

# 江门市医疗保障局 江门市财政局文件 江门市卫生健康局

江医保发〔2022〕104号

---

## 关于公布2023年度江门市基本医疗保险 (含生育保险)待遇标准的通知

各县(市、区)人民政府,市各有关单位:

为深入推进职工基本医疗保险(以下简称职工医保)和城乡居民基本医疗保险(以下简称居民医保)分类保障,稳步提升基本医疗保险待遇水平,减轻参保人员医疗费用负担,根据《广东省医疗保障局 广东省财政厅关于建立广东省医疗保障待遇清单制度的实施方案》(粤医保规〔2022〕3号)、《广东省医疗保障局 广东省财政厅 国家税务总局广东省税务局关于印发广东省基本医疗保险关系省内转移接续暂行办法的通知》(粤医保规〔2022〕6号)、《江门市人民政府办公室关于印发江门市基本医疗保险管理暂行办法的通知》(江府办〔2017〕47号)、《江门市职工和城乡居民基本医疗保险分类保障实施方案》(江府办〔2021〕14号)和《江门市人民政府办公室关于贯彻落实广东

省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法的意见》（江府办〔2022〕5号）等有关文件规定，经市政府同意，现公布2023年度江门市基本医疗保险（含生育保险）待遇标准，自2023年1月1日起执行，有效期1年。具体见附件《2023年度江门市基本医疗保险（含生育保险）待遇标准》，国家和省有新规定的，从其规定执行。

附件：2023年度江门市基本医疗保险（含生育保险）待遇标准

江门市医疗保障局

江门市财政局

江门市卫生健康局  
2022年12月19日

## 附件

# 2023 年度江门市基本医疗保险（含生育保险）待遇标准

## 一、职工基本医疗保险待遇

### （一）职工医保住院待遇

住院待遇		定点医疗机构					
		一级及以下	二级	三级			
职工 医 保 住 院	起付标准		500 元	600 元	900 元		
	支付比例		93%	90%	83%		
	其他支付情形 医疗机构	起付标准	1500 元	1500 元	1500 元		
		支付比例	83%	80%	73%		
	未按规定办理手续支付比例		73%	70%	63%		
	年度最高支付限额		56 万元				
大 病 保 险	起付标准		5000 元				
	支 付 比 例	起付标准以上、20 万元（含 20 万元）以内		85%			
		其 中	其他支付情形医疗机构		75%		
			未按规定办理手续		65%		
	20 万元以上		90%				
	其 中	其他支付情形医疗机构		80%			
		未按规定办理手续		70%			
年度最高支付限额		24 万元					

#### 注：

1.职工医保参保人享受住院待遇，由职工医保基金按规定支付；享受大病保险待遇由职工大病保险资金按规定支付。其中，大病保险以年度累计自付范围内医疗费用进行分段。

2.在二、三级定点医疗机构住院的参保人向家庭病床定点医疗机构转诊并建立家庭病床的，不设起付标准。

3.参加职工医保退休人员在上述起付标准的基础上降低 100 元，相应住院基金支付比例提高 3 个百分点。

4.年度累计自付范围内医疗费用不含起付标准以内的费用，起付标准以内的费用由参保人个人支付。

5.表中“其他支付情形医疗机构”包括异地转诊人员转诊（复诊）备案到市外定点医疗机构就诊、急诊人员因急诊和抢救到市外定点医疗机构就诊，支付比例低于本市相同级别医疗机构 10 个百分点；急诊人员因急诊和抢救在市内、市外非定点医疗机构就诊，支付比例低于本市三级定点医疗机构 10 个百分点。

6.表中“未按规定办理手续”是指参保人未按规定办理跨市、跨省转诊（不含市内转诊）手续、超时办理零星报销手续（超过规定的办理时限，但不能超过 2 年，其中先行支付不能超过 3 年）、超时办理市内非定点和异地就医申请备案手续等情形，发生的住院医疗费用政策范围内支付比例（含大病保险支付比例）。

