

江门市人民政府办公室文件

江府办〔2017〕47号

江门市人民政府办公室关于印发江门市 基本医疗保险管理办法的通知

各市（区）人民政府，市政府各部门、各直属机构，中直、省直驻江门有关单位：

《江门市基本医疗保险管理办法》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。执行中遇到的问题，请径向市人力资源社会保障局反映。

江门市人民政府办公室

2017年11月21日

江门市基本医疗保险管理办法

第一章 总 则

第一条 为建立健全本市基本医疗保险制度，保障参保人的基本医疗需求，根据《中华人民共和国社会保险法》及《江门市人民政府办公室关于印发江门市基本医疗保险城乡一体化改革方案的通知》（江府办〔2017〕20号）等有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市基本医疗保险制度，实行市级统筹，分级管理。基本医疗保险由一档、二档构成。一档包括住院统筹、特定病种门诊补助、普通门诊统筹、大病保险等待遇；二档待遇在一档待遇的基础上提高住院统筹、特定病种门诊补助和普通门诊统筹等待遇，并设置个人账户。

第三条 本办法适用的参保对象范围为本市行政区域内的用人单位和人员，包括：

（一）一档参保对象范围。其中，下列1至3目的对象范围可以城乡居民身份参加一档；4至7目的对象范围中，用人单位、职工和失业人员应当以职工身份参加一档，职工退休人员、灵活就业人员 and 无雇工的个体工商户可以职工身份参加一档：

- 1.本市户籍的未就业城乡居民；
- 2.非本市户籍的本市各类全日制普通高等院校（含高职、民办

高校、独立学院)本专科学学生和研究生(含港、澳、台、华侨学生)、中职技校(含民办中职技校)和中、小学接受全日制教育的学生,以及幼儿园、托儿所儿童;

3.在本市参加社会保险的异地务工人员(以下简称异地务工人员)的学龄前子女(含新生儿);

4.本市行政区域内所有企业、国家机关、事业单位、社会团体、民办非企业单位和有雇工的个体工商户(含中央、省和其他外地驻本市单位,以下简称用人单位)及其所属全部员工(含有雇工的个体工商户业主,以下简称职工),以及其达到法定退休年龄或退休的人员(以下简称职工退休人员);

5.在本市领取失业保险金期间的失业人员(以下简称失业人员);

6.本市户籍的灵活就业人员以及未在用人单位以职工身份参加基本医疗保险的本市户籍的非全日制从业人员(以下简称灵活就业人员);

7.在本市注册登记的无雇工的个体工商户(以下简称无雇工的个体工商户)。

(二)以职工身份参加一档的下列对象范围,应当参加二档:

1.用人单位、职工和失业人员;

2.职工退休人员、灵活就业人员和无雇工的个体工商户。

以城乡居民身份参加一档的人员统称城乡居民身份参保人,以职工身份同时参加一档、二档的人员统称职工身份参保人。城乡居民身份参保人和职工身份参保人统称参保人。

第四条 本市基本医疗保险制度应遵循广覆盖、保基本、可持续、公平与效率相结合、权利与义务相对应、筹资和保障水平与社会经济发展水平相适应的原则。

第五条 市人力资源社会保障局主管本市基本医疗保险管理工作，负责基本医疗保险的统筹规划、政策制定、监督和管理。各市（区）人力资源社会保障（社会事务）局负责本行政区域基本医疗保险管理和监督工作。

社会保险经办机构承担基本医疗保险的业务经办工作，负责基本医疗保险登记、个人权益记录、城乡居民身份参保人基本医疗保险费征缴、基本医疗保险待遇支付以及定点医疗机构和定点零售药店等基本医疗保险服务机构的协议管理等工作。

市财政局负责将财政补助资金纳入年度预算安排，对基金使用情况进行监督管理。各市（区）财政部门确保在规定时间内把财政补助资金及参保人缴纳的参保费全额上划市财政局社会保障基金财政专户（以下简称市社保基金财政专户）。

卫生计生部门负责对定点医疗机构进行监督和管理，开展医疗服务监管，规范医疗行为，控制医疗费用不合理增长，加快社区卫生服务机构建设，为参保人员提供基本医疗服务。

税务部门负责职工身份参保人基本医疗保险费的征收，并按时足额划入市社保基金财政专户。

食品药品监管部门负责对定点医药机构进行监管，开展药品质量监管。

教育部门按属地管理原则负责在校学生的参保宣传发动，指导

学校开展参保工作，协助社会保险经办机构办理学生参保缴费手续。

民政和残联部门分别负责对低保对象、低收入家庭、特困供养人员、优抚对象，以及重度残疾人、精神和智力残疾人等困难居民进行资格和等级核定，组织落实参保，协助完成参保资金筹措工作。

发展改革部门负责对定点医疗机构医疗服务价格进行管理。

审计、监察、公安等部门，按各自职责，共同开展基本医疗保险管理服务工作的。

第六条 社会保险行政部门、社会保险经办机构应建立群众来信来访、举报投诉制度，对投诉事项要及时予以调查、处理和回复。

第七条 市人力资源社会保障局、市财政局、市地税局、市卫生计生局、市社保局可根据本市经济发展水平、社会收入水平、医疗消费水平以及基金收支等实际情况，对基本医疗保险基金筹资和待遇等提出调整意见，报市政府批准后公布执行。

