

珠海市医疗保障局文件

珠医保〔2024〕1号

珠海市医疗保障局关于印发《珠海市基本医疗保险门诊待遇和管理办法》的通知

珠海市医疗保障事业管理中心，各区（功能区）人力资源和社会保障部门，各定点医药机构：

为进一步完善我市基本医疗保险门诊待遇政策，规范门诊管理，提高门诊保障水平，我局制定了《珠海市基本医疗保险门诊待遇和管理办法》，现印发给你们，请认真贯彻实施。

珠海市医疗保障局

2024年1月1日

珠海市基本医疗保险门诊待遇和管理办法

第一章 总 则

第一条 为完善本市基本医疗保险制度，增强门诊共济保障功能，减轻参保人员门诊医疗费用负担，根据国家、省有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 坚持保障基本，实行社会共济，确保保障水平与经济社会发展水平相适应。坚持统筹联动，完善门诊保障机制，不断提高基本医疗保险统筹基金（以下简称统筹基金）使用效率，逐步减轻参保人员医疗费用负担。坚持立足基层，发挥门诊共济保障机制作用，促进基层医疗卫生服务体系健全完善。坚持提质增效，不断增强统筹基金对门诊的保障能力，逐步由病种保障向费用保障过渡。

第三条 本市基本医疗保险参保人员及提供门诊医疗服务的定点医药机构适用本办法。

第四条 门诊待遇包括普通门诊待遇和门诊特定病种（以下简称门特）待遇。本办法所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。本办法所称普通门诊是指门特以外的门（急）诊医疗。

第五条 市医疗保障行政部门负责门诊保障政策的制定和组织实施，对定点医药机构进行监督检查。市医疗保障经办机构负责门诊的经办管理服务，完善定点医药机构协议管理，细化

协议内容，通过协议强化门诊医疗服务监管，并协助市医疗保障行政部门对定点医药机构开展监督检查。各级卫生健康部门在职责范围内加强对医疗机构的监督管理，规范医疗服务行为，提高医疗服务质量。

第二章 普通门诊待遇

第六条 普通门诊支付范围按照广东省基本医疗保险药品目录、医用耗材目录和诊疗项目目录执行。

第七条 普通门诊不设起付标准，按以下规定享受待遇：

（一）在选定的普通门诊统筹定点医疗机构（以下简称门诊统筹定点机构）就医发生的门诊核准医疗费用，不设年度最高支付限额（以下简称支付限额，含个人自付部分，下同），由统筹基金按以下比例支付：

1. 职工医保：在职职工 80%，退休人员 85%。
2. 居民医保：80%。

签订家庭医生付费服务包协议的相应提高 5 个百分点。

（二）因病情需要经签约的门诊统筹定点机构转诊至本市二级及以上定点医院就医所发生的门诊核准医疗费用，由统筹基金按以下比例和支付限额支付：

1. 职工医保：支付比例70%，支付限额合计3500元。
2. 居民医保：支付比例50%，支付限额合计1500元。

（三）职工医保参保人员在选定的本市定点医院就医发生的门诊核准医疗费用，统筹基金支付比例为二级及以下医院70%、三

级医院50%，支付限额与本条第（二）项支付限额合并累计3500元。

（四）已办理异地长期居住就医备案的参保人员，应按规定在备案统筹区内的定点医疗机构门诊就医，其发生的门诊核准医疗费用，由统筹基金按以下比例和支付限额支付：

1. 职工医保：二级及以下医疗机构70%、三级医院50%；支付限额合计3500元。

2. 居民医保：二级及以下医疗机构70%、三级医院50%；支付限额合计1500元。

（五）大学生在本市参保后，其寒暑假、休学、实习期间，在市外定点医疗机构门诊就医发生的门诊核准医疗费用，按以下规定享受待遇：

1. 已办理异地长期居住就医备案的，按本条第（四）项规定执行。

2. 未办理异地长期居住就医备案的，可凭就医资料及相关费用单据到其选定的门诊统筹定点机构按本条第（二）项规定执行。

（六）临时外出就医的参保人员在市外就医发生的普通门诊医疗费用，统筹基金不予支付。

（七）急救和抢救发生的门诊核准医疗费用，按住院比例支付，计入住院核准医疗费用累计。

第八条 参保人员按规定享受普通门诊待遇时发生的单独支付药品费用，由统筹基金单独支付，不计入普通门诊相应的支付

限额，计入住院核准医疗费用累计，按相应普通门诊类型的待遇支付比例支付。

第三章 门特待遇

第九条 本市执行省统一的门特目录。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。门特不设起付标准，每个病种支付限额及支付比例详见附件。

