

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（以下统称门诊病种）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 本市基本医疗保险参保人适用本办法。

其中，离休干部、建国前参加工作的老工人的门诊保障办法依照国家相关规定另行制定，不适用本办法。

第三条 本办法所称门诊病种是指诊断明确、治疗周期长、医疗费用高，并经市社会保险行政部门确定，由基本医疗保险统筹基金（以下统称统筹基金）按规定支付门诊医疗费用的疾病。

第四条 确定基本医疗保险门诊病种的原则：

（一）向病情相对稳定，但必须接受门诊治疗，且治疗周期长、门诊费用高的疾病倾斜。

（二）本着定性准确、慎重考虑的原则，严格界定门诊病种认定标准及其门诊治疗范围。

（三）充分考虑统筹基金的承受能力。

第二章 门诊病种目录及待遇

第五条 门诊病种分为两类：中额费用门诊病种和高额费用门诊病种。门诊病种的认定标准及相关规定，由市社会保险行政

部门牵头另行制定。

第六条 中额费用门诊病种目录（明细见附件）：

（一）结核病（活动型）。

（二）慢性阻塞性肺疾病。

（三）高血压（合并靶器官损害）。

（四）冠心病：心肌梗死、心绞痛。

（五）心脏瓣膜病：二尖瓣狭窄、二尖瓣关闭不全、主动脉瓣狭窄、主动脉瓣关闭不全、三尖瓣关闭不全。

（六）心肌疾病：扩张型心肌病、肥厚型心肌病、特异性心肌病。

（七）慢性心力衰竭。

（八）心律失常：慢性心房颤动（含心房扑动），持续性室性心动过速，心室颤动或心脏骤停幸存者，植入型心律转复除颤器（ICD）置入术后，原有基础心脏疾病发生频发、或多源、或多形、或成对室性早搏，或非持续性室性心动过速。

（九）慢性肾脏病。

（十）脑血管病：脑出血、脑梗死伴局灶性神经功能缺损症状和体征。

（十一）糖尿病。

（十二）多发性硬化。

（十三）重症肌无力。

（十四）帕金森氏病和帕金森综合症(震颤麻痹)。

（十五）多发性肌炎。

- (十六) 系统性红斑狼疮。
- (十七) 类风湿性关节炎。
- (十八) 运动神经元病(肌萎缩侧索硬化)。
- (十九) 强直性脊柱炎。
- (二十) 癫痫。
- (二十一) 慢性肝炎(中度及以上)。
- (二十二) 克罗恩病。
- (二十三) 溃疡性结肠炎。

(二十四) 精神类疾病: 精神分裂症、偏执性精神障碍、分裂情感性精神病、心境障碍(情感性精神障碍)、强迫症、癫痫所致精神障碍和精神发育迟滞伴发精神障碍。

- (二十五) 艾滋病。

第七条 高额费用门诊病种目录(明细见附件):

- (一) 难治性肾病。
- (二) 骨髓纤维化。
- (三) 再生障碍性贫血。
- (四) 肝硬化(失代偿期)。
- (五) 慢性肾功能衰竭(失代偿期)。
- (六) 恶性肿瘤(含恶性血液病)。
- (七) 造血干细胞移植术后第一年。
- (八) 肾移植术后。
- (九) 肝移植术后。
- (十) 血友病。

(十一) 重型 β -地中海贫血。

第八条 门诊病种的药品目录、诊疗项目、医疗服务设施标准按本市基本医疗保险规定执行。

其中，中额费用门诊病种的用药按《珠海市基本医疗保险中额费用门诊病种药品目录》执行。

第九条 中额费用门诊病种每社保年度支付限额 5500 元(含个人自付部分，下同)。

第十条 高额费用门诊病种每社保年度支付限额按以下标准执行：

(一) 难治性肾病、骨髓纤维化、再生障碍性贫血、肝硬化(失代偿期)、慢性肾功能衰竭(失代偿期)及恶性肿瘤(含恶性血液病，下同)每社保年度支付限额 15000 元。

