

珠海市医疗保障局文件

珠医保〔2020〕70号

珠海市医疗保障局关于印发《珠海市基本医疗保险门诊特定病种管理办法》的通知

横琴新区社会事务局，各区（经济功能区）人力资源和社会保障部门，市社会保险基金管理中心，各定点医药机构：

为进一步完善我市基本医疗保险门诊特定病种保障政策，规范门诊特定病种管理，提高门诊特定病种保障水平，制定了《珠海市基本医疗保险门诊特定病种管理办法》，现印发给你们，请认真贯彻实施。



珠海市基本医疗保险门诊特定病种管理办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善本市基本医疗保险制度，减轻参保人门诊医疗费用负担，规范基本医疗保险门诊特定病种管理，根据国家、省有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称门诊特定病种（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。

第三条 本市基本医疗保险参保人适用本办法。离休干部、建国前参加工作的老工人等人群的门诊保障办法依照国家、省相关规定执行，不适用本办法。

第四条 市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。市医保经办机构负责门特的经办管理服务，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 门特目录及待遇

第五条 本市执行省统一的门特目录。本办法实施前本市已

开展但不在省规定范围内的门特继续保障。门特划分为三类：中额费用门特、高额费用门特和门诊专项。门特目录详见附件 1。

第六条 门特的药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准按本市执行的基本医疗保险规定执行。

第七条 门特不设起付线，每个病种每社保年度支付限额（含个人自付部分，下同）及支付比例详见附件 1。参保人社保年度支付限额内发生的门特核准医疗费用个人自付部分与住院核准医疗费用自付部分合并计算，累计超过 10000 元以上的部分，由补充医疗保险资金支付 80%。门特医疗费用视同住院费用按规定纳入附加补充医疗保险“大爱无疆”项目个人负担医疗费用补偿保障。

第八条 参保人经核准两种（含）以上门特的，其门特待遇按以下规定执行：

（一）每社保年度支付限额及支付比例以限额高的为准。

（二）两种都是中额费用门特的，每社保年度支付限额 8000 元，按中额费用门特支付比例支付。

（三）三种（含）以上都是中额费用门特的，每社保年度支付限额 10000 元，按中额费用门特支付比例支付。

第九条 参保人经核准精神类疾病门特（详见附件 1）的，在其选定的门特费用结算机构就诊，所发生的门特核准医疗费用，在社保年度支付限额以内按以下规定执行：

（一）仅核准精神类疾病门特的，按基本医疗保险规定的住院支付比例支付。

（二）精神类疾病门特伴其它门特的，门特核准医疗费用在 6000 元以内部分的，按基本医疗保险规定的住院支付比例支付；在 6000 元以上、门特社保年度支付限额以内部分，按门特支付比例支付。

第十条 门特待遇享受有效期除以下情形外按门特目录（附件 1）中有关规定执行：

（一）参加基本医疗保险的学生和未成年人，自诊断为骨关节和骨骺损伤第一年的，自其确诊之日起满 1 年。

（二）恶性肿瘤病种（各种原位癌、I 期皮肤基底细胞癌除外）：自疾病确诊之日起满 8 年。其中，自疾病确诊之日起 3 年（含）内按高额费用门特待遇支付；疾病确诊之日起 3 年至 8 年内按 2 种中额费用门特待遇支付。

（三）各种原位癌、I 期皮肤基底癌：自疾病确诊之日起满 2 年。

（四）参保人享受恶性肿瘤门特待遇期满、存在放疗并发症、经本市基本医疗保险医疗专家库中三级医院肿瘤相关专科医师确认符合 RTOG/EORTC（美国/欧洲放射协会）毒性分级标准三级（含三级）以上的，可申请延长享受恶性肿瘤门特待遇，自核准之日起 5 年内（含 5 年）按 2 种中额费用门特待遇支付。