第十条 门特支付范围为与相应门特治疗相符且符合广东省基本医疗保险药品目录、医用耗材目录和诊疗项目目录的医疗费用。

第十一条 设立以下门诊专项，参保人员发生的核准医疗费用由统筹基金按住院核准医疗费用支付比例支付，支付限额与住院核准医疗费用累计计算：

（一）恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物治疗、内分泌治疗）。参保人员经核准恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物治疗、内分泌治疗）门特后，自其确诊之日起在本市定点医院门诊发生的化疗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）的治疗相关核准医疗费用。

（二）恶性肿瘤（放疗）。参保人员经核准恶性肿瘤（放疗）门特后，自其确诊之日起在本市定点医院门诊发生的放疗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）的治疗相关核准医疗费用。

（三）慢性肾功能不全（血透治疗）。参保人员经核准慢性肾功能不全（血透治疗）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）治疗相关核准医疗费用。

（四）慢性肾功能不全（腹透治疗）。参保人员经核准慢性肾功能不全（腹透治疗）门特后，自其核准之日起在本市定点医院门诊发生的腹膜透析治疗相关核准医疗费用。

（五）血友病门诊凝血因子治疗。参保人员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凝血因子、凝血酶原复合物的相关核准医疗费用。

（六）地中海贫血门诊输血治疗。参保人员经核准地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成性贫血）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）治疗相关核准医疗费用。

（七）精神分裂症长效针剂治疗。参保人员经核准精神分裂症门特且符合卫生健康部门规定条件，自其核准之日起在本市定点医疗机构发生的棕榈酸帕利哌酮注射液、棕榈酸帕利哌酮酯注射液（3M）等长效针剂治疗相关核准医疗费用。

（八）门诊白内障复明手术。参保人员在本市定点医院门诊进行白内障复明手术发生的相关核准医疗费用。

（九）门、急诊心肺脑复苏。参保人员在本市医疗机构急诊、

留院观察发生的心、肺、脑复苏抢救的相关核准医疗费用。

第十二条 参保人员经核准 2 种（含）以上门特的，其门特待遇按以下规定执行：

（一）合并有高额费用门特的，支付限额及支付比例以限额高的为准。

（二）2 种都是中额费用门特的，支付限额为职工医保 9600 元、居民医保 8000 元，按中额费用门特支付比例支付。

（三）3 种（含）以上都是中额费用门特的，支付限额为职工医保 12000 元、居民医保 10000 元，按中额费用门特支付比例支付。

第十三条 参保人员经核准精神类疾病门特的，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，按以下规定执行：

（一）仅核准精神类疾病门特的，支付限额以内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中额费用门特、高额费用门特的，1 种中额费用门特的支付限额以内部分，按基本医疗保险规定的住院支付比例支付；1 种中额费用门特的支付限额以上、规定的门特支付限额以内部分，按合并的门特支付比例就高支付。

第十四条 门特自核准之日起支付待遇，门特待遇享受有效期按门特目录（附件）中有关规定执行，以下情形除外：

（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，自其确诊之日起支付待遇，待遇享受有效期1年。

（二）恶性肿瘤（非放化疗），自门特核准通过的医保年度起支付待遇，门特待遇享受有效期按以下规定执行：

1. 恶性肿瘤（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）内按高额费用门特支付待遇；疾病确诊之日起3年至8年内按2种中额费用门特支付待遇。

2. 各种原位癌、I期皮肤基底癌：自疾病确诊之日起满2年。

（三）参保人员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种中额费用门特支付待遇。

（四）造血干细胞移植后抗排异治疗：手术之日起1年内申请门特待遇的，自手术之日起支付待遇；手术之日起1年后申请门特待遇的，自核准之日起支付待遇。

第十五条 门特核准通过的医保年度或门特期满的医保年度，参保人员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医保年度的支付限额执行。

