具体病种见附件1）。

第三条 参保人员每一结算年度发生的符合门特结付规定的医疗费用，由基本医疗保险统筹基金按以下标准结付：

（一）恶性肿瘤（治疗期）、慢性肾功能衰竭（血液透析、腹膜透析）、器官移植后抗排异治疗的医疗费用，分别按职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险不同类型结付：（1）职工基本

医疗保险参保人员：住院和门特医疗费用累计在 4 万以内的部分，按 90%的比例结付；4 万以上的部分，按 95%的比例结付；(2)城乡居民基本医疗保险参保人员：住院和门特医疗费用累计在 35 万以内的部分，按 90%的比例结付，超过封顶线以上的医疗费用，城乡居民基本医疗保险基金不再支付。

参保人员在恶性肿瘤（康复期）使用肿瘤辅助药品和中药饮片发生的费用，每个结算年度在 8000 元限额内按 90%的比例结付。

参保人员患慢性肾功能衰竭（非透析治疗）发生的医疗费用，每个结算年度在 8000 元限额内按 90%的比例结付。

（二）严重精神障碍患者在门诊使用规定的抗精神病药品时所发生的费用，职工医保参保人员在 5300 元限额内按 100%的比例结付，居民医保参保人员在 4300 元限额内按 100%的比例结付。在精神病专科医院住院治疗不设起付标准。

（三）老年性白内障的治疗费用，在 3800 元限额内按 90%的比例结付。

（四）再生障碍性贫血使用专科药品的费用，在 8000 元限额内按 90%的比例结付。

（五）血友病使用专科药品的费用，在 100000 元限额内按 90%的比例结付。

（六）系统性红斑狼疮的治疗费用，在 8000 元限额内按 90%的比例结付。

（七）肺结核的治疗费用，在 8000 元限额内按 90%的比例结付。

（八）职工基本医疗保险参保人员发生的家庭病床治疗费用，每 180 天为一结算周期，每一周期起付标准为 400 元，超过起付标准在 4000 元限额内按 90%的比例结付。

（九）城乡居民基本医疗保险参保人员发生的儿童 I 型糖尿病、儿童孤独症、儿童生长激素缺乏症治疗费用，分别在 8000 元限额内按 90%的比例结付。

第四条 用于门特和住院医疗费用支出的基本医疗保险统筹基金共用年度支付限额。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职工和居民大病保险、公务员医疗补助和医疗救助范围。

第五条 各级医疗保障部门指定的二级及以上定点医疗机构作为门特诊断和认定医疗机构，按照疾病临床路径和诊断标准（见附件 2）对门特病种予以认定。其中儿童 I 型糖尿病、儿童孤独症、儿童生长激素缺乏症认定医疗机构须为儿童专科医院或设有儿童专科的综合医疗机构。

第六条 二级及以上定点医疗机构的专科副主任及以上医师可对参保人员门特予以诊断和认定，在《门诊慢特病病种待遇申请表》（见附件 3）上填写诊断依据，经医院医保部门审核签章，并由医师或医院医保部门通过信息系统传输诊断信息报医保经办机构备案。备案后在医保信息系统中做好标识，参保人员即可享受相应的门特待遇。

第七条 门诊特殊病中的家庭病床由设床定点医疗机构办理，严重精神障碍由门特认定医疗机构办理，其他门特病种可由

参保人员本人或家属办理。

已办理长期居外医疗手续的参保人员，门特病种的诊断确定，可凭二级及以上定点医疗机构出具的《门诊慢特病病种待遇申请表》和相关检查报告单通过线上途径办理或到医保经办机构办理备案手续。

第八条 恶性肿瘤门特经过诊断认定后，分为治疗期和康复期 2 个阶段。办理门特备案第一、二年为治疗期，时间为办理备案手续起至下一结算年度末。到达下一结算年度末将自动转入康复期，康复期一般为四年，到期自动终止。

如恶性肿瘤患者在康复期内或康复期后病情出现转移复发的或医生诊断认定需要继续治疗的，凭转移复发的诊断报告和相关病历资料可重新申请办理认定手续，并享受恶性肿瘤治疗期相关待遇。

第九条 慢性肾功能衰竭（血液透析、腹膜透析）患者实行“透析约定管理”。慢性肾功能衰竭（血液透析、腹膜透析）患者在办理门特备案手续时，应选定透析类型（血液透析或腹膜透析）及约定医院。办妥备案手续后，其在约定医院进行选定类型的透析治疗，可划卡享受慢性肾功能衰竭（血液透析、腹膜透析）门特待遇。因特殊原因需变更透析类型或医院的，应办理约定医院变更手续。