第二章 参保缴费

第八条 以自然年度（每年1月1日至12月31日）为一个基本医疗保险年度。参加基本医疗保险的用人单位及个人应按时足额缴纳基本医疗保险费。

第九条 以城乡居民身份参加基本医疗保险的，实行个人缴费和政府财政补助相结合。其中，下列本市户籍的困难居民（以下简称困难居民）参保的，凭县级以上民政、残联出具的有关证明材料由政府各级财政全额补助，个人免缴费：

(一) 最低生活保障对象 (含最低生活保障家庭儿童);

(二) 重度残疾人 (含重度残疾儿童);

(三) 低收入家庭中 60 岁以上的老年人、未成年人 (含纳入特困人员救助供养范围的儿童) 和低收入重病患者, 其中低收入家庭是指各市 (区) 民政部门核发“低收入家庭证”的家庭, 低收入重病患者是指低收入家庭中持有本市社会保险经办机构核发恶性肿瘤 (放疗、化疗期间)、慢性肾功能衰竭 (需透析)、器官移植抗排斥、血友病、再生障碍性贫血特定病种专用证的人员;

(四) 孤儿 (指民政部门认定的享受孤儿基本生活费的人员);

(五) 特困供养人员;

(六) 建档立卡的贫困人员;

(七) 困难转复退军人等优抚对象, 指符合《江门市优待困难转复退军人等优抚对象的意见》(江办发〔2008〕10 号) 规定条件的三类人员: 第一类既享受低保救济且享受定恤定补的优抚对象; 第二类为只享受低保救济的优抚对象; 第三类为只享受定恤定补的优抚对象;

(八) 精神和智力残疾人。

前款所列困难居民个人缴费部分由各市 (区) 财政、城乡基本医疗救助金、残疾人就业保障基金按现行优惠政策给予补助, 个人免缴费。对计生优待户 (农村独生子女户和纯生二女结扎户) 的补助办法按各市 (区) 原规定执行。如今后有新规定的, 按新规定执行。

困难居民范围有调整的, 按每年公布的范围确定。

第十条 以职工身份参加基本医疗保险的, 由用人单位和个人

共同缴费；失业人员的基本医疗保险费从失业保险基金中支付；灵活就业人员 and 无雇工的个体工商户的基本医疗保险费由个人全额承担。

第十一条 基本医疗保险缴费基数按以下标准确定：

（一）城乡居民身份参保人个人缴费基数按本市上上年度城乡居民人均可支配收入确定。

（二）用人单位以应当参加基本医疗保险的职工的缴费工资总和为缴费基数，职工以本人工资为缴费基数。参保职工本人工资超过最低缴费基数 300% 以上部分不计征；低于最低缴费基数的，按最低缴费基数计征。职工退休人员、失业人员、灵活就业人员 and 无雇工的个体工商户按对应年度的最低缴费基数参保缴费。最低缴费基数分三年达到省、市公布的本市上上年度在岗职工月平均工资的 80%，分别为：2018 年 65%、2019 年 75%，从 2020 年起为 80%。

前款规定的缴费基数具体标准由市人力资源社会保障局会同有关部门报市政府批准后公布执行。

第十二条 基本医疗保险缴费费率按以下标准确定：

（一）以城乡居民身份参加基本医疗保险的，缴费费率 2018 年、2019 年分别为 1.2%、1.4%，从 2020 年起为 1.6%。国家和省规定的个人缴费标准高于本市规定的标准时，按国家和省规定执行。财政补助标准按国家和省的规定执行。

（二）以职工身份参加基本医疗保险的：

1. 用人单位和职工一档缴费费率为 3.5%，其中用人单位为 3.0%，个人为 0.5%。二档缴费费率 2018 年为 4.3%，从 2019 年起为

4.0%，其中用人单位逐年降低缴费费率，2018 年为 2.8%，从 2019 年起为 2.5%，职工个人缴费费率统一为 1.5%。

2.失业人员、灵活就业人员和无雇工的个体工商户达到法定退休年龄前，一档、二档缴费费率合计 2018 年为 7.8%，从 2019 年起为 7.5%；失业人员、灵活就业人员和无雇工的个体工商户达到法定退休年龄后，或职工退休人员，一档、二档缴费费率合计 2018 年为 5.8%，从 2019 年起为 5.5%。

第十三条 城乡居民身份参保人在集中参保缴费期缴纳下一年度的基本医疗保险费，下列特定城乡居民（以下简称中途参保人员）可在基本医疗保险年度内以城乡居民身份中途参加基本医疗保险，并按规定的全年缴费标准缴费：