7.按周期性结算特殊人群参保人在同一家定点医疗机构住院时间在 90 天以上的，按 90 天为一个结算周期，不足 90 天的，按实际天数计算。每两个连续周期计算一次起付标准，即在第一个周期计算起付标准，连续的第二个周期不计算起付标准，新周期重新计算，即第三个周期重新计算起付标准。

8.异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员（含在校学生）按规定办理异地就医备案手续后，在备案有效期内前往备案地联网直接结算的医疗机构住院，基金支付比例和起付标准按我市同等级别定点医疗机构标准执行；在参保地医疗机构和转诊到备案地以外的定点医疗机构的住院医疗费用基金支付比例在我市同等级别医疗机构标准基础上降低 10 个百分点，起付标准按其他支付情形医疗机构标准执行。

9.符合医疗机构住院规范（含住院时间不满 24 小时、日间手术、病情危重需转院或抢救无效死亡等情形）的医疗费用纳入医保住院费用结算范围。

10.参保人应在入院后 48 小时内办理定点医疗机构住院登记手续。

## (二) 职工医保普通门诊待遇

就医情形			支付比例		月度最高支付限额
			在职	退休	
选定的 定点医疗机构	一级及以下		75%	80%	85 元/月
	二级或 三级	未经转诊	60%	65%	75 元/月
		办理转诊手续	70%	75%	
非选定的 定点医疗机构	办理转诊手续		50%	55%	
非选定的 医疗机构	急救和抢救		50%	55%	

### 注：

- 1.参加职工医保参保人在选定一家一级及以下定点医疗机构基础上，可在二级或三级定点医疗机构中再选定一家，享受普通门诊待遇，由职工医保基金按规定支付。
- 2.当月累计未达到最高支付限额，可结转到下月使用；年度累计未达到最高支付限额，不可结转下年度使用。参保人门诊定点机构选定后，基本医疗保险年度内原则上不得变更。下一基本医疗保险年度需变更的，应在本年 10 月至 12 月办理变更手续。未办理变更手续的，视为继续选定原门诊定点机构。
- 3.表中“二级或三级”“办理转诊手续”是指参保人员经一级及以下选定医疗机构转诊后 30 日内（即每次门诊转诊的有效期为 30 日，超过有效期需重新办理转诊手续，方可按转诊的基金支付比例享受待遇，下同）在本人选定的二级或三级定点医疗机构就医的情形。
- 4.表中“非选定的定点医疗机构”“办理转诊手续”是指参保人员经选定医疗机构转诊后 30 日内在非选定的定点医疗机构就医的情形。

### (三) 职工医保门诊特定病种待遇

特定病种类别	特定病种范围	基金累计支付限额	基金支付比例
一类	1.精神分裂症；2.分裂情感性障碍；3.持久的妄想性障碍（偏执性精神病）；4.双相（情感）障碍；5.癫痫所致精神障碍；6.精神发育迟滞伴发精神障碍；7.恶性肿瘤(放疗)；8.恶性肿瘤(化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗)；9.慢性肾功能不全（血透治疗）；10.慢性肾功能不全（腹透治疗）；11.肾脏移植手术后抗排异治疗；12.心脏移植手术后抗排异治疗；13.肝脏移植手术后抗排异治疗；14.肺脏移植手术后抗排异治疗；15.其他器官移植抗排异；16.造血干细胞移植后抗排异治疗；17.肺动脉高压；18.血友病；19.耐多药肺结核。	按住院费用结算方式由基金按规定支付，不设起付标准。	
二类	20.重型 β 地中海贫血；21.丙型肝炎（HCV RNA 阳性）；22.多发性硬化。23.骨髓增生异常综合症；24.骨髓纤维化；25.C 型尼曼匹克病；26.地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）；27.肢端肥大症；28.克罗恩病；29.溃疡性结肠炎；30.新冠肺炎出院患者门诊康复治疗。	10200 元/季度	1.本市一级及以下定点医疗机构基金支付比例为 84%。 2.本市其他定点医疗机构基金支付比例为 80%。
三类	31.慢性肾功能不全（非透析治疗）；32.恶性肿瘤（非放疗化疗）；33.艾滋病；34.肝硬化；35.活动性肺结核；36.再生障碍性贫血；37.慢性乙型肝炎；38.脑血管疾病后遗症；39.系统性红斑狼疮；40.慢性阻塞性肺疾病；41.强直性脊柱炎；42.湿性年龄相关性黄斑变性；43.糖尿病黄斑水肿；44.视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿；45.脉络膜新生血管；46.银屑病；	4200 元/季度	
四类	47.冠心病；48.糖尿病；49.高血压病；50.精神病（重性精神疾病除外）；51.癫痫；52.帕金森病；53.类风湿关节炎；54.慢性心功能不全；55.支气管哮喘。	1200 元/季度	