第十条 儿童孤独症、儿童生长激素缺乏症经过诊断认定后，办理门特待遇备案有效期一年，到期自动终止。

第十一条 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。

第十二条 各定点医药机构应严格按照我市药品分类管理有关规定，规范门特药品的使用和配售，确保用药安全。门特药品费用可在B级及以上的定点医药机构直接划卡结付。

第十三条 定点零售药店在为门特患者配药时，应严格执行药品管理规定，明确专门药师责任到人。配备门特药品时应认真核对本人身份信息，严格审方验方，查阅病历或信息系统上次配药记录，并在病历上如实记录本次所配药品名称、用法及用量，并指导用药。

第十四条 定点医疗机构医务人员在为门特患者诊治时，应认真核对身份信息，因病施治，合理用药，并在病历或信息系统上准确记录病史及治疗经过。

第十五条 定点医疗机构违规让参保人员办理门特认定的，参保人员发生的相应门特费用，基本医疗保险统筹基金不予支付，由定点医疗机构承担。

第十六条 医保经办机构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。

第十七条 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，违反《医疗保障基金使用监督管理条例》相关条款的，按其规定处理。

第十八条 本办法自 2023 年 1 月 1 日起执行。原《苏州市社会基本医疗保险门诊特定项目管理办法》（苏人保办〔2010〕31 号）同时废止。此前各地有关规定与本办法不一致的，按本办法执行。

附件 1：全市统一的门诊特殊病种

附件 2：门诊特殊病认定标准

附件 3：门诊慢特病病种待遇申请表

附件 1

全市统一的门诊特殊病种

序号	病种名称及治疗方式		国家病种代码	适用险种
1	恶性肿瘤	治疗期（放疗）	M00502	职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险
		治疗期（化疗）	M00503	
		治疗期（介入治疗）	M00590	
		治疗期（生物靶向药物治疗）	M00507	
		治疗期（内分泌治疗）	M00508	
		康复期	M00591	
2	慢性肾功能衰竭	血液透析	M07803	
		腹膜透析	M07804	
		非透析治疗	M07800	
3	器官移植术后抗排异治疗		M08300	
4	严重精神障碍	精神分裂症	M02101	
		分裂情感性障碍	M02104	
		偏执性精神病	M02103	
		双向情感障碍	M02102	
		癫痫所致精神障碍	M02105	
		精神发育迟滞伴发精神障碍	M02106	
		重症抑郁症	M02109	
		伴有精神病症状的躁狂症	M02109	
		本市持证精神残疾人	M02109	
5	血友病		M01200	
6	再生障碍性贫血		M01102	
7	系统性红斑狼疮		M07101	
8	肺结核		M00105	
9	老年性白内障		M03500, M03502	
10	儿童 I 型糖尿病		M01601	城乡居民基本医疗保险
11	儿童孤独症		M02207	
12	儿童生长激素缺乏症		M01902	

序号	病种名称及治疗方式	国家病种代码	适用险种
13	家庭病床	/	职工 基本医疗 保险

附件 2

门诊特殊病认定标准

一、慢性肾功能衰竭

(一) 透析治疗

1. 临床出现少尿、无尿、肺水肿、心包积液等明显尿毒症症状；
2. 实验室检查：血尿素氮 $\geq 28.6\text{mmol/L}$ ；血肌酐 $\geq 707.2\mu\text{mol/L}$ ；肌酐清除率 $\leq 10\text{ml/min}$ ；血钾 $> 6.5\text{mmol/L}$ ；

(二) 非透析治疗

定点医疗机构确诊同时符合下列标准的：

1. 具备慢性肾炎、糖尿病、高血压及其它可引起慢性肾脏疾病的病因。
2. 有尿毒症面容、乏力、失眠、食欲不振、皮肤瘙痒、尿素霜、水电解质及酸碱代谢紊乱、贫血、出血倾向、肾性骨营养不良、易发感染等症状。
3. 代偿期实验室检查正常，失代偿期时血肌酐高于正常值及肾小球滤过率 $< 60\text{ml/min}$ 持续 3 月以上；或病史不足 3 月，但有肾脏 B 超出现肾脏萎缩、皮髓分界不清等慢性化表现。

