

珠海市医疗保障局文件

珠医保〔2021〕53号

珠海市医疗保障局关于完善医疗保障 有关问题的通知

市社会保险基金管理中心，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，各定点医药机构：

为进一步完善我市医疗保障政策体系，规范医疗保障管理，根据《广东省医疗保障局 广东省财政厅转发国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度意见的通知》（粤医保发〔2021〕12号）、《珠海市人民政府关于印发珠海市基本医疗保险办法的通知》（珠府〔2016〕47号）、《珠海市民政局 珠海市教育局 珠海市司法局 珠海市财政局 珠海市医疗保障局 珠海市住房和城乡建设局 珠海市人力资源和社会保障局关于印发〈珠海市低收入家庭救助工作方案〉的通知》（珠民〔2021〕51号）等规定，现将有

关事项明确如下：

一、特定人群参保管理

（一）内地赴澳务工人员参保

就业年龄段内在我市办理了居住证且持有澳门特别行政区外地雇员身份识别证（证件有效期内）的非本市户籍内地赴澳务工人员，可到市税务部门以灵活就业人员身份申请参加珠海市统账结合职工医保，其参保所需费用由个人承担，并按相关规定享受待遇。

（二）在中国永久居留外国人参保

在我市办理了居住证且持有《外国人永久居留证》（证件有效期内）的在中国永久居留且未就业外国人，可到市医保经办机构申请参加珠海市居民医保，参照本市户籍城乡居民身份筹资，并按相关规定享受待遇。

（三）非领取失业保险金期间的市外户籍人员参保

在我市办理了居住证的市外户籍人员在本市以职工身份参加基本医疗保险累计缴费1年以上，与本市用人单位解除、终止劳动合同时未领取失业保险金或在本市按月领取失业保险金结束后仍未就业的，自终止劳动关系或领完失业保险金次月起3个月内（含3个月），可到市医保经办机构申请参加珠海市居民医保，参照本市户籍城乡居民身份筹资，并按相关规定享受待遇。本人重新就业或不在本市居住的应及时办理停保手续。

二、门诊特定病种管理

(一) 门诊特定病种费用结算

参保人经认定享受门诊特定病种待遇的，其在选定的门诊特定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，由市医保经办机构每月与门诊特定病种费用结算机构按项目结算。

门诊特定病种费用结算机构应根据参保人门诊特定病种因病施治，治疗所使用药品及诊疗项目与该疾病治疗相符的费用纳入门诊特定病种支付范围。

(二) 门诊特定病种认定申报资料

1.我市二级及以上基本医疗保险定点医疗机构所出具的检验检查报告，可作为门诊特定病种认定申报资料。

2.我市门诊特定病种核准医院（含市外当地基本医疗保险定点二级及以上医院）外送医学检验中心的检验检查报告，可作为门诊特定病种认定申报资料。

3.认定地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）门诊特定病种时，参保人的基因检测资料不受时间限制。

4.认定儿童孤独症门诊特定病种时，病历资料、检查检验项目须提供半年以内资料。

5.认定脑血管疾病后遗症门诊特定病种时，因参保人瘫痪在床无法到医院进行相关检查检验的，由门诊特定病种核准医院组织相关病种2名专家现场会诊，专家根据会诊情况进行病种认定申报并签名确认，经门诊特定病种核准医院核准后，按相应病种

管理。

三、异地就医管理

属于市外长期居住、工作或学习的参保人，可申请在养老金领取地、居住地或工作（学习）地 2 个统筹区办理常住异地就医备案。按照国家、省异地就医直接结算的要求，对异地备案就医管理作如下补充规定：

（一）单建统筹职工医保和居民医保参保人参保满 1 年（一岁以内婴儿除外）后，可按规定申请办理常住异地备案手续。其中，城乡居民、学生和未成年人，可参照医保退休人员申请办理常住异地备案手续。

寒暑假及因病休学期间回到户籍所在地，或在异地分校学习、实习的在校学生，可凭学校相关证明办理常住异地备案手续。

（二）办理了常住异地就医备案、经转诊去省外就医或转出常住异地备案统筹区的参保人就医时，应选择备案统筹区或转诊统筹区的跨省异地就医定点医疗机构；其中已办理常住异地就医备案的参保人，在备案统筹区享受普通门诊统筹和门诊特定病种待遇时，不需按市内就医规定选定就医机构。参保人未按规定就医发生的医疗费用，按《珠海市人民政府关于印发珠海市基本医疗保险办法的通知》（珠府〔2016〕47 号）第四十条规定执行。

（三）参保人到北京市、天津市、上海市、重庆市、海南省和西藏自治区就医，备案到就医省份（直辖市、自治区）即可，不用备案到地市和区县。

四、普通门诊统筹管理

（一）参保人享受普通门诊统筹待遇起止时间与其基本医疗保险待遇享受时间一致。统账结合职工医保参保人（含领取失业金期间的失业人员）个人账户不再划转50元用于支付普通门诊统筹医疗费用。