(二) 重型 β -地中海贫血每社保年度支付限额 30000 元。

(三) 造血干细胞移植术后第一年及血友病每社保年度支付限额 50000 元。

(四) 肾移植术后及肝移植术后每社保年度支付限额 70000 元。

第十一条 参保人在其选定的门诊病种费用结算机构发生的门诊病种核准医疗费用，统筹基金按以下比例支付：

(一) 中额费用门诊病种为 60%。

(二) 高额费用门诊病种为 80%，其中基本医疗保险一档退休人员为 85%。

第十二条 参保人经认定 2 种(含)以上门诊病种的，其门

诊病种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一种为准。

（二）2种都是中额费用门诊病种的，每社保年度支付限额7000元；按中额费用门诊病种支付比例支付。

第十三条 门诊病种原则上自认定之日起支付待遇，以下门诊病种除外：

（一）造血干细胞移植术后第一年：自手术之日起支付。

（二）恶性肿瘤：自病种审核通过的社保年度起支付。

第十四条 参保人经认定享受门诊病种待遇的，其门诊病种年度支付限额按相应门诊病种的社保年度限额执行。其中，门诊病种审核通过的社保年度或门诊病种期满的社保年度，参保人可享受门诊病种待遇不足12个月的，按一个社保年度的支付限额执行。

经认定2种（含）以上门诊病种的参保人，有门诊病种期满的，该社保年度支付限额不变。

第十五条 参保人经认定精神类疾病门诊病种的，在其选定的门诊病种费用结算机构就诊，所发生的门诊病种核准医疗费用，在年度支付限额以内按以下规定执行：

（一）仅认定精神类疾病门诊病种的，按基本医疗保险规定的住院支付比例支付。

（二）精神类疾病门诊病种伴其它门诊病种的，门诊病种核准医疗费用在5500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 5500 元以上、门诊病种年度支付限额以内部分，按门诊病种支付比例支付。

第十六条 恶性肿瘤门诊病种（各种原位癌、□期皮肤基底细胞癌除外），自疾病确诊之日起 3 年（含）内按高额费用门诊病种待遇支付；疾病确诊之日起 3 年后至 8 年内按 2 种中额费用门诊病种待遇支付。

第十七条 参保人由中额费用门诊病种转为高额费用门诊病种，其医疗费用自高额费用门诊病种审核通过之日起按高额费用门诊病种规定支付，原已按中额费用门诊病种规定支付的医疗费用不予补差。

第十八条 参保人经认定门诊病种，因病情需要转诊到市外就医的，其办理转诊手续后在市外定点医疗机构发生的相关核准医疗费用，统筹基金按市内标准予以支付；未办理转诊手续的，高额费用门诊病种统筹基金按 50% 比例支付，中额费用门诊病种统筹基金不予支付。

第十九条 参保人经认定门诊病种，因该门诊病种急诊所发生的相关核准医疗费用，统筹基金按市内标准予以支付。

第三章 门诊专项

第二十条 本办法所称门诊专项是指除门诊病种以外、由统筹基金按规定支付门诊医疗费用的部分疾病或治疗方式。

第二十一条 参保人经认定恶性肿瘤门诊病种后，自其确诊之日起在本市二级及以上定点医院门诊发生的以下核准医疗费

用，计入住院核准医疗费用累计，由统筹基金按住院核准医疗费用支付比例支付：

（一）放疗费用。

（二）门诊化疗中符合基本医疗保险药品目录“西药部分抗肿瘤药物”及替代化疗的“激素及调节内分泌功能药物”费用。

第二十二条 参保人经认定慢性肾功能衰竭（失代偿期）病种后，自其认定之日起在本市定点医院门诊发生的以下核准医疗费用，计入住院核准医疗费用累计，由统筹基金按住院核准医疗费用支付比例支付：

（一）血液透析（含血液灌流）费用。

（二）腹膜透析费用。

第二十三条 参保人经认定重度 β -地中海贫血病种病种后，自其认定之日起在本市定点医院门诊输血发生的核准医疗费用，计入住院核准医疗费用累计，由统筹基金按住院核准医疗费用支付比例支付。

第二十四条 参保人经定点医疗机构诊断为视力残疾的，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，计入住院核准医疗费用累计，由统筹基金按住院核准医疗费用支付比例支付。