注：

1.上表“基金累计支付限额”是指门诊特定病种医疗费用季度实际基金支付累计额。职工医保参保人享受门诊特定病种待遇，由职工医保基金按规定支付。

2.职工医保参保人患有两个或两个以上特定病种的，取较高病种季度支付限额增加 360 元。

3.当季度累计最高支付限额，均不能结转下季度使用。

4.门诊特定病种人员到市外定点医疗机构就诊等情形，支付比例低于本市相同级别医疗机构 10 个百分点；急诊人员因急诊和抢救在市内、市外非定点医疗机构就诊，支付比例低于本市三级定点医疗机构 10 个百分点。

5.其中“活动性肺结核”和“耐多药肺结核”应在我市以及经批准的市外肺结核专科防治门诊定点医疗机构就诊，基金才予以支付；重性精神疾病指精神分裂症、分裂情感性障碍、持久的妄想性障碍（偏执性精神病）、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍和精神发育迟滞伴发精神障碍等 6 种重性精神疾病；精神病和重性精神疾病应当在精神专科门诊定点医疗机构或定点综合医院精神专科以及经批准的其他支付情形医疗机构就诊，基金才予以支付。

6.禽流感疑似病例参保患者使用奥司他韦（属基本医疗保险药品目录乙类药，按药品费用 90% 纳入基本医疗保险基金支付范围），定点医疗机构需单独开处方和收费，奥司他韦药品费用基金最高支付限额标准为每人每季度 7200 元，基金支付比例为 80%。

7.异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员（含在校学生）按规定办理异地就医备案手续后，在备案有效期内，参保人在备案地定点医疗机构发生的门诊特定病种医疗费用，基金支付比例按我市同等级别医疗机构标准执行；在本地定点医疗机构和到备案地以外定点医疗机构发生的门诊特定病种医疗费用，基金支付比例在我市同等级别医疗机构标准基础上降低 10 个百分点。

#### （四）职工医保个人账户待遇

人员类型	划账基数	划账比例	划账金额
在职职工	本人上月参保缴费基数	2.0%	——
退休人员	2021 年我市基本养老金月平均金额	2.8%	126.80 元/月

## **(五) 生育保险待遇**

生育保险待遇按《广东省职工生育保险规定》（广东省人民政府令第 287 号）和《江门市医疗保障局关于贯彻落实广东省职工生育保险规定的意见》（江医保发〔2021〕99 号）规定执行。



## 二、城乡居民基本医疗保险待遇

### (一) 居民医保住院待遇

		住院待遇		定点医疗机构			
				一级及以下	二级	三级	
居民 医保 住院	起付标准		500 元	600 元	900 元		
	支付比例		85%	80%	65%		
	其他支付情形医疗机构	起付标准	1500 元	1500 元	1500 元		
		支付比例	75%	70%	55%		
	未按规定办理手续支付比例		65%	60%	45%		
	年度最高支付限额		30 万元				
大病 保险	起付标准		1 万元				
	支 付 比 例	起付标准以上、12 万元（含 12 万元）以内	60%				
		其 中	其他支付情形医疗机构	50%			
			未按规定办理手续	40%			
	12 万元以上		70%				
	其 中	其他支付情形医疗机构	60%				
		未按规定办理手续	50%				
	年度最高支付限额		24 万元				