（一）本市户籍和异地务工人员的新生儿；

（二）当年本市新入学（含幼儿园、托儿所）或转学（含幼儿园、托儿所）的非本市户籍在校生；

（三）当年本市户籍的就业转失业人员（含跨年按规定领取完失业保险金人员）；

（四）当年本市户籍的职工退休人员；

（五）当年本市户籍的退伍军人、刑释人员和市外户籍新迁入人员；

（六）未参保的困难居民。

因扣费账户余额不足等个人原因导致扣缴个人费用不成功的，视为自动弃保，不能享受相应医保待遇的责任由本人承担。

第十四条 职工身份参保人逐月向地税部门申报缴费。缴纳的

基本医疗保险费由税务部门从签订扣款协议规定的银行账户中扣缴。

(一)用人单位和职工向用人单位属地税务部门逐月申报缴纳基本医疗保险费,由税务部门按属地管理原则按月全责征收,其中,职工应当缴纳的社会保险费由用人单位代扣代缴。

(二)失业人员由参保所在地社会保险经办机构逐月托收并按日向税务部门支付;失业人员缴费在失业保险基金中划转,个人不缴纳基本医疗保险费。领取失业保险金期满仍未与用人单位建立劳动关系的人员,可参照灵活就业人员缴费办法参保。

(三)灵活就业人员在户籍所在地税务部门逐月申报缴费。

(四)无雇工的个体工商户在工商营业执照上登记的经营场所所在地税务部门逐月申报缴费。

灵活就业人员、无雇工的个体工商户、逐月缴费的退休人员应当依时足额缴纳基本医疗保险费。因缴费账户余额不足导致扣费不成功未能享受相应医保待遇的,责任由个人承担。发生欠费的,应当到征收机构重新办理申报手续。

第十五条 职工身份参保人有关缴费信息与上月发生变动的,用人单位或个人应在当月税收申报纳税期限内到税务部门办理变更手续。

第十六条 城乡居民身份参保人按以下办法参保缴费:

(一)每年10月1日至12月31日为集中参保缴费期。参保人在集中参保缴费期分别向户籍、学校或异地务工人员参保所在地指定的基层人力资源社会保障所或社会事务综合服务中心(以下简称基层服务机构)一次性缴纳下一年度全年的基本医疗保险费(中

途不退费)，按缴费标准依时足额存入社会保障卡（以下简称社保卡）金融账户，并办理使用社保卡金融账户代扣代缴基本医疗保险费授权书变更手续（上年度已在社保卡金融账户上缴费的无需办理），统一应用社保卡由银行代扣代缴基本医疗保险费。对于暂未领取社保卡或者应用社保卡扣缴渠道尚未畅通的参保人，需在代办银行开设基本医疗保险缴费账户，将缴费金额足额存入个人指定缴费账户。城乡居民身份参保人个人缴费可由各市（区）社会保险经办机构委托银行电子结算中心代扣代缴。

1.以村委会指定账户集体办理参保缴费。按个人缴费标准，将缴费金额足额存入村委会指定账户，并办理参保登记手续。

2.新参保的城镇居民持本人户口簿、身份证、社保卡或扣费银行账户，以及委托商业银行代扣缴基本医疗保险费授权书等资料到户籍所在地基层服务机构办理参保登记手续。

3.非本市户籍的本市各类全日制普通高等院校（含高职、民办高校、独立学院）本专科学生和研究生（含港、澳、台、华侨学生）、中职技校（含民办中职技校）和中、小学接受全日制教育的学生，以及幼儿园、托儿所儿童参保缴费，由学校统一组织、统一收费、统一登记造册、统一在学校开设的银行账户或学生个人开设的银行账户代扣缴费，并由学校所在地基层服务机构统一办理参保缴费登记手续。

4.困难居民参保由各市（区）人力资源社会保障局（社会事务局，下同）会同民政、残联等部门组织基层服务机构、村（居）委会实施，通过信息共享落实参保缴费，具体操作办法由各市（区）

制定。

(二) 中途参保缴费办法如下：

1.本市户籍和异地务工人员的新生儿。可持出生证、父亲或母亲的户口簿、扣费银行账户（父亲或母亲的社保卡）和委托商业银行代扣缴基本医疗保险费授权书等，到父亲或母亲户籍所在地（异地务工人员参保所在地）的基层服务机构办理参保手续，按全年缴费标准缴纳本年度基本医疗保险费。异地务工人员（父亲或母亲）由社会保险经办机构通过信息系统内部查询核实在本市正在参保情况。未提供身份证号的新生儿参保人，应在办理入户后5个工作日内到户籍所在地的基层服务机构办理身份证号信息的补录手续。定点医疗机构负责将新生儿参保指引派发给在该机构出生的新生儿父母，引导其按规定参保。

2.其他中途参保人员持身份证、户口簿、扣费银行账户（社保卡）和委托商业银行代扣缴基本医疗保险费授权书等，到所在地的基层服务机构办理参保手续，按全年缴费标准缴纳本年度基本医疗保险费。其中当年中途新转入江门就读学生还需提供学籍当年转入证明，当年就业转失业人员、按规定领取完失业保险金人员需提供失业证明（含当年《终止（解除）劳动合同证明书》或《失业待遇支付决定书》），当年的退伍军人、刑释人员、户籍新迁入人员需提供当年退伍、刑释或户籍新迁入证明。未参保的困难居民由属地民政、残联部门核实后及时办理参保手续。

