

# 深圳市医疗保障局 文件 深圳市卫生健康委员会

深医保规〔2021〕2号

## 深圳市医疗保障局 深圳市卫生健康委员会关 于实施《广东省基本医疗保险门诊特定 病种管理办法》有关事项的通知

各有关单位：

为进一步提高本市门诊特定病种保障水平，减轻参保人门诊医疗费用负担，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）等有关规定，经市政府批准，现就本市实施广东省门诊特定病种政策有关事项通知如下：

一、门诊特定病种（以下简称门诊特病）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。

二、门诊特病不设起付线，门诊特病医疗费用由基本医疗保险基金按规定支付。

三、本市执行全省统一的门诊特病范围。属于本市现行医疗保险政策规定的门诊大病范围的，按《深圳市社会医疗保险办法》（市政府令第256号）有关规定执行。肺脏移植术后抗排异治疗、骨髓纤维化、骨髓增生异常综合症参照本市门诊大病有关规定执行。

高血压、糖尿病按《深圳市医疗保障局 深圳市财政局 深圳市卫生健康委 深圳市市场监督管理局关于完善高血压糖尿病门诊用药保障机制的通知》（深医保规〔2019〕3号）有关规定执行。

慢性阻塞性肺疾病、冠心病、脑血管疾病后遗症、类风湿关节炎、支气管哮喘、慢性乙型肝炎6种门诊特病参照《深圳市医疗保障局 深圳市财政局 深圳市卫生健康委 深圳市市场监督管理局关于完善高血压糖尿病门诊用药保障机制的通知》（深医保规〔2019〕3号）有关规定，享受门诊用药专项待遇，并对其设定年度支付限额，年度支付限额参照本通知第五条规定执行。参保人患有本款规定6种门诊特病，参照本通知第六条、第七条规定进行认定。

除上述情形以外的其他门诊特病（以下简称新增门诊特病），

其待遇保障及管理服务等按本通知第四条、第五条、第六条、第七条、第八条、第九条规定执行。

四、参保人在定点医疗机构发生的新增门诊特病基本医疗费用，由基本医疗保险大病统筹基金按比例支付，其中基本医疗保险一档参保人支付70%（年满70周岁以上的支付80%）；基本医疗保险二档、三档参保人支付60%。基本医疗保险大病统筹基金支付后剩余部分由其个人账户支付，个人账户不足的由个人自付。

参保人已享受前款规定待遇的，不重复享受《深圳市社会医疗保险办法》规定的由基本医疗保险大病统筹基金、社区门诊统筹基金支付的待遇。

参保人新增门诊特病异地就医管理参照我市门诊大病的异地就医管理相关规定执行。

五、新增门诊特病设置年度支付限额，纳入基本医疗保险大病统筹基金年度累计最高支付限额计算，不滚存、不累计。

参保人同时患有两种以上新增门诊特病的，按对应新增门诊特病支付限额分别享受待遇。

六、本市二、三级定点医疗机构可根据卫生健康行政部门许可的诊疗科目范围，向市医保经办机构备案，为参保人提供新增门诊特病诊断及治疗服务。市医保经办机构每年定期受理备案并向社会公布。

七、参保人享受新增门诊特病待遇须经门诊特病定点医疗机

构认定。参保人申请新增门诊特病时，门诊特病定点医疗机构应按照相应新增门诊特病准入标准予以认定，并报市医保经办机构备案。

八、参保人享受新增门诊特病待遇的，须选定一家符合条件的门诊特病定点医疗机构作为本人就诊治疗机构，治疗机构须将参保人信息报市医保经办机构备案。

选定医疗机构原则上一年内不变更，参保人确因病情需要及居住地迁移等情形需要变更选定医疗机构的，应向拟变更的定点医疗机构提出申请办理变更手续，定点医疗机构应将变更信息报送市医保经办机构备案。

九、参保人可按规定凭选定医疗机构开具的电子外配处方在本市定点零售药店配药，享受新增门诊特病待遇。

十、门诊特病准入标准和待遇享受有效期统一按照省的有关规定执行。

基本医疗保险统筹基金支付的参保人相应门诊特病费用待遇享受范围，由市医疗保障行政部门按照临床必需、安全有效、费用适宜等原则，开展遴选，并经专家组评审确认后，由市医疗保障行政部门公布实施。如省医疗保障部门公布门诊特病待遇享受范围后，则按省标准执行。

十一、参保人门诊发生的本通知规定情形之外的医疗费用，按照《深圳市社会医疗保险办法》有关规定执行。

十二、门诊特病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诊特病单次处方医保用药量延长到 12 周。