#### 注：

1.居民医保参保人享受住院待遇，由居民医保基金按规定支付；享受大病保险待遇由居民大病保险资金按规定支付。其中，大病保险以年度累计自付范围内医疗费用进行分段。

2.居民医保中，返贫致贫人口、最低生活保障对象大病保险起付标准下降 70%，支付比例提高 10 个百分点；特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童大病保险起付标准下降 80%，支付比例提高 20 个百分点。上述人员大病保险不设年度最高支付限额。

3.在二、三级定点医疗机构住院的参保人向家庭病床定点医疗机构转诊并建立家庭病床的，不设起付标准。

4.参加居民医保的特困供养人员住院可以享受零起付标准，在一级及以下定点医疗机构住院，基金支付比例提高 10 个百分点。

5.年度累计自付范围内医疗费用不含起付标准以内的费用，起付标准以内的费用由参保人个人支付。

6.表中“其他支付情形医疗机构”包括异地转诊人员转诊（复诊）备案到市外定点医疗机构就诊、急诊人员因急诊和抢救到市外定点医疗机构就诊，支付比例低于本市相同级别医疗机构 10 个百分点；急诊人员因急诊和抢救在市内、市外非定点医疗机构就诊，支付比例低于本市三级定点医疗机构 10 个百分点。

7.表中“未按规定办理手续降低比例”是指参保人未按规定办理跨市、跨省转诊（不含市内转诊）手续、超时办理零星报销手续（超过规定的办理时限，但不能超过 2 年，其中先行支付不能超过 3 年）、超时办理市内非定点和异地就医申请备案手续等情形，发生的住院医疗费用政策范围内支付比例（含大病保险支付比例）。

8.按周期性结算特殊人群参保人在同一家定点医疗机构住院时间在 90 天以上的，按 90 天为一个结算周期，不足 90 天的，按实际天数计算。每两个连续周期计算一次起付标准，即在第一个周期计算起付标准，连续的第二个周期不计算起付标准，新周期重新计算，即第三个周期重新计算起付标准。

9.异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员（含在校学生）按规定办理异地就医备案手续后，在备案有效期内前往备案地联网直接结算的医疗机构住院，基金支付比例和起付标准按我市同等级别定点医疗机构标准执行；在参保地医疗机构和转诊到备案地以外的定点医疗机构的住院医疗费用基金支付比例在我市同等级别医疗机构标准基础上降低 10 个百分点，起付标准按其他支付情形医疗机构标准执行。

10.符合医疗机构住院规范（含住院时间不满 24 小时、日间手术、病情危重需转院或抢救无效死亡等情形）的医疗费用纳入医保住院费用结算范围。

11.参保人应在入院后 48 小时内办理定点医疗机构住院登记手续。

## (二) 居民医保普通门诊待遇

就医情形	支付比例	年度最高支付限额
选定的一级及以下定点医疗机构 或我市儿童专科定点医疗机构	75%	350 元/年
办理转诊手续到非选定的 定点医疗机构	50%	
急救和抢救在非选定的 医疗机构就医	50%	

### 注：

1.参加居民医保参保人只可在一级及以下定点医疗机构或我市儿童专科定点医疗机构中选定一家，享受普通门诊待遇，由居民医保基金按规定支付。

2.年度累计未达到最高支付限额，不可结转下年度使用。参保人门诊定点机构选定后，基本医疗保险年度内原则上不得变更。下一基本医疗保险年度需变更的，应在本年10月至12月办理变更手续。未办理变更手续的，视为继续选定原门诊定点机构。

