附件 10

# 特殊疾病门诊统筹金年度支付限额标准说明

一、本说明自 2021 年 1 月 1 日起实施。

二、同时患有两种或两种以上病种患者的限额核定:

在选定的定点医药机构就医:多病种限额=基础限额+增加限额，基础限额:按照就高的原则,以病种限额最高的作为基础限 额。增加限额:将其余病种限额相加后测算增加额:3000 元以下

(含 3000 元)增加 1000 元;3000 元至 6000 元(含 6000 元)增加

1500 元;6000 元以上,增加限额 2000 元。

例:某患者核准病种为高血压并发症支气管哮喘。基础限额: 取高血压并发症限额6000 元;增加限额:支气管哮喘限额5000 元,

增加限额标准在 3000 元至 6000 元(含 3000 元)之间,故增加限额

1500 元。该参保患者的最终限额为 6000+1500=7500 元。

三、核定特殊疾病门诊一个年度统筹支付限额标准有以下几种情况:

（1）初次办证:根据患者上报材料核准病种,然后根据病种核定一个年度内统筹支付限额标准。如本年度剩余时间不足 12 个月,根据剩余月数核定统筹支付限额标准。待年度期满特殊疾病门诊资格年度审核时重新核定新年度特殊疾病门诊统筹支付

限额标准。

例:某患者于 2021 年 2 月 1 日初次申请,选择为特殊疾病病

种定点医院或药店,核定一个年度统筹金支付限额为 6000 元。

初次申请时本年度剩余 10 个月到期。

核定本年度特殊疾病门诊统筹支付限额标准为 6000 ×

10/12=5000 元;待年度期满(即 2021 年 12 月 31 日)年度审核时重新核定新年度特殊疾病门诊统筹支付限额标准。

（2）年度审核:年度审核时根据选定的定点医药机构确定 一个年度内核准的病种确定本年度统筹支付限额标准。

（3）增加病种:患者病情变化需要增加病种,选定的定点医药机构不变,统筹支付限额标准根据年度内剩余月份给予相应增加调整。

例:某患者原病种为高血压合并等并发症,一个年度特殊疾 病门诊统筹支付限额为 6000 元,办理增加新病种支气管哮喘时本

年度尚有 4 个月到期,根据新病种的限额标准,核定一个年度特殊

疾病门诊统筹支付限额增加 1500 元,最终核定该患者本年度特殊疾病门诊统筹支付限额标准为 6000+1500×4/12=6500 元。