第二十五条 参保人在本市医疗机构门、急诊发生心、肺、脑复苏抢救的，其相关核准医疗费用，计入住院核准医疗费用累计，由统筹基金按住院核准医疗费用支付比例支付。

第二十六条 参加基本医疗保险的学生和未成年人，经门诊

病种申报机构诊断为骨关节和骨骺损伤第一年的，自其确诊之日起在本市定点医疗机构就诊该病所发生的门诊核准医疗费用，由统筹基金按中额费用门诊病种的支付比例支付，支付限额1000元。

第二十七条 办理了转诊或常住异地就医手续的参保人，发生本办法第二十一条至二十六条门诊专项，其符合规定的医疗费用，统筹基金按市内标准予以支付。

第四章 门诊病种管理

第二十八条 门诊病种申报机构：

- (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) 珠海市第二人民医院。
- (六) 遵义医学院第五附属医院。
- (七) 珠海市香洲区人民医院。
- (八) 珠海市香洲区第二人民医院
- (九) 珠海市斗门区侨立中医院。
- (十) 珠海市高栏港区平沙医院。
- (十一) 珠海市人民医院高栏港医院。
- (十二) 珠海市高新技术产业开发区人民医院。
- (十三) 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）。

(十四) 珠海白云康复医院(限精神类疾病)。

(十五) 珠海慈爱精神康复医院(限精神类疾病)。

第二十九条 参保人申请享受门诊病种待遇,应经本市基本医疗保险医疗专家库中所属专科医师确认符合相应门诊病种的认定标准,门诊病种申报机构加具意见,市社会保险经办机构核定。

市社会保险经办机构应对相关资料至少保存 10 年。

第三十条 门诊病种资料要求:

(一) 门诊病种认定涉及的市内检查检验资料以申报机构的检查检验结果为准,申报机构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,市社会保险经办机构组织本市三级医院相关专科 3 名专家确认,可作为本市病种认定的申报资料,国家有相关规定的,从其规定。

(二) 门诊病种申报机构的检查检验资料应实行信息化管理,并与市社会保险经办机构联网。

(三) 参保人所患的门诊病种期满,需重新认定的,所提供的该门诊病种病历、检查检验等相关就医资料可前溯至重新认定前 1 年。

第三十一条 办理了常住异地就医手续的参保人,其门诊病种的认定按本办法第二十九条规定执行,待遇享受按市内标准执行。

第三十二条 参保人经认定享受门诊病种待遇的,应在市内

基本医疗保险定点医疗机构中选择 1-3 家作为其门诊病种的费用结算机构，其中至少一家应为社区卫生服务机构。

第三十三条 同一社保年度内参保人不得变更门诊病种费用结算医疗机构，但参保人社保年度内出现下列情形的，可凭有关资料到市社会保险经办机构变更：

（一）工作单位或住址变动。

（二）新增门诊病种。

（三）所选门诊病种费用结算机构暂停基本医疗保险服务或解除、终止基本医疗保险服务协议。

第三十四条 参保人下一社保年度需重新选定门诊病种费用结算机构的，应于下一社保年度开始前 3 个月内到新的门诊病种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。

第三十五条 参保人所选门诊病种费用结算机构无相应药品或检查治疗项目，须到市内其他基本医疗保险定点医药机构购药或检查治疗的，可凭门诊病种费用结算机构出具的证明，到市社会保险经办机构按规定报销相关医疗费用。

第三十六条 办理了短期外出备案手续的参保人，短期外出期间，其在外当地定点医疗机构发生的门诊病种核准医疗费用，统筹基金可按市内标准予以支付；期间，其在市内发生的医疗费用，统筹基金不予支付。

第三十七条 办理了常住异地就医手续的参保人，经认定门诊病种，并办理了短期外出备案或转诊手续到常住地以外医院就医的，期间其门诊病种待遇按市内标准执行。

第三十八条 参保人经认定享受门诊病种待遇的，其发生的门诊病种核准医疗费用，自门诊病种待遇享受时间起，由统筹基金按规定支付。以下门诊病种待遇享受时间期满后，统筹基金不予支付：

（一）造血干细胞移植术后第一年：自手术之日起满 1 年。

（二）结核病、脑血管病、溃疡性结肠炎、慢性肝炎：自病种认定之日起满 3 年。其中慢性肝炎中肝组织病理学检查 \geq G2 或 \geq S2 的自病种认定之日起满 6 年。