第十七条 城乡居民身份参保人变更参保信息或停止参保的，应在规定时间前到指定机构办理。符合参保条件，但未及时办理变

更或停保手续的，将按新一年度缴费标准由社会保险经办机构直接代扣代缴基本医疗保险费。

第十八条 城乡居民身份参保人在基本医疗保险年度内已缴纳的基本医疗保险费不予退还，但已缴交新基本医疗保险年度基本医疗保险费的城乡居民身份参保人，在新基本医疗保险年度开始前发生死亡、户口迁出、转为职工身份参保人、符合终身享受基本医疗保险待遇人员重复参保的除外。

第十九条 以职工身份参加基本医疗保险的，累计缴费年限满足下列情况并达到法定退休年龄后不再缴费，终身享受基本医疗保险待遇：

（一）没有异地职工基本医疗保险（以下简称职工医保）缴费历史转入并满足下列条件的：

1. 2018 年 1 月 1 日前参加过本市职工医保或二档的参保人，达到法定退休年龄后可终身享受待遇的最低累计缴费年限（以下简称最低累计缴费年限）为 20 年（含视同缴费年限）；

2. 2018 年 1 月 1 日后（含 1 月 1 日）在本市首次参加二档（2018 年 1 月 1 日前从未参加过本市职工医保或二档）的参保人，最低累计缴费年限为 25 年（含视同缴费年限）。

（二）有异地职工医保缴费历史转入的（含转出后转回的本市缴费历史），除符合本条第（一）项规定的最低累计缴费年限外，还应同时在本市实际累计缴费年限满 10 年（含视同缴费年限）。

本办法所称视同缴费年限，是指符合国家和省规定的退役军人（是指符合《转发劳动和社会保障部、民政部、财政部关于进一步

落实部分军队退役人员劳动保障政策的通知》（粤劳社发〔2007〕13号）中规定的人员）的视同缴费年限。原职工医保（含原公务员基本医疗保险）的累计缴费年限并入以职工身份参加基本医疗保险的累计缴费年限。

以城乡居民身份参加基本医疗保险的，不累计缴费年限。原城乡居民基本医疗保险（简称城乡医保）的缴费年限不计算累计缴费年限。

第二十条 以职工身份参加过基本医疗保险（包括本市职工医保）或符合条件享受本市企业、机关事业单位养老保险待遇的参保人退休时，其累计缴费年限未达到最低累计缴费年限的，按以下办法缴费：

（一）参保人按办理一次性缴费手续时当年公布的一档、二档最低缴费基数和用人单位一档、二档合计缴费费率计算，一次性补足差额缴费年限的金额后，可按规定享受基本医疗保险待遇。一次性补足差额缴费确有困难的，也可由本人选择在本市职工基本养老保险个人养老金账户中，按每年公布的一档、二档最低缴费基数和用人单位一档、二档合计缴费费率逐月代扣代缴，直至累计缴费年限达到规定的最低累计缴费年限。

（二）参保人未领取职工基本养老金，且个人未选择一次性缴费的，可按每年公布的一档、二档最低缴费基数和一档、二档合计缴费费率（含个人缴费部分）逐月缴费，并享受在职基本医疗保险待遇。

（三）跨统筹地区就业的参保人按国家和省规定的办法缴费。

第二十一条 流动就业人员参加基本医疗保险的，其基本医疗保险关系转移接续依照国家、省有关规定执行。

第三章 基金管理

第二十二条 建立基本医疗保险基金(含一档和二档)，按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，统一筹集、统一管理。基本医疗保险基金纳入市社保基金财政专户管理，并按城乡居民身份参保人(即按年缴费、享受城乡居民财政补助的参保人)、职工身份参保人(即按月缴费、通过地税部门征缴的参保人)及参保人所在行政区域进行分账核算。

第二十三条 各级财政补助资金应纳入当地年度财政预算安排。基本医疗保险的预算按国家有关规定分别制定。按国家、省有关规定统计口径分别对应进行基金统计。

第二十四条 基本医疗保险基金以地级市为统筹单位，统一组织并实施基金预决算。基本医疗保险基金实行统一管理、分账核算、基金收缴和待遇给付分级负责、基金缺口分级负担的市级统筹管理模式。

第二十五条 基本医疗保险基金来源为：

- (一) 基本医疗保险费及其利息；
- (二) 基本医疗保险费滞纳金；
- (三) 基本医疗保险基金合法运营收益；
- (四) 政府补助；

(五) 其他收入。

第二十六条 基本医疗保险基金不予支付的范围：

- (一) 应当从工伤保险、生育保险基金中支付的；
- (二) 应当由第三人负担的；
- (三) 应该由公共卫生负担的；
- (四) 在境外（包括国外或港、澳、台地区）就医的。