第十一条 门特支付起始时间自核准之日起支付待遇，以下门特除外：

（一）造血干细胞移植后抗排异治疗：自手术之日起支付。

（二）恶性肿瘤（非放化疗）：自病种核准通过的社保年度起支付。

第十二条 门特核准通过的社保年度或门特期满的社保年度，参保人可享受门特待遇不足 12 个月的，在核准通过后或期满前的当年按一个社保年度的支付限额执行。

经核准两种（含）以上门特的参保人，其中有门特期满的，该社保年度支付限额不变。

第十三条 参保人由中额费用门特转为高额费用门特，其医疗费用自高额费用门特核准通过之日起按高额费用门特规定支付，原已按中额费用门特规定支付的医疗费用不予补差。

第十四条 设立以下门诊专项，参保人发生的规定医疗费用由统筹基金按住院核准医疗费用支付比例支付：

（一）恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）。参保人经核准恶性肿瘤门特后，自其确诊之日起在其门特费用结算机构发生的门诊化疗时的相关治疗核准医疗费用，和非化疗期间恶性肿瘤镇痛治疗（限《广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中“XN02-镇痛药”类药物）核准医疗费用。

（二）恶性肿瘤（放疗）。参保人经核准恶性肿瘤门特后，自

其确诊之日起在其门特费用结算机构发生的门诊放疗时的相关治疗核准医疗费用，和非放疗期间恶性肿瘤镇痛治疗（限《广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中“XN02-镇痛药”类药物）核准医疗费用。

（三）慢性肾功能不全（血透治疗）。参保人经核准慢性肾功能不全（透析治疗）门特后，自其核准之日起在本市定点医院门诊发生的血液透析（含血液灌流）的相关核准医疗费用。未认定慢性肾功能衰竭（失代偿期）门诊特定病种的参保人，其认定前发生的血液透析（含血液灌流）、腹膜透析费用按住院结算，每三个月支付一次起付标准。

（四）慢性肾功能不全（腹透治疗）。参保人经核准慢性肾功能不全（非透析治疗）门特后，自其核准之日起在本市定点医院其门特费用结算机构门诊发生的腹膜透析的核准医疗费用。

（五）血友病门诊凝血因子治疗。参保人经核准血友病门特后，自其核准之日起在本市定点医院门诊发生的人凝血因子Ⅷ、重组人凝血因子Ⅷ、重组人凝血因子Ⅸ、重组人凝血因子Ⅶa、人凝血酶原复合物的核准医疗费用。

（六）重型β-地中海贫血门诊输血。参保人经核准地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）门特后，自其核准之日起在本市定点医院门诊输血和去铁剂（去铁酮、去铁胺等）、注射费等相关治疗项目发生的核准医疗费用。

（七）精神分裂症长效针剂治疗。参保人经核准精神分裂症门特且符合卫生健康部门规定条件的，自其核准之日起在本市定点医院发生的帕利哌酮注射剂等第二代长效针剂治疗（含注射等相关治疗项目）的核准医疗费用。

（八）门诊白内障复明手术。参保人经定点医疗机构诊断为白内障，其在本市定点医院门诊进行白内障复明手术发生的核准医疗费用。

（九）门、急诊心肺脑复苏。参保人在本市医疗机构急诊科（室）急诊、留院观察发生的心、肺、脑复苏抢救的核准医疗费用。

第三章 门特准入及管理

第十五条 门特准入标准执行省有关规定，省无相关规定的由市医保经办机构制定报市医疗保障行政部门核准后执行。

第十六条 门特原则上由本市二级及以上定点医院确认，精神类疾病、艾滋病、肺结核由本市专科医院确认，新冠肺炎康复治疗病种由卫生健康部门公布的本市定点收治医疗机构确认。

门特核准的定点医院（以下简称门特核准医院，详见附件2）和核准病种需调整时，由市医保经办机构提出意见，报市医疗保障行政部门核准。

第十七条 参保人申请门特待遇，应经门特核准医院专科医

师确认符合相应门特准入标准，经该机构医保办审核确认，并将相关审核确认信息上传医保信息系统备案。负责门特准入的专科医师原则上为副主任及以上医师，纳入本市基本医疗保险医疗专家库管理。门特核准相关资料由门特核准医院保存，至少保存 10 年。