（三）癫痫：自病种认定之日起满 4 年。

（四）精神类疾病：自病种认定之日起满 5 年。

（五）恶性肿瘤病种（各种原位癌、 \square 期皮肤基底细胞癌除外）：自疾病确诊之日起满 8 年。

（六）各种原位癌、 \square 期皮肤基底癌：自疾病确诊之日起满 2 年。

符合门诊病种待遇享受时间期满情形的，由市社会保险经办机构提前通知参保人。

第三十九条 参保人经认定享受门诊病种待遇的，其所患门诊病种期满前出现再发、复发或期满后病情仍然符合认定标准等情形的，可重新申请认定。参保人可向门诊病种申报机构申请并提供 1 年内的相关病历及检查治疗资料，经市社会保险经办机构核准后，可享受门诊病种待遇。

其中，恶性肿瘤高额费用门诊病种待遇享受期满，出现带瘤生存、转移或乳腺癌、前列腺癌需继续内分泌治疗等情形的，可

按前款规定申请认定。

第四十条 门诊病种目录的新增，按广东省人力资源和社会保障厅公布的门诊病种目录执行。

第四十一条 门诊病种转诊、短期外出备案及常住异地就医等手续的办理，按本市基本医疗保险就医管理办法有关规定执行。

第五章 门诊病种费用结算

第四十二条 参保人经认定享受门诊病种待遇的，其在选定的门诊病种费用结算机构发生的门诊核准医疗费用，属于统筹基金支付的，由市社会保险经办机构每月与门诊病种费用结算机构按项目结算。

第四十三条 参保人经认定享受门诊病种待遇的，其在市外医疗机构发生的门诊病种核准医疗费用，属于统筹基金支付的，由个人垫付后回市社会保险经办机构按规定予以报销。

第四十四条 参保人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，属统筹基金支付的，由市社会保险经办机构在“超声乳化”住院专项标准以内与医院据实结算。

第四十五条 参保人在医疗机构门、急诊发生心、肺、脑复苏抢救的核准医疗费用，属统筹基金支付的，由市社会保险经办机构与医疗机构按住院结算。

第四十六条 参保人符合本办法第二十六条规定的门诊核准医疗费用，属统筹基金支付的，由市社会保险经办机构每月与医疗机构按项目结算。

第六章 附 则

第四十七条 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，市社会保险经办机构不再对高血压、糖尿病（以下统称“两病”）进行门诊病种认定。

第四十八条 参保人在本办法执行前已认定“两病”门诊病种，并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，所发生的门诊核准医疗费用，由统筹基金按以下比例支付：

（一）基层医疗机构 70%。

（二）二级医院、三级医院 50%。

第四十九条 参保人在本办法执行前已认定“两病”门诊病种，并与其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，其因“两病”急诊及按规定办理转诊到市内定点医疗机构就诊“两病”，所发生的门诊核准医疗费用，按本办法第四十八条规定执行；未按照转诊规定自行就医的，统筹基金不予支付（急诊除外）。

第五十条 参保人在本办法执行前已认定“两病”门诊病种，并与其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，其转诊或急诊所发生符合规定的医疗费用，由个人垫付后回其签约的门诊统筹定点机构按规定报销。社保年度内转诊及急诊待遇支付限额按本市普通门诊统筹政策执行。

第五十一条 参保人在本办法执行前已认定“两病”门诊病

种，且不愿与其门诊统筹定点机构所属三师团队签订“两病”管理服务协议的，按本市基本医疗保险中额费用门诊病种管理。

第五十二条 参保人在本办法执行前已认定“两病”门诊病种，并与其门诊统筹定点机构及所属三师团队签约“两病”管理服务协议的，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，由社会保险经办机构参照普通门诊统筹医疗费用结算办法与该机构结算（具体办法由社会保险行政部门另行制定）。

第五十三条 门诊病种待遇申请时效为 2 年。自门诊病种费用发生之日起，参保人超过 2 年申请待遇的，其费用统筹基金不予支付。

第五十四条 门诊病种目录、待遇支付标准等需调整的，由社会保险行政部门根据基本医疗保险基金收支情况及国家、省的相关政策要求进行调整。

第五十五条 本办法由社会保险行政部门负责解释。

第五十六条 本办法自 2016 年 7 月 1 日起施行。此前规定与本办法不一致的，以本办法为准。

附件：珠海市基本医疗保险门诊特定病种目录