3.表中“办理转诊手续到非选定的定点医疗机构”是指参保人员经选定的定点医疗机构转诊后30日内在非选定的定点医疗机构就医的情形。

### (三) 居民医保门诊特定病种待遇

特定病种类别	特定病种范围	基金累计支付限额	基金支付比例
一类	1.精神分裂症；2.分裂情感性障碍；3.持久的妄想性障碍（偏执性精神病）；4.双相（情感）障碍；5.癫痫所致精神障碍；6.精神发育迟滞伴发精神障碍；7.恶性肿瘤(放疗)；8.恶性肿瘤(化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗)；9.慢性肾功能不全（血透治疗）；10.慢性肾功能不全（腹透治疗）；11.肾脏移植手术后抗排异治疗；12.心脏移植手术后抗排异治疗；13.肝脏移植手术后抗排异治疗；14.肺脏移植手术后抗排异治疗；15.其他器官移植抗排异；16.造血干细胞移植后抗排异治疗；17.肺动脉高压。18.血友病；19.耐多药肺结核。	按住院费用结算方式由基金按规定支付，不设起付标准。	
二类	20.重型β地中海贫血；21.丙型肝炎（HCV RNA阳性）；22.多发性硬化；23.骨髓增生异常综合症；24.骨髓纤维化；25.C型尼曼匹克病；26.肢端肥大症；27.地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）；28.克罗恩病；29.溃疡性结肠炎；30.新冠肺炎出院患者门诊康复治疗。	7500元/季度	
三类	31.慢性肾功能不全（非透析治疗）；32.恶性肿瘤（非放疗化疗）；33.艾滋病；34.肝硬化；35.活动性肺结核；36.再生障碍性贫血；37.慢性乙型肝炎；38.脑血管疾病后遗症；39.系统性红斑狼疮；40.慢性阻塞性肺疾病；41.强直性脊柱炎；42.湿性年龄相关性黄斑变性；43.糖尿病黄斑水肿；44.视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿；45.脉络膜新生血管；46.银屑病；47.小儿脑性瘫痪（含0-3岁精神运动发育迟缓儿）。	1500元/季度	1.本市一级及以下定点医疗机构基金支付比例为75%。 2.本市其他定点医疗机构基金支付比例为50%。
四类	48.冠心病；49.糖尿病；50.高血压病；51.精神病（重性精神疾病除外）；52.癫痫；53.帕金森病；54.类风湿关节炎；55.慢性心功能不全；56.支气管哮喘；57.儿童孤独症。	900元/季度	

注：

1.上表“基金累计支付限额”是指门诊特定病种医疗费用季度实际基金支付累计额。居民医保参保人享受门诊特定病种待遇，由居民医保基金按规定支付。

2.居民医保参保人患有两个或两个以上特定病种的，取较高病种季度支付限额增加 180 元。

3.当季度累计最高支付限额，不能结转下季度使用。

4.门诊特定病种人员到市外定点医疗机构就诊等情形，支付比例低于本市相同级别医疗机构 10 个百分点；急诊人员因急诊和抢救在市内、市外非定点医疗机构就诊，支付比例低于本市三级定点医疗机构 10 个百分点。

5.特困供养人员居民医保参保人特定门诊医疗费用基金支付比例提高 10 个百分点（基金支付比例最高不超过 100%，若超过 100%的按 100%计算）。

6.其中“活动性肺结核”和“耐多药肺结核”应在我市以及经批准的市外肺结核专科防治门诊定点医疗机构就诊，基金才予以支付；重性精神疾病指精神分裂症、分裂情感性障碍、持久的妄想性障碍（偏执性精神病）、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍和精神发育迟滞伴发精神障碍等 6 种重性精神疾病；精神病和重性精神疾病应当在精神专科门诊定点医疗机构或定点综合医院精神专科以及经批准的其他支付情形医疗机构就诊，基金才予以支付。

7.禽流感疑似病例参保患者使用奥司他韦（属基本医疗保险药品目录乙类药，按药品费用 90%纳入基本医疗保险基金支付范围），定点医疗机构需单独开处方和收费，奥司他韦药品费用基金最高支付限额标准为每人每季度 6000 元，基金支付比例为 80%。

8.异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员（含在校学生）按规定办理异地就医备案手续后，在备案有效期内，参保人在备案地定点医疗机构发生的门诊特定病种医疗费用，基金支付比例按我市同等级别医疗机构标准执行；在本地定点医疗机构和到备案地以外定点医疗机构发生的门诊特定病种医疗费用，基金支付比例在我市同等级别医疗机构标准基础上降低 10 个百分点。

**公开方式：主动公开**

---

抄送：省医保局，市司法局。

---

江门市医疗保障局办公室

2022年12月19日印发

---