第十六条 参保人员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。

参保人员高额费用门特转为中额费用门特或高额费用门特退出时存在中额费用门特的，其医疗费用自高额费用门特退出之日起按中额费用门特规定支付。

第十七条 已办理异地长期居住就医备案或转诊备案的参保人员，按照本市就医规定选择异地联网直接结算定点医疗机构就医，在备案地就医发生的门特医疗费用，执行市内就医医保待遇标准。非急救和抢救且未转诊的其他临时外出就医参保人员，门特最高支付限额按市内标准执行，支付比例按市内标准相应降低20个百分点执行。

第十八条 参保人员按规定享受门特（门诊专项除外）待遇时发生的单独支付药品费用，由统筹基金单独支付，不计入门特相应的支付限额，计入住院核准医疗费用支付限额累计，政策范围内支付比例按相应门特的待遇比例支付。

第四章 管理服务

第十九条 本市定点医疗机构中符合条件且愿意承担门诊统筹服务的社区卫生服务机构和镇卫生院，可申请成为门诊统筹定点机构。市医疗保障经办机构应与门诊统筹定点机构签订门诊统筹医疗服务协议，对其实行协议管理，将门诊统筹政策要求、管理措施、次均费用、服务质量、结算规定、考核办法、参保人员

满意度等落实到医疗服务协议中。门诊统筹医疗服务协议文本由市医疗保障经办机构结合实际制定。

第二十条 门诊统筹定点机构应符合以下条件：

（一）本市定点医疗机构中承担基本公共卫生服务的社区卫生服务机构或镇卫生院。

（二）至少应提供下列诊疗项目：

1. 预防保健、全科医疗、中医等基本诊疗服务。

2. 与基本诊疗服务相应的药事及三大常规、生化、黑白B超、心电图等。

3. 其他符合国家规定的社区卫生服务机构应提供的诊疗项目。

（三）至少与市内一家二级或三级基本医疗保险定点医院签订协议，接受其医疗业务支持和指导。

（四）按要求配备高血压、糖尿病（以下统称“两病”）药品，满足参保人员用药需求。

第二十一条 纳入门诊统筹定点机构管理的镇卫生院（社区卫生服务中心），其一体化管理的农村卫生服务中心（社区卫生服务站）可作为其门诊统筹医疗服务网点。

第二十二条 门诊统筹定点机构应提供每天15小时以上接诊及24小时电话应诊服务。

第二十三条 门诊统筹定点机构应严格执行首诊负责制和因病施治的原则，以病人为中心，规范诊疗，合理检查、合理治疗、

合理用药。医保年度内，对服务的参保人员使用自费项目的总费用不得超过年度医疗总费用的 20%。

第二十四条 申请门诊统筹定点机构应提供以下材料：

（一）《珠海市基本医疗保险普通门诊统筹定点机构申请表》。

（二）《医疗机构执业许可证》。

第二十五条 门诊统筹定点机构申请程序：

（一）申请。医疗机构向市医疗保障经办机构提出申请，按要求提供相关材料，并对其申请材料的真实性负责。

（二）受理。市医疗保障经办机构应当场对递交的申请材料出具收到回执，材料不齐全或不符合要求的，应书面一次性告知应补齐的全部资料。市医疗保障经办机构收齐材料之日起10个工作日内对材料进行审核，决定是否受理并书面告知。

（三）现场核查。市医疗保障经办机构对医疗机构进行现场核查，核查内容如下：

1. 实际地址与《医疗机构执业许可证》上登记的地址是否一致。

2. 《医疗机构执业许可证》是否在有效期内、年检是否合格。

3. 是否提供与基本诊疗服务相应的药事及三大常规、生化、黑白B超、心电图等。

4. 承接“两病”分级诊疗工作的，是否配齐相关部门要求配备的药品。

（四）签订协议。市医疗保障经办机构与符合条件的医疗机构签订门诊统筹服务协议，并将签订协议的机构名单报市医疗保障行政部门报备。

第二十六条 医疗机构有下列情形之一的，市医疗保障经办机构不受理其门诊统筹定点机构的申请：

（一）提供虚假材料的。

（二）因违反门诊统筹服务协议约定被市医疗保障经办机构解除协议未满3年的。

（三）市医疗保障行政部门规定的其他情形。

第二十七条 参保人员因病情需要经签约的门诊统筹定点机构同意后，可转诊至本市二级及以上定点医院就医，并实行联网结算，每次转诊有效期为30天；因病情需要继续转诊或在转诊期内另行转诊的，应当重新办理转诊手续。除急救和抢救需要外，参保人员未经转诊到非选定医疗机构门诊就医，统筹基金不予支付。