第十八条 恶性肿瘤高额费用门特待遇享受期满，出现带瘤生存、转移，或乳腺癌、前列腺癌、恶性血液病需继续内分泌治疗等情形的可再次申请核准。

第十九条 门特资料要求：

（一）门特核准涉及的市内检查检验资料以门特核准医院的检查检验结果为准，门特核准医院间的检查检验结果可互认；市外检查检验资料以当地基本医疗保险定点二级（含）以上医院的检查检验结果为准。境外检查检验资料，由参保人提供当地公证机构出具的公证资料，向门特核准医院申请，由门特核准医院组织相关专科 3 名专家确认，可作为本市门特核准的资料，国家有相关规定的，从其规定。

（二）门特核准医院的检查检验资料应实行信息化管理。

（三）参保人所患的门特期满或期满前出现再发、复发，需重新核准的，所提供的该门特病历、检查检验等相关就医资料可前溯至重新核准前 1 年。

第二十条 办理了常住异地就医手续的参保人，其门特的核

准按本办法第十七条规定执行，待遇享受按市内标准执行。

第二十一条 参保人经核准享受门特待遇的，除另有规定外应在市内基本医疗保险定点医疗机构中选择 1-3 家作为其门特费用结算机构，其中至少一家为镇卫生院或社区卫生服务机构。

按照国家相关规定，艾滋病、慢性乙型肝炎、丙型肝炎（HCV RNA 阳性）、活动性肺结核、耐多药肺结核及精神类疾病的门特参保人可不选择镇卫生院或社区卫生服务机构为其门特费用结算机构。

第二十二条 选定门特费用结算机构原则上社保年度内不变更，参保人确因病情需要及居住地迁移等情形需变更的，可在新选定门特费用结算医疗机构申请办理变更手续。

第二十三条 参保人下一社保年度需重新选定门特费用结算机构的，应于下一社保年度开始前 3 个月内到新的门特费用结算机构办理变更手续；未办理变更手续的，视为继续选定原机构。

第二十四条 参保人在其门特费用结算机构就诊申请外配处方在本市定点零售药店配药的，须通过云医保处方共享服务平台并实行联网结算。

第二十五条 参保人所选门特费用结算机构无相应检查治疗项目，须到市内其他基本医疗保险定点医疗机构检查治疗的，可凭门特费用结算机构出具的证明，到市医保经办机构按规定报销相关医疗费用。

第二十六条 门特费用结算机构按照因病施治、合理用药的原则，可根据病情需要将符合卫生健康行政部门规定的门特单次处方医保用药量延长到 12 周。

第二十七条 参保人办理短期外出、常住异地就医或转诊备案手续后，在规定定点医疗机构发生的相关核准医疗费用，统筹基金按市内规定予以支付。经办理了相关手续，在室外发生门诊专项的参保人，在费用发生当年市内同级医疗机构结算额度以内部分，由基本医疗保险统筹基金按相关规定支付，超出部分不予支付。其中，办理了转诊备案手续的，门诊专项支付比例较市内就医降低 2 个百分点。未按规定办理相关手续的，高额费用门特、门诊专项由统筹基金按规定支付，中额费用门特统筹基金不予支付。

第二十八条 门特参保人因急症在非选定的门特费用结算机构所发生的相关核准医疗费用，统筹基金按规定予以支付。

第二十九条 参保人经核准享受门特待遇的，其在室外医疗机构发生的门特核准医疗费用，属于统筹基金支付的，由个人垫付后回市医保经办机构按规定予以报销。门特异地就医省有相关规定的从其规定。