十三、门诊特病定点医疗机构要根据功能定位、临床需求和诊疗能力等及时配备相应门诊特病治疗药品并合理使用，不得以医保支付方式、医疗机构用药目录数量限制、药占比等为由影响药品配备、使用。

十四、参保人应当妥善保管本人医疗保障凭证，持本人医疗保障凭证就医、购药，并主动出示接受查验，按照规定享受医疗保障待遇，不得将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；不得重复申领医疗保障待遇；不得利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益；不得使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药；不得采用多次就医方式获取基本医疗保险统筹基金支付的药品超出正常剂量。

十五、门诊特病定点医疗机构、定点零售药店及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人有效身份凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人如实出具费用单据和相关资料，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

十六、市医疗保障行政部门要健全监督举报、智能监控、信用管理等机制，探索“事前承诺、事中事后监管”，借助大数据手段，加强事中、事后审核，重点查处重复配药、超量配药、超范围用药等违规行为，坚决打击贩卖门诊特病医保药品等欺诈骗保行为，切实保障医保基金安全。

各级医保经办机构负责门诊特病的经办管理服务 work，对门诊特病定点医疗机构进行协议管理。

十七、卫生健康行政部门要健全门诊特病诊疗、用药、长期处方、健康管理服务规范，健全不合理用药风险提示、用药超量提示、监测管理系统，将规范诊疗和合理用药情况纳入公立医院、社区健康服务绩效评价。会同市医疗保障行政部门建设电子处方平台，制定电子处方管理规范。督促医疗机构按照规定配备充足的药品，保障符合条件的参保人及时享受门诊特病用药待遇。推动社区健康服务扩容提质，推进医院专家进社区，增加社康机构医疗专家配置，提高社康机构诊疗门诊特病能力。

健全居民健康管理制度，逐步为门诊特病患者建立健康管理专案，发挥全科医生的健康“守门人”作用。推动社康机构与其举办医院融合发展、信息系统互联互通，促进分级诊疗和双向转诊。

加强医疗服务行为监管，对经市医疗保障行政部门查实、欺诈骗保情节特别严重的定点医疗机构，应依法予以处理。

十八、本市门诊特病病种范围、待遇标准、管理服务等由市医疗保障行政部门依据国家、省有关规定，适时进行调整。

十九、本通知自 2021 年 3 月 15 日起施行，有效期 3 年。

附件：门诊特定病种支付限额表



附件

## 门诊特定病种支付限额表

序号	门诊特定病种	一、二、三档参保人
	病种名称	支付限额
1	肾脏移植术后抗排异治疗	按本市门诊大病有关规定执行
2	造血干细胞移植后抗排异治疗	
3	地中海贫血(海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血)	
4	再生障碍性贫血	
5	血友病	
6	艾滋病	
7	活动性肺结核	
8	耐多药肺结核	
9	心脏移植术后抗排异治疗	
10	肝脏移植术后抗排异治疗	
11	精神分裂症	
12	分裂情感性障碍	
13	持久的妄想性障碍(偏执性精神病)	
14	双相(情感)障碍	
15	癫痫所致精神障碍	
16	精神发育迟滞伴发精神障碍	
17	慢性肾功能不全(血透治疗)	



18	慢性肾功能不全（腹透治疗）	按本市门诊大病有关 规定执行
19	恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）	
20	恶性肿瘤（放疗）	
21	肺脏移植术后抗排异治疗	
22	骨髓纤维化	
23	骨髓增生异常综合症	
24	高血压病	按本市门诊“两病”有关 规定执行
25	糖尿病	
26	慢性阻塞性肺疾病	10000 元/年/病种
27	冠心病	
28	脑血管疾病后遗症	
29	类风湿关节炎	
30	支气管哮喘	
31	慢性乙型肝炎	
32	帕金森病	
33	癫痫	
34	强直性脊柱炎	
35	克罗恩病	
36	溃疡性结肠炎	
37	银屑病	
38	慢性心功能不全	
39	系统性红斑狼疮	

40	肝硬化（失代偿期）	20000 元/年/病种
41	慢性肾功能不全（非透析治疗）	
42	视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿	
43	新冠肺炎出院患者门诊康复治疗	
44	恶性肿瘤（非放化疗）	
45	湿性年龄相关性黄斑变性	
46	糖尿病黄斑水肿	
47	脉络膜新生血管	
48	丙型肝炎（HCV RNA 阳性）	
49	肢端肥大症	60000 元/年
50	多发性硬化	90000 元/年/病种
51	肺动脉高压	
52	C 型尼曼匹克病	190000 元/年

公开方式：主动公开

---

深圳市医疗保障局办公室

2021 年 3 月 9 日印发

---