第二十八条 门特准入标准和核准资料执行省有关规定，省无相关规定的由市医疗保障经办机构制定报市医疗保障行政部门核准后执行。

第二十九条 参保人员申请门特待遇，由具备相应资质的本市二级及以上定点医院（以下简称门特核准医院）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，并纳入本市基本医疗保险医疗专家库管理。

已办理异地长期居住就医备案的参保人员，其门特的核准按上述规定执行，其中省内跨市就医参保人员可在符合资质的就医地定点医疗机构办理全省统一的门特待遇认定，认定信息由就医地定点医疗机构上传至珠海市和就医地医疗保障经办机构。

第三十条 门特核准相关资料由门特核准医院保存 10 年备查，并实行信息化管理。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，统筹基金不予支付，由门特核准医院承担，并停止参保人员门特待遇。

第三十一条 参保人员所患的门特期满或期满前出现再发、复发，需重新核准的，由参保人员向门特核准医院申请。门特核准医院可根据既往化验单、诊断书等予以审核确认，参保人员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。门特期满需继续治疗的，参保人员可向门特核准医院申请并提供 1 年内的相关病历及检查治疗资料，由门特核准医院两名相关门特专家签名确认，可继续按相应门特管理。

认定脑血管疾病后遗症门特时，因参保人员瘫痪在床无法到医院进行相关检查检验的，由门特核准医院组织相关门特 2 名专家现场会诊，专家根据会诊情况进行门特认定申报并签名确认，经门特核准医院核准后，按相应门特管理。

第三十二条 参保人员享受普通门诊和门特待遇时，定点医

疗机构通过门诊外配处方流转至符合相关条件的定点零售药店发生的药品核准医疗费用，由统筹基金按规定予以支付。定点医疗机构应推动电子处方顺畅流转至定点零售药店，保障门诊用药。

第三十三条 门诊实行定点就医管理。

（一）参保人员应在本市门诊统筹定点机构中签约 1 家作为其门诊统筹就医定点机构。职工医保参保人员签约门诊统筹就医定点机构后可在本市定点医院中再选定 2 家作为其门诊共济就医定点机构，其中 1 家为专科医院、中医院或二级及以下医院（门诊统筹定点机构除外）。

（二）参保人员经核准享受门特待遇的，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 1 家须为其签约的门诊统筹定点机构。

（三）参保人员选定定点机构后，原则上同一年度不得变更。参保人员下一年度需重新选定门诊统筹定点机构、门诊共济就医定点机构或门特费用结算机构的，应在每年 10 月至 12 月按规定办理变更手续，变更自次年 1 月 1 日起生效；未办理变更手续的，视为继续选定原机构。参保人员确因病情需要、工作单位或居住地迁移（家庭住址改变）等情形需要可办理年度内变更手续，门诊统筹定点机构的变更自次月 1 日起生效，门诊共济就医定点机构、门特费用结算机构的变更即时生效。

第三十四条 参保人员门诊异地就医管理按照国家、省、本市异地就医相关规定执行。

第五章 “两病” 管理

第三十五条 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“两病”进行门特核准。

第三十六条 市内就医的“两病”参保人员纳入门特备案，由参保人员所签约的门诊统筹定点机构按照省门特准入标准登记备案，纳入门诊统筹管理，执行市内普通门诊待遇。2016年5月1日前已核准“两病”门特的参保人员选择纳入门诊统筹管理后，其门特待遇不再享受。2016年5月1日前已核准“两病”门特且未纳入门诊统筹管理的参保人员，相关待遇详见附件。

第三十七条 已办理异地长期居住就医备案的“两病”参保人员，按照我市门特规定认定备案和管理，准入标准执行省有关规定，在异地就医期间发生的“两病”待遇按照中额费用门特享受。备案有效期内回市内就医发生的“两病”待遇执行市内门诊待遇。