二、恶性肿瘤的化疗放疗

临床诊断明确，并有下列辅助依据之一确诊的恶性肿瘤：

1. 组织学诊断；
2. 细胞学诊断；
3. 影像学诊断。

三、器官移植后抗排异治疗

定点医疗机构确诊同时符合下列标准的：

1. 器官移植病史。
2. 需要进行抗排异治疗的。

四、严重精神障碍

定点医疗机构按照相关严重精神障碍临床诊疗规范确诊的。

五、家庭病床

设床条件：年满 60 周岁以上，符合住院指征需要住院，但因患心脑血管疾病、老年痴呆、晚期恶性肿瘤等长期瘫痪在床而行动不便住院确有困难者。

六、门诊老年性白内障超声乳化人工晶体植入手术

单纯性老年性白内障，其临床诊断标准为：晶状体混浊影响视力，且无严重全身性疾病及并发症。

七、血友病

(一) 临床表现：①自发性或外伤后出血不止及血肿，常见关节、肌肉、深部组织出血；②手术后出血不止。

(二) 辅助检查：①出血时间 (BT)，凝血酶原时间 (PT) 正常；②凝血时间 (CT)：重型延长，中型、轻型、亚临床型可正常；③部分凝血活酶时间 (APTT)：重型明显延长，轻型稍延长或正常；亚临床型正常；④凝血因子筛选试验Ⅷ或Ⅸ或Ⅺ减低或缺乏；⑤因子促凝活性减少或极低。

八、再生障碍性贫血

(一) 临床表现: 表现为贫血、出血、发热等症状。

(二) 辅助检查: ①血象及网织红细胞计数: 全血细胞减少, 网织红比例及计数低于正常, 一般慢性再障三系下降不平衡。②骨髓象: 表现为骨髓造血增生程度降低, 淋巴细胞、非造血细胞比例常增加; ③骨髓活检: 造血组织减少。

九、系统性红斑狼疮

1、有红斑狼疮病史, 提供近一年来两次以上(时间间隔 3 个月以上)病史资料。

2、免疫学检查: 抗 Sm 抗体阳性或 ds-DNA 抗体升高。

3、抗核抗体 (ANA) 效价增高。

4、颧颊部红斑。

5、盘状红斑。

6、光敏感。

7、复发性口腔溃疡。

8、非畸型小关节炎。

9、浆膜炎、胸膜炎或心包炎。

10、神经系统异常、癫痫发作或精神症状。

11、肾脏病变: 蛋白尿 $>0.5\text{g/d}$ 或尿细胞管型。

12、血液检查异常: 溶血性贫血或白细胞减少 $<4 \times 10^9/\text{L}$ 或淋巴细胞 $<0.5 \times 10^9/\text{L}$, 或血小板 $<100 \times 10^9/\text{L}$ 。

符合五项及以上, 其中 1-3 项是必备条件。

十、肺结核

1. 有活动性结核临床症状, 半年内 X 线检查发现活动性结核病灶, 渗出型和增殖型病灶, 干酪性肺炎, 干酪灶或空洞, CT 检查可发现隐蔽区病灶。

2. 痰结核菌阳性。

3. 纤支镜检查发现抗酸杆菌等。

4. 病理提示结核。

必须提供相关病史资料证明具备第 1 项结合第 2、3、4 项综合判断。

十一、儿童 I 型糖尿病

符合糖尿病诊断标准, 胰岛功能衰竭的, 或者馒头餐试验 c 肽储备功能不足。

十二、儿童孤独症

依据精神疾病诊断统计手册第五版 (DSM-5) 的孤独症诊断标准完成孤独症诊断。

十三、儿童生长激素缺乏症

需同时满足: 身高低于同种族、同年龄、同性别健康人群的 2SD 或 P3 的矮小标准, 生长速度减慢, 匀称性矮小, 面容幼稚、智力正常, 骨龄落后, IGF1 低于正常的平均值以及生长激素激发试验峰值 $\leq 5\text{ng/ml}$ 。(两天不同药物独立激发试验)。

附件 3

门诊慢特病病种待遇申请表

姓名		性别		年龄	
证件号码		参保险种	☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保		
病种名称		病种编码			
疾病诊断		首次确诊时间			
诊断依据及 申请原因					
诊断医院		约定治疗医院			
专科副主任及以上医师签名					
患者（家属） 签名		联系电话			
医院 医保 主管 部门 意见	（签章） 年 月 日		医保 经办 机构 意见		

说明：1、本表一式二份，参保人员、医保经办机构各一份。（医院端直接登记上传的，由医院存档备查）

2、本表由指定诊断认定医院专科副主任及以上医师填写，参保人员或家属持患者本人社会保障卡、门诊病历、疾病诊断依据材料（出院记录或病理检查报告等），至医院医保主管部门审核签章，并由医保主管部门通过信息系统登记上传，医保经办机构审核。

3、参保人员办妥门诊特定项目登记确认手续后，持本人社会保障卡在定点医疗机构直接结付，享受相应门诊特定项目医疗待遇。

4、慢性肾功能衰竭透析患者办妥上述手续后，因特殊原因需变更透析类型或医院的，应办理约定医院变更手续。