



《肇庆市基本医疗保险门诊特定病种管理办法》的政策解读

《肇庆市基本医疗保险门诊特定病种管理办法》（肇医保规〔2020〕1号）已经市人民政府同意印发，现就制定背景、文件依据、主要内容等方面进行政策解读。

一、制定背景

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）等文件精神，全省统一执行52个门诊特定病种（以下简称：门特）。目前，我市门特执行《关于印发肇庆市基本医疗保险门诊医疗费用统筹暂行办法的通知》（肇人社发〔2012〕573号）、《关于新增帕金森病等5个病种纳入我市基本医疗保险特定病种门诊的通知》（肇人社发〔2014〕475号）等文件，门特数量35个（按省病种分类标准计算），其中32个病种在省规定52个门特之中，还有3个为地方特有病种，须新增20个门特。同时，鉴于现行门特政策已不符合省最新政策规定，以及肇人社发〔2012〕573号文存在不少不适合形势发展的管理规定需要，需按照省规定制定《办法》。

经充分研判我市医保基金运行压力，以及参保群众医疗需求、医疗技术发展等情况后，制定《办法》除吸收肇人社发〔2012〕573号文门诊特定病种等制度好的做法，还需综合确定适应我市实际的门特医疗保障水平。

二、文件依据

《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）、《肇庆市职工基本医疗保险办法》（肇府〔2015〕6号）、《肇庆市城乡居民基本医疗保险办法》（肇府规〔2019〕6号）等文件。



三、主要内容

《办法》包括5章33条，包括总则、待遇保障、管理服务、基金监管、附则等内容。

（一）总则。《办法》严格执行医保基金以收定支、收支平衡、略有结余的原则，各项待遇水平设定均已医保基金可持续运行为基础，兼顾门特的临床医疗费用需求。鉴于我市医保基金预支付能力在预警线上下，《办法》通过门特最高支付限额从低水平起步，解决《办法》新增20个门特以及原有病种诊断准入门槛降低导致医保基金支出增加的医疗保障问题。《办法》严格按照省级统筹指导方向，避免新增地方特色项目，增加日后省级统筹困难和矛盾。

（二）待遇保障。《办法》统一执行省规定的52个病种，加上原有地方特色病种：上肢骨折或下肢骨折、精神障碍性病症（抑郁症）、精神障碍性病症（焦虑症），我市门特合计达到55个病种。经评估，《办法》预计新增医保基金支付：职工医保3000万元以上/年，居民医保新增6000万元以上/年，资金来源主要通过保险费增长、医保支付方式改革、强化医保基金监管等方式实现制度可持续运行。

1. 支付比例。除省规定的精神分裂症等10个门特政策范围内支付比例参照住院标准执行外，其他门特统一执行新的医保支付比例，经对比广州、佛山、云浮等周边城市，我市门特支付比例按照我市处于全省经济社会发展位置及医保基金承受能力综合确定。门特支付比例调整或确定综合考虑了有利于医保基金收支平衡，有利于日后其他新增门特的扩展，有利于日后统一过渡到省级统筹政策体系及医保信息系统等因素。

2. 支付限额。经统计，截至2020年12月底，2020年度职工医保统筹基金当期收支赤字1113万元，累计结余7.46亿元，预支付能力5.0个月左右，已触及省规定的6个月预警线；2020年度居民医保当期收支结余2994万元，累计结余26.33亿元，预支付能力7.0个月左右，在国家和省规定的6-9个月安全范围。目前，我市门特实行季度最高限额为准，恶性肿瘤（非放疗）等个别病种实行年度最高支付限额，考虑



政策延续性，以及对比广州等地区做法，我市采取季度最高支付限额为主，年度最高支付限额为辅。考虑目前医保基金结余和确诊人数尚不掌握情况，以及慢性阻塞性肺疾病、冠心病等发病率较高病种人群特别大，医保基金支付量较大，待遇水平从低水平起步较为适宜。我市大部分门特最高支付限额已多年未调整最高支付限额，2020年12月31日以前已开展的35个门特最高支付限额提高28%左右，其他新增病种大部分参照调整后的高血压或精神障碍性疾病等多发疾病标准设定季度最高支付限额，个别病种参照相近病情的病种设定最高支付限额，如心脏移植术后抗排斥治疗。

3. 支付范围。目前，2020年12月31日以前已开展的35个门特的药品目录、诊疗目录及医疗服务设施范围按照《关于印发肇庆市基本医疗保险特定病种诊断标准、药品目录、诊疗项目范围暂行办法的通知》（肇人社函〔2012〕622号）等文件执行，新增病种支付范围省正在研究出台政策。按照医保市级统筹权限，过渡时期，市医保局将在《办法》实施前公布相应配套的政策文件。

（三）管理服务。为进一步推进分级诊疗制度、支持中医药事业发展，《办法》明确明确高血压、糖尿病、上肢骨折或下肢骨折等病种的治疗资格定点医疗机构。为做好参保人选定符合条件的定点医疗机构作为本人就诊医疗机构，参照我市普通门诊管理办法做法，每年10月至12月为表更时间。按照《肇庆市职工基本医疗保险办法》（肇府〔2015〕6号）第三十三条等规定，参保人同时享受门特不超过3个，考虑参保人同时患多种慢性病的几率增大，以及精神障碍病症分成6类病种、恶性肿瘤分成3类病种等情况，《办法》同时享受门特不超过5个，有利于门诊制度的合理性。

（四）基金监管。《办法》基金管理主要执行粤医保规〔2020〕4号文规定为主。《办法》进一步强化定点医疗机构、参保人的义务和责任，强化各级医疗保障部门和医保经办机构的监督管理职责，进一步维护医保基金安全。

（五）附则。《办法》明确门特待遇的调整程序、政策解释主体、实施时间，同步废止《关于印发肇庆市基本医疗保险门诊医疗费用统筹暂行办法的通知》（肇人社



肇庆市人民政府公报

2021年第2期刊登

2021年3月15日电子公报出版

发〔2012〕573号）、《关于新增帕金森病等5个病种纳入我市基本医疗保险特定病种门诊的通知》（肇人社发〔2014〕475号）。