第四章 “两病” 管理

第三十条 根据《关于高血压、糖尿病分级诊疗工作的通知》

（珠医改领〔2016〕1号）规定，2016年5月1日起不再对高血压、糖尿病（以下统称“两病”）进行门特核准。

第三十一条 2016年5月1日前已核准“两病”门特且与其普通门诊统筹定点医疗机构（以下统称门诊统筹定点机构）及所属三师团队签订“两病”管理服务协议的，以及未核准“两病”门特的“两病”参保人，纳入门诊统筹管理。其在该机构发生的“两病”门诊核准医疗费用，属于统筹基金支付的，由统筹基金支付70%，个人自付30%；其中，签订家庭医生付费服务包协议的，统筹基金支付提高到75%，个人自付25%。市医保经办机构按照门诊统筹办法相关规定与该机构结算。

参保人2016年5月1日前已核准“两病”门特，且未与门诊统筹定点机构及所属三师团队签订“两病”管理服务协议的，相关待遇详见附件1。

第三十二条 市医疗保障行政部门可根据国家、省的相关政策优化“两病”结算，完善“两病”用药保障机制。“两病”用药目录、医保支付标准由市医疗保障行政部门按照国家、省相关规定另行发文实施。

第五章 附 则

第三十三条 市医疗保障行政部门根据国家、省的相关政策规定，以及医保基金支付能力、医学技术发展等情况，对门特政

策适时进行调整。门特支付起始时间按本办法执行，省有规定的，另行发文通知。

门特核准医院违规为参保人员办理门特审核确认的，参保人员发生的相应门特费用，医保基金不予支付，由门特核准医院承担，并停止参保人门特待遇。

门特费用结算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。

第三十四条 本办法由市医疗保障行政部门负责解释。

第三十五条 本办法自 2021 年 1 月 1 日起施行，有效期 3 年。此前规定与本办法不一致的以本办法为准。《关于印发〈珠海市基本医疗保险门诊特定病种管理办法〉的通知》（珠人社〔2016〕134 号）同时废止。

附件：1. 珠海市基本医疗保险门诊特定病种目录

2. 珠海市基本医疗保险门诊特定病种核准医院

附件 1

珠海市基本医疗保险门诊特定病种目录

病种名称		待遇享受有效期	支付限额（含个人自付部分）	支付比例
中 额 费 用 门 诊 病 种	1、高血压	长期	无起付线，无封顶线（2016 年 5 月 1 日前已核准门特且未纳入门诊统筹管理的为 6000 元）	70%（签订家庭医生付费服务包协议的为 75%）（2016 年 5 月 1 日前已核准门特且未纳入门诊统筹管理的为 60%）。
	2、糖尿病	长期		
	3、活动性肺结核（含肺外结核）	3 年	每社保年度支付限额 6000 元。2 种都是中额费用门特的，每社保年度支付限额为 8000 元。3 种（含）以上都是中额费用门特的，每社保年度支付限额 10000 元	60%。
	4、慢性阻塞性肺疾病	长期		
	5、冠心病	长期		
	6、心脏瓣膜病	长期		
	7、心肌疾病	长期		
	8、慢性心功能不全	长期		
	9、心律失常	长期		
	10、慢性肾脏病	长期		
	11、脑血管疾病后遗症	长期		
	12、多发性硬化	长期		
	13、重症肌无力	长期		
	14、帕金森病	长期		
	15、多发性肌炎	长期		
	16、系统性红斑狼疮	长期		
	17、类风湿关节炎	长期		
	18、运动神经元病（肌萎缩侧索硬化）	长期		
	19、强直性脊柱炎	长期		
	20、癫痫	长期		
	21、慢性乙型肝炎（含慢性肝炎中度及以上）	3 年/6 年		
	22、克罗恩病	长期		
	23、溃疡性结肠炎	长期		
	24、儿童孤独症（0-7 岁，含 7 周	3 年		