第三十八条 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、结算等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。

第六章 费用结算

第三十九条 完善与门诊保障相适应的付费机制。

（一）参保人员在选定的门诊统筹定点机构所发生的普通门

诊医疗费用（即门诊统筹医疗费用），实行按人头付费方式结算，按总额预算、定额结算的原则按月结算，年度清算，并建立与考核评价挂钩的结余留用、超支分担的激励约束机制。门诊统筹医疗费用结算细则另行制定。

（二）参保人员在选定的门特费用结算机构发生的门诊核准医疗费用按项目付费，符合条件的门特可推行按病种或按疾病诊断相关分组付费。

（三）职工医保参保人员在选定的门诊共济就医定点机构就医、经签约的门诊统筹定点机构转诊发生的门诊核准医疗费用按项目付费，不纳入门诊统筹定点医疗机构人头支付标准；居民医保经签约的门诊统筹定点机构转诊发生的门诊核准医疗费用纳入门诊统筹定点医疗机构人头支付标准。

（四）参保人员急救和抢救发生的门诊核准医疗费用按项目付费。

（五）参保人员按规定享受普通门诊或门特待遇时发生符合规定的单独支付药品费用，除门诊专项外由市医疗保障经办机构与定点医药机构按项目付费。

第七章 监督管理

第四十条 医疗保障经办机构应建立和完善医保智能监控系统，完善定点医疗机构协议管理，强化医保门诊医疗服务监管。

第四十一条 定点医药机构应当严格执行医保政策和协议有关规定，不得骗取医疗保障基金。

第四十二条 公共卫生费用、美容、体育健身、养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出,不得纳入统筹基金支付。

第八章 附 则

第四十三条 市医疗保障行政部门根据国家、省的相关政策要求,以及统筹基金支付能力、医学技术发展等情况,对基本医疗保险门诊相关政策适时进行调整。

第四十四条 本办法由市医疗保障行政部门负责解释。

第四十五条 本办法自印发之日起施行,有效期至2028年12月31日。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普通门诊统筹办法>的通知》(珠人社〔2016〕262号)同时废止。国家、省有新规定的,从其规定。

附件

珠海市基本医疗保险门诊特定病种目录（中额费用门特）

病种名称		待遇享受有效期	居民医保		职工医保	
			支付限额 (含个人自付部分)	支付比例	支付限额 (含个人自付部分)	支付比例
中额费用门诊特定病种	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)	80% (签订家庭医生付费服务包协议的相应提高5个百分点) (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%)	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7200元)	在职80%、退休85% (签订家庭医生付费服务包协议的相应提高5个百分点) (2016年5月1日前已核准门特且未纳入门诊统筹管理的为在职80%、退休85%)
	2、糖尿病	长期				
	3、活动性肺结核（含肺外结核）	1年	每医保年度支付限额6000元。2种都是中额费用门特的，每医保年度支付限额为8000元。3种（含）以上都是中额费用门特的，每医保年度支付限额10000元	60%	每医保年度支付限额7200元。2种都是中额费用门特的，每医保年度支付限额为9600元。3种（含）以上都是中额费用门特的，每医保年度支付限额12000元	在职80% 退休85%
	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				

病种名称		待遇享受有效期	居民医保		职工医保	
			支付限额 (含个人自付部分)	支付比例	支付限额 (含个人自付部分)	支付比例
	11、脑血管疾病后遗症	急性期6个月内的,自核准之日起至疾病确诊6个月(含);急性期6个月后的,长期。	每医保年度支付限额6000元。2种都是中额费用门特的,每医保年度支付限额为8000元。3种(含)以上都是中额费用门特的,每医保年度支付限额10000元	60%	每医保年度支付限额7200元。2种都是中额费用门特的,每医保年度支付限额为9600元。3种(含)以上都是中额费用门特的,每医保年度支付限额12000元	在职 80% 退休 85%
	12、多发性硬化	2年				
	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)	2年				