第二十七条 建立市级风险储备金制度，市级风险储备金每年按基本医疗保险当期统筹基金总额的 5% 计提，市级风险储备金结余不得超过当期统筹基金收入的 20%。市级风险储备金主要用于各市（区）基金出现收不抵支时调剂使用。基本医疗保险基金收支缺口调剂办法，具体由市人力资源社会保障局和市财政局另行制定。

第二十八条 各市（区）地税部门将实际征收到账的基本医疗保险基金，全额划入市社保基金财政专户。基本医疗保险基金转移收入、利息收入等其它收入，按国家和省有关规定及时划入市社保基金财政专户。

第二十九条 社会保险经办机构应当遵循国家社会保险基金财务制度，规范社会保险财务管理。

第四章 医保待遇

第一节 住院待遇

第三十条 按本市基本医疗保险三个目录核定的住院医疗费用

纳入统筹基金住院待遇报销范围。

第三十一条 一档住院统筹待遇标准如下：

（一）住院报销比例分别为：一级及以下定点医疗机构（含基层定点医疗机构和未定级定点医疗机构，下同）85%；二级定点医疗机构 80%；三级定点医疗机构 55%；非定点医疗机构 40%。

（二）起付标准分别为：一级及以下定点医疗机构 500 元；二级定点医疗机构 600 元；三级定点医疗机构 900 元；非定点医疗机构 1500 元。

（三）基金对参保人在基本医疗保险年度内累计最高支付限额为 20 万元。

第三十二条 以职工身份参加一档的职工退休人员在第三十一条规定的起付标准的基础上降低 100 元，在第三十一条规定的住院报销比例基础上提高 5 个百分点。以职工身份参保的异地安置退休人员 and 单位派驻市外（不含赴港、澳、台地区及出国）工作的职工身份参保人在选定的异地定点医疗机构基金支付比例和起付标准按本市同等医疗机构级别执行。

以城乡居民身份参加基本医疗保险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，基金报销比例提高 10 个百分点。

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。

按规定办理转诊手续（包括在“医联体”内）的住院参保人本次住院连续计算起付标准（上转支付起付标准差额，下转不设起付标准）。

第三十三条 参保人在享受一档住院统筹待遇的基础上，按以下规定享受一档大病保险待遇：

（一）大病保险资金用于支付参保人患大病发生高额医疗费用情况下，需个人负担的符合基本医疗保险政策范围内的医疗费用（下称范围内医疗费用），即在基本医疗保险年度内，参保人住院（含纳入住院标准结算的特定病种，下同）基本医疗保险一档最高支付限额以下的累计自付费用（不含自费和起付标准以内的费用）和基本医疗保险最高支付限额以上的范围内医疗费用（两项费用以下简称自付医疗费用）。

（二）大病保险起赔标准原则上按本市上上年度城乡居民人均可支配收入确定，具体起赔标准由市人力资源社会保障局公布。

（三）参保人超过起赔标准以上、12 万元（含 12 万元）以内的年度累计自付医疗费用（不含起付标准以内的费用，下同），由大病保险赔付 60%；建档立卡的贫困人员、最低生活保障对象超过起赔标准的 30%以上、12 万元（含 12 万元）以内的年度累计自付医疗费用，由大病保险赔付 70%；特困供养人员超过起赔标准的 20%以上、12 万元（含 12 万元）以内的年度累计自付医疗费用，由大病保险赔付 80%。参保人超过 12 万以上的年度累计自付医疗费用，由大病保险赔付 70%；建档立卡的贫困人员、最低生活保障对象超过 12 万以上的年度累计自付医疗费用，由大病保险赔付 80%；特困供养人员超过 12 万以上的年度累计自付医疗费用，由大病保险赔付 90%。

（四）大病保险资金对参保人在基本医疗保险年度内累计最高

赔付限额为 24 万元。其中，建档立卡的贫困人员、最低生活保障对象和特困供养人员不设最高赔付限额。

（五）在非定点医疗机构发生的费用，大病保险赔付比例在本条第（三）项规定标准的基础上降低 10 个百分点。

第三十四条 符合计划生育政策且未参加生育保险的参保人（不含按规定应由单位参加生育保险但单位未参保缴费人员），孕产妇享受住院分娩医疗费用待遇，由基金按第三十一条、第三十二条、第三十三条规定的标准支付，基金支付费用低于 500 元的，按每人每次 500 元支付。

第三十五条 职工身份参保人在享受一档住院统筹待遇（含大病保险待遇）后，按以下标准享受二档住院统筹待遇：

（一）参保人在定点医疗机构住院按以下比例报销：享受一档待遇（含大病保险待遇）后个人年度累计自付范围内医疗费用（不含起付标准以内的费用，下同）在 5000 元（含 5000 元）以内的，由基金支付 50%。个人年度累计自付范围内医疗费用在 5000 元以上、20 万元（含 20 万元）以内的，由基金支付 85%。个人年度累计自付范围内医疗费用超过 20 万元以上的，由基金支付 90%。