（二）已办理异地就医备案的参保人，应在备案统筹区内已开通门诊费用联网结算的定点医疗机构门诊就医，其发生的普通门诊费用按以下规定联网结算：

1. 在二级及以下医疗机构就医的报销70%。

2. 在三级医疗机构就医的报销50%。

3. 医保基金最高支付限额（不含个人自付部分）为参保人所在服务组群的门诊统筹当年度定额结算额度，结算额度由市医保经办机构定期向社会公布。

已办理了异地就医备案的参保人，不再享受普通门诊统筹费用包干待遇。

五、“两病”用药保障管理

（一）市内就医

市内就医的高血压、糖尿病（以下统称“两病”）参保人纳入门诊特定病种备案，由参保人所签约的普通门诊统筹定点机构按照省门诊特定病种准入标准登记备案，纳入门诊统筹管理，市内就医的支付比例、支付限额和结算等规定按照普通门诊统筹规定执行。

2016年5月1日前已核准“两病”门诊特定病种且未纳入门诊统筹管理的参保人按原规定执行。

(二) 异地就医备案人员就医

已办理异地就医备案参保人的“两病”纳入门诊特定病种备案，按照我市门诊特定病种管理办法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诊特定病种享受。

六、医疗救助管理

(一) 资助参保标准及资金来源

本市特困人员、低保对象、低收入家庭成员，其参加基本医疗保险的个人缴费部分，由政府按以下标准资助：

1. 对参加居民医保的个人缴费部分给予全额资助。

2. 对参加职工医保的个人缴费部分，按照当年资助参加居民医保个人缴费标准给予资助。

3. 同一年度内不重复资助。

资助所需资金由市、区财政按市政府规定的比例从城乡医疗救助资金中列支。特困人员、低保对象、低收入家庭成员名单由本市民政部门提供。

(二) 资助参保流程

符合资助参保条件的参保人缴费年度内参加居民医保的，全额资助参保（个人不缴费）；缴费年度参加职工医保的，年度结束后按规定给予资助（划入其本人社保卡对应金融账户）；缴费年度

内从职工医保转换为居民医保参保的，当年资助其参加居民医保，同一年度内不重复资助。

（三）医疗救助待遇

已参加珠海市基本医疗保险的低收入救助对象（低收入家庭的老年人、未成年人、重度残疾人和重病患者）纳入珠海市补充医疗保险困难群体人员范围，参照基本救助对象的医疗保险、医疗救助待遇标准及管理规定享受相应待遇，并实行医疗救助“一站式”联网结算。低收入家庭成员经单独认定为特困人员或低保对象的，自生效之日起享受相应的医疗救助待遇。医疗救助对象住院期间身份发生变化，整个住院期间的医疗救助待遇按较高的享受。

七、其他规定

（一）市外定点医疗机构范围

市外定点医疗机构的范围为广州市医疗保险定点医疗机构中的三级医院，佛山市中医院、佛山市第一人民医院、佛山市第三人民医院，中山市第三人民医院。市外定点医疗机构不进行定点资格审核和签订服务协议，在管理方面与当地医保及我市医保管理同步。

（二）急诊、留院观察医疗费用

在急诊科（室）急诊、留院观察发生的医疗费用，除心、肺、脑复苏抢救发生的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外，其余按门

诊医疗费用处理。

(三) 调整以母亲名义参保新生儿资料变更时限

以母亲名义参加居民医保的新生儿落户珠海后，应到医保经办机构或村（居）委会办理个人登记信息变更，参保人自医疗费用发生之日起2年内未提出待遇申请的，统筹基金不予支付。

(四) 个人账户管理

基本医疗保险个人账户基金采用实账核算方式，市医保经办机构将每月个人账户应注入的基金划拨给经办银行，经办银行将基金划入各参保人的个人账户。

(五) 日间病区医疗费用

参保人在市外日间病区发生的医疗费用按住院相关政策规定执行。对适宜在市内日间病区开展的中医优势病种，可由市医保经办机构提出意见，报市医疗保障行政部门核准后按相关政策规定执行。

(六) 门诊血透、腹透治疗医疗费用

参保人经核准慢性肾功能不全（血透治疗）或慢性肾功能不全（腹透治疗）门诊特定病种后，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）或腹膜透析的相关核准医疗费用，由统筹基金按住院核准医疗费用支付比例支付，无需支付起付标准。

(七) 有关调整规定

参保资料、门诊特定病种申报资料、办理常住异地就医备案

资料、医疗救助资助参保流程以及市外定点医疗机构需调整时，由市医保经办机构提出意见，报市医疗保障行政部门核准。

八、实施期限

本通知自印发之日起施行，有效期至2026年6月30日。《关于基本医疗保险待遇及管理若干问题的通知》（珠人社〔2018〕133号）同时废止。