病种名称		待遇享受有效期	居民医保		职工医保	
			支付限额 (含个人自付部分)	支付比例	支付限额 (含个人自付部分)	支付比例
22、克罗恩病	长期	每医保年度支付限额 6000 元。2 种都是中额费用门特的，每医保年度支付限额为 8000 元。3 种（含）以上都是中额费用门特的，每医保年度支付限额 10000 元	60%	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、门特医保年度支付限额以内部分按合并的门特支付比例支付。	每医保年度支付限额 7200 元。2 种都是中额费用门特的，每医保年度支付限额为 9600 元。3 种（含）以上都是中额费用门特的，每医保年度支付限额 12000 元	在职 80% 退休 85%
23、溃疡性结肠炎	长期					
24、艾滋病	长期					
25、支气管哮喘	长期					
26、银屑病	长期					
27、精神分裂症	长期					
28、持久的妄想性障碍（偏执性精神病）	长期					
29、分裂情感性精神病	长期					
30、双相（情感）障碍（含其他心境障碍）	长期					
31、癫痫所致精神障碍	长期					
32、精神发育迟滞伴发精神障碍	长期					
33、强迫症	长期					
34. 儿童孤独症（0-7 岁，含 7 周岁）	3 年	支付限额 1000 元	60%	\	\	\
35、门诊骨关节和骨骺损伤第一年	1 年					

珠海市基本医疗保险门诊特定病种目录（高额费用门特）

病种名称		待遇享受有效期	居民医保		职工医保	
			支付限额 (含个人自付部分)	支付比例	支付限额 (含个人自付部分)	支付比例
高额费用门诊特定病种	1、难治性肾病	长期	每医保年度支付限额 16500 元	80%	计入住院核准医疗费用 累计，按住院年度支付 限额执行	在职 80% 退休 85%
	2、骨髓纤维化	2 年				
	3、再生障碍性贫血	2 年				
	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/3 年				
	7、血友病	长期				
	8、地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成性贫血）	长期				
	9、耐多药肺结核	2 年				
	10、丙型肝炎（HCV RNA 阳性）	6 个月				
	11、湿性年龄相关性黄斑变性	2 年				
	12、糖尿病黄斑水肿	2 年				
	13、脉络膜新生血管	2 年				
	14、视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿	2 年				
	15、新冠肺炎出院患者门诊康复治疗	3 个月				

病种名称		待遇享受有效期	居民医保		职工医保	
			支付限额 (含个人自付部分)	支付比例	支付限额 (含个人自付部分)	支付比例
	16、骨髓增生异常综合征	2 年	每 医 保 年 度 支 付 限 额 40000 元	80%	计入住院核准医疗费用 累计，按住院年度支付 限额执行	在职 80% 退休 85%
	17、肢端肥大症	2 年				
	18、造血干细胞移植后抗排异治疗	2 年	每 医 保 年 度 支 付 限 额 55000 元			
	19、肺脏移植术后抗排异治疗	2 年	每 医 保 年 度 支 付 限 额 77000 元			
	20、心脏移植术后抗排异治疗	2 年				
	21、肝脏移植术后抗排异治疗	2 年				
	22、肾脏移植术后抗排异治疗	2 年				
	23、肺动脉高压	长期				
	24、C 型尼曼匹克病	长期				

珠海市基本医疗保险门诊特定病种目录（门诊专项）

病种名称		待遇享受有效期	居民医保		职工医保	
			支付限额 (含个人自付部分)	支付比例	支付限额 (含个人自付部分)	支付比例
门诊专项	1、恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物治疗、内分泌治疗）	2 年	计入住院核准医疗费用累计，按住院年度支付限额执行	按住院核准医疗费用支付比例支付	计入住院核准医疗费用累计，按住院年度支付限额执行	按住院核准医疗费用支付比例支付
	2、恶性肿瘤（放疗）	2 年				
	3、慢性肾功能不全（血透治疗）	2 年				
	4、慢性肾功能不全（腹透治疗）	2 年				
	5、血友病门诊凝血因子治疗	长期				
	6、地中海贫血门诊输血治疗	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				

公开方式：主动公开

抄送：横琴粤澳深度合作区民生事务局，市档案局、市民政局、市
司法局、市财政局、市人力资源社会保障局、市卫生健康局、
市退役军人事务局，市残联。

珠海市医疗保障局办公室

2024 年 1 月 1 日印发