（二）在非定点医疗机构发生的费用，基金支付比例在本条第（一）项规定标准的基础上降低 10 个百分点。

（三）基金对参保人在基本医疗保险年度内累计最高支付限额为 20 万元。

第三十六条 以参保人出院日期所属的年度核定最高支付限额。

第三十七条 符合规定的家庭病床、老年病区和日间手术医疗

费用按一档住院统筹待遇、一档大病保险待遇和二档住院统筹待遇标准纳入基金支付范围。

第三十八条 建立最高支付限额与缴费时间挂钩机制。

城乡居民身份参保人（从出生次月 1 日起，12 个月内参加基本医疗保险的新生儿除外），缴费仅 1 年的，对应享受待遇期间其一档住院统筹待遇（含大病保险待遇）的累计最高支付限额降低为原标准的 50%；连续缴费 2 年的，对应享受待遇期间其一档住院统筹待遇（含大病保险待遇）的累计最高支付限额降低为原标准的 70%；连续缴费 2 年以上的，其一档住院统筹待遇（含大病保险待遇）的累计最高支付限额按规定全额享受。

职工身份参保人，连续缴费 1 年（含 12 个月）以内的，对应享受待遇期间其一档、二档住院统筹待遇（含大病保险待遇）的合并累计最高支付限额分别降低为原标准的 50%；连续缴费 1 年以上、2 年（含 24 个月）以内的，对应享受待遇期间其一档、二档住院统筹待遇（含大病保险待遇）的合并累计最高支付限额分别降低为原标准的 70%；连续缴费 2 年以上的，其一档、二档住院统筹待遇（含大病保险待遇）的合并累计最高支付限额按规定全额享受。

第二节 特定病种门诊待遇

第三十九条 按本市基本医疗保险三个目录核定并符合特定病种门诊支付范围的门诊医疗费用纳入统筹基金特定病种门诊待遇报销范围。本市基本医疗保险 28 个特定病种分为以下四类（江门

市基本医疗保险特定病种门诊补助范围和待遇标准详见附件 1):

(一) 一类特定病种 (5 个): 重性精神疾病、恶性肿瘤(放疗、化疗期间)、慢性肾功能不全 (需透析)、器官移植抗排异、造血干细胞移植后 (移植物抗宿主病及感染的治疗)。

(二) 二类特定病种 (3 个): 慢性丙型肝炎 (限聚乙二醇干扰素治疗)、重型 β 地中海贫血、血友病。

(三) 三类特定病种 (4 个): 慢性肾功能不全 (不需透析)、恶性肿瘤 (非放疗化疗期间)、小儿脑性瘫痪 (含 0-3 岁精神运动发育迟缓儿)、艾滋病。

(四) 四类特定病种 (16 个): 冠心病、糖尿病、高血压 II 期以上、精神病 (重性精神疾病除外)、癫痫、帕金森病、肝硬化、类风湿关节炎、肺结核活动期间、再生障碍性贫血、慢性病毒性肝炎 (乙型、丙型, 活动期, 聚乙二醇干扰素治疗慢性丙型肝炎除外)、脑血管疾病后遗症 (脑栓塞脑出血和脑梗塞等疾病引起的后遗症)、珠蛋白生成障碍 (地中海贫血或海洋性贫血, 重型 β 地中海贫血除外)、系统性红斑狼疮、慢性阻塞性肺气肿、儿童孤独症。

第三节 普通门诊统筹待遇

第四十条 按本市基本医疗保险三个目录核定并符合普通门诊统筹支付范围的门诊医疗费用 (含家庭医生签约服务费, 下同) 纳入统筹基金普通门诊统筹待遇报销范围。

第四十一条 一档待遇是指城乡居民身份和职工身份参保人享

受的普通门诊统筹待遇。城乡居民身份参保人和职工身份参保人在选定的基层定点医疗机构普通门诊就医，基金支付比例为 70%，累计每人每年最高支付限额为 180 元。

第四十二条 二档待遇是指职工身份参保人在享受一档待遇的基础上可享受的普通门诊统筹待遇。在选定一家基层定点医疗机构的基础上，可选择一家非基层定点医疗机构作为其普通门诊就医的定点医疗机构（以下简称其他选定医疗机构）。

经基层选定医疗机构转诊后 30 日内在其他选定医疗机构就医的，统筹基金支付比例为 60%；未经转诊直接到其他选定医疗机构就医的，统筹基金支付比例为 50%。

最高支付限额按基层选定医疗机构和其他选定医疗机构两个限额分别享受待遇，基层选定医疗机构和其他选定医疗机构每人每月累计最高支付限额为 35 元（基层选定医疗机构年度最高支付限额共 600 元，其中一档最高支付限额为 180 元，先使用完一档最高支付限额后二档最高支付限额为 420 元，以月度限额计算每月为 35 元）和 40 元（其他选定医疗机构年度最高支付限额 480 元）。

第四十三条 一档当年累计未达到最高支付限额，不能结转下年度使用。二档月度累计支付限额可结转下月使用，但不能跨年度使用。

第四节 个人账户待遇

第四十四条 二档参保人按以下办法划入个人账户：

(一) 在职年龄段参保人按 35 周岁以下 (含 35 周岁)、35 周岁以上至 45 周岁 (含 45 周岁)、45 周岁以上至退休三个年龄段:

1.2017 年 7 月 1 日前已参加本市职工医保的参保人: 2016 年 12 月有个人账户划账记录的职工医保参保人, 按 2016 年 12 月实际个人账户划账金额进行划入; 2016 年 12 月无个人账户划账记录, 以参保人历史个人账户最高划账金额与 2016 年 12 月对应年龄段个人账户最低划入金额进行比较, 按就高的划账金额进行划入。

2.2017 年 7 月 1 日后 (含 7 月 1 日) 首次参加二档 (2017 年 7 月 1 日前从未参加过本市职工医保) 的参保人, 统一按 2016 年 12 月对应年龄段个人账户最低划账金额划入个人账户。

3.2016 年 12 月个人账户对应年龄段最低划入金额分别为: 35 周岁以下 (含 35 周岁) 为 60.20 元; 35 周岁以上至 45 周岁 (含 45 周岁) 为 72.24 元; 45 周岁以上至退休为 84.28 元。

(二) 职工退休人员按以下办法划入个人账户:

1.2018 年 1 月 1 日前参加过本市职工医保或二档且享受个人账户待遇的参保人, 退休后可按规定享受个人账户待遇, 划入比例按最低缴费基数的 3.5%, 逐月划入。

2.2018 年 1 月 1 日后 (含 1 月 1 日) 在本市首次参加二档 (2018 年 1 月 1 日前从未参加过本市职工医保或二档) 的参保人, 退休后不享受个人账户待遇。

第四十五条 与第四十四条规定划账金额对应的实际缴费基数比较, 参保人个人实际缴费基数有提高的, 仍按第四十四条规定的划账金额标准划入个人账户; 有降低的, 按降低后实际缴费基数和

以下实际划账标准重新计算的划账金额划入个人账户：

（一）35 周岁以下（含 35 周岁）为 3.0%，减去大病保险从个人账户中的扣缴部分。

（二）35 周岁以上至 45 周岁（含 45 周岁）为 3.5%，减去大病保险从个人账户中的扣缴部分。

（三）45 周岁以上至退休为 4.0%，减去大病保险从个人账户中的扣缴部分。

当参保人个人缴费部分（一档的 0.5%和二档的 1.5%部分）实际缴费金额高于划账金额时，按个人缴费部分实际缴费金额划入个人账户。

第四十六条 个人账户资金按月划拨。个人账户资金错划的，由社会保险经办机构负责纠正。

第四十七条 个人账户实行实账管理，其资金主要用于个人及其家庭成员看病购药、健康体检，支付住院、门诊医疗费用中个人自付和自费部分，为参保人本人供养直系亲属缴纳以城乡居民身份参加基本医疗保险的个人缴费。

个人账户金额（含利息）为参保人个人所有。参保人死亡后，个人账户余额可以按国家法律规定继承。无继承人的，转入统筹基金账户。

第四十八条 参保人办理了个人账户资金转移或提现核准手续之后，其社保卡医保个人账户余额可通过发卡银行转账或提现给本人。参保人因其他原因未办理或无法办理社保卡的，可申请将个人账户资金划拨至参保人指定的银行账户。提供继承关系证明材料

的，可将个人账户资金划拨至继承人的银行账户。

第四十九条 参保人发生符合本办法第四十七条规定的范围费用时，定点医疗机构、定点零售药店不得推诿拒绝参保人使用个人账户资金支付。任何个人或用人单位不能违规办理个人账户提取现金（参保人已将保险关系转出本市的、退休参保人异地定居或参保人死亡的除外）或挪作他用，不得超规定范围使用。

第五十条 参保人社保卡遗失而未挂失导致其社保卡被冒用的，造成的个人账户资金损失由其本人承担。

第五节 待遇支付管理

第五十一条 集中缴费的城乡居民身份参保人从次年的 1 月 1 日起享受待遇。中途参保的城乡居民身份参保人（新生儿除外）从参保缴费成功的次月 1 日起享受待遇。新生儿从出生次月 1 日起，3 个月内参加基本医疗保险的，从其出生之日起享受待遇，但新生儿享受跨年待遇的，应同时缴纳两年的基本医疗保险费；3 个月后参加基本医疗保险的，从参保缴费成功次月 1 日起享受待遇。

用人单位和职工成功缴费的，从参保缴费成功的次月 1 日起享受待遇。失业人员从领取失业保险金之日的当月 1 日起享受待遇。灵活就业人员（含无雇工的个体工商户和退休后逐月缴费参保的职工退休人员）以职工身份参加基本医疗保险的，从成功缴费的 3 个月后（即第 4 个月 1 日起，下同）按规定享受待遇（个人账户根据缴费或补缴情况按规定逐月划入，下同）。年度内参保人在城乡居

民身份与职工身份之间互转身份连续参保的，一档待遇按规定连续享受不中断；二档待遇从成功缴费的3个月后按规定享受（二档连续缴费的从次月1日起按规定享受待遇），从停止缴费次月1日起停止享受。职工身份参保人（退休后符合条件终身享受基本医疗保险待遇的职工身份参保人除外）从停止缴费次月1日起停止享受待遇。