病种名称		待遇享受有效期	支付限额（含个人自付部分）	支付比例
	岁）			
	25、艾滋病	长期		
	26、支气管哮喘	省规定		
	27、银屑病	省规定		
	28、精神分裂症	长期		
	29、持久的妄想性障碍（偏执性精神病）	长期		
	30、分裂情感性精神病	长期		
	31、双相（情感）障碍（含其他心境障碍）	长期		
	32、癫痫所致精神障碍	长期		
	33、精神发育迟滞伴发精神障碍	长期		
	34、强迫症	长期		
	35、门诊骨关节和骨骺损伤第一年	1 年	支付限额 1000 元	6000 元以内部分按基本医疗保险规定的住院支付比例支付；在 6000 元以上、门特社保年度支付限额以内部分按合并的门特支付比例支付。
高额费用门诊病种	1、难治性肾病	长期		
	2、骨髓纤维化	长期		
	3、再生障碍性贫血	长期		
	4、肝硬化（失代偿期）	长期		
	5、慢性肾功能不全（非透析治疗）	长期		
	6、恶性肿瘤（非放化疗）	2 年/8 年		
	7、血友病	长期		
	8、地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）	长期		
	9、造血干细胞移植后抗排异治疗	1 年	每社保年度支付限额 55000 元	
	10、肺脏移植术后抗排异治疗	长期		
	11、心脏移植术后抗排异治疗	长期		
	12、肝脏移植术后抗排异治疗	长期		
	13、肾脏移植术后抗排异治疗	长期		
	14、耐多药肺结核	省规定	每社保年度支付限额 16500 元	
	15、丙型肝炎（HCV RNA 阳性）	省规定	每社保年度支付限额 16500 元	
	16、肺动脉高压	省规定	每社保年度支付限	

病种名称		待遇享受有效期	支付限额（含个人自付部分）	支付比例
			额 77000 元	
	17、骨髓增生异常综合征	省规定	每社保年度支付限额 40000 元	
	18、C 型尼曼匹克病	省规定	每社保年度支付限额 77000 元	
	19、肢端肥大症	省规定	每社保年度支付限额 40000 元	
	20、湿性年龄相关性黄斑变性	省规定	每社保年度支付限额 16500 元	
	21、糖尿病黄斑水肿	省规定		
	22、脉络膜新生血管	省规定		
	23、视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿	省规定		
	24、新冠肺炎出院患者门诊康复治疗	省规定	每社保年度支付限额 16500 元	
门诊专项	1、恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）	长期	执行住院最高支付限额	按住院核准医疗费用支付比例支付。
	2、恶性肿瘤（放疗）	长期		
	3、慢性肾功能不全（血透治疗）	长期		
	4、慢性肾功能不全（腹透治疗）	长期		
	5、血友病门诊凝血因子治疗	长期		
	6、重型β-地中海贫血门诊输血	长期		
	7、精神分裂症长效针剂治疗	长期		
	8、门诊白内障复明手术	长期		
	9、门、急诊心肺脑复苏	长期		

附件 2

珠海市基本医疗保险门诊特定病种核准机构

- (一) 珠海市人民医院。
 - (二) 中山大学附属第五医院。
 - (三) 广东省中医院珠海医院。
 - (四) 珠海市妇幼保健院。
 - (五) 珠海市中西医结合医院。
 - (六) 广东省人民医院珠海医院。
 - (七) 遵义医科大学第五附属（珠海）医院。
 - (八) 珠海市香洲区人民医院。
 - (九) 珠海市香洲区第二人民医院
 - (十) 珠海市斗门区侨立中医院。
 - (十一) 珠海市高新技术产业开发区人民医院。
 - (十二) 珠海市高栏港区平沙医院。
 - (十三) 珠海市人民医院高栏港医院。
 - (十四) 珠海市慢性病防治中心（限精神类疾病、结核病、多发性肌炎、系统性红斑狼疮）。
 - (十五) 珠海白云康复医院（限精神类疾病）。
 - (十六) 珠海慈爱精神康复医院（限精神类疾病）。
- 门特核准机构需调整时，由市医保经办机构提出意见，报市

医疗保障行政部门核准。

公开方式：主动公开

抄送：市司法局、市档案局、市财政局、市人力资源和社会保障局、市卫生健康局、市退役军人事务局。

珠海市医疗保障局办公室

2020 年 12 月 31 日印发