参保人不得重复参保，不得重复享受待遇。

第五十二条 参保单位和个人发生欠费时，参保人从欠费次月起，停止享受待遇。连续欠费3个月内（含第3个月），补缴欠费或一次性缴费（含补缴欠费）的，欠费期间发生的基本医疗保险待遇（含大病保险待遇，不含普通门诊待遇），由基金按规定的标准予以支付。连续欠费超过3个月的，视为中断，补缴欠费后，欠费期间发生的基本医疗保险待遇（含大病保险待遇，不含个人账户待遇），基金不予支付。中断后，用人单位、职工和失业人员参保的，从重新缴费的次月1日起按规定享受待遇；灵活就业人员（含无雇工的个体工商户和退休后逐月缴费参保的职工退休人员）以职工身份参加基本医疗保险的，从重新缴费的3个月后才可重新按规定享受待遇。

第五十三条 连续欠费3个月（含第3个月）以内缴费的补缴，计入连续缴费时间。连续欠费3个月以上缴费的补缴，不计入连续缴费时间，连续缴费月数从重新缴费当月起计算；参保人在职工身份与城乡居民身份之间互转身份连续参保的，可计算一档连续缴费时间（其中重复参加一档缴费的时间不重复计算连续缴费时间）。原职工医保、原城乡医保的缴费时间计算为基本医疗保险连续缴费

时间。

第五十四条 参保人未按规定办理转诊（含市内转诊）手续、超时办理零星报销手续（超过本办法规定的办理时限，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及本人原因 48 小时内未办理定点医疗机构住院登记等情形，发生的政策范围内住院医疗费用支付比例（含大病保险赔付比例）降低为本办法规定标准的 50%。

定点医疗机构未在 48 小时内为参保人办理住院登记的，按服务协议约定处理。

参保人自出院或特定病种门诊和普通门诊统筹就诊之日起超过 2 年申办零星报销的，社会保险经办机构不予受理。

普通门诊医疗统筹费用不纳入特定病种门诊医疗费用待遇支付范围。参保人住院期间不能同时享受特定病种门诊待遇和普通门诊待遇，因就诊医院无法提供相关检查项目或药品治疗，需到外院检查或治疗的情形除外，但纳入参保人住院医院年度控制总额。

第五十五条 通过省异地就医结算系统与国家异地就医结算信息系统对接，实现跨省异地安置退休人员住院费用的直接结算，逐步扩大到符合转诊规定人员的异地就医住院医疗费用直接结算，其基本医疗保险药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准执行就医地政策，统筹基金的起付标准、支付比例和最高支付限额按本办法执行。

第五十六条 参保人对基本医疗保险待遇给付有异议的，可向社会保险经办机构或定点医疗机构查询、反映，或向社会保险行政部门投诉。

第五章 大病保险管理

第五十七条 大病保险按照市级统筹的原则，实行筹资标准、待遇水平、招标方式、保险赔付、资金管理“五统一”。大病保险可根据筹资、管理和保障需求，逐步提高保障能力。

第五十八条 大病保险基本用药范围、诊疗项目支付范围、医疗服务设施支付范围、定点服务机构管理、参保人就医管理、待遇支付（含先行支付）管理等办法统一按本市基本医疗保险相关规定执行。

第五十九条 大病保险筹资标准按公开招标结果及市政府批准的调整意见执行。

第六十条 大病保险资金主要用于支付大病保险规定的费用。无个人账户的职工身份参保人，其大病保险资金由基本医疗保险统筹基金（含累计结余）全额承担，有个人账户的职工身份参保人大病保险资金由基本医疗保险统筹基金（含累计结余）和个人账户共同负担（其中，个人账户负担部分在职人员按 2016 年 12 月最低缴费基数 0.5%，退休人员按当年最低缴费基数 0.5% 逐月计算）。

城乡居民身份参保人大病保险资金从基本医疗保险基金（含累计结余）中筹集。大病保险资金按基本医疗保险参保人数和筹资标准统一从基本医疗保险基金中划入。

年度内，大病保险资金出现不足支付大病保险规定的费用时，从基本医疗保险统筹基金划入补足；大病保险资金支付大病保险规定的费用后剩余的部分，划回基本医疗保险统筹基金。

第六十一条 市社保局应与中标或按规定确定的商业保险机构签订承办大病保险合同，明确双方的权利和责任，合理确定筹资及保障水平，依法建立质量保证机制，规范退出流程。

第六十二条 本市大病保险遵循收支平衡、保本微利的原则，合理控制中标的商业保险机构盈利率。大病保险资金实行专户管理，专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。

第六章 就医管理

第一节 普通住院

第六十三条 普通住院是指参保人在参保期限内因疾病、意外事故（含符合计划生育政策未参加生育保险的参保人生育或终止妊娠）在医疗机构住院的。

第六十四条 参保人住院时间跨年度的，按参保人实际出院日期的年度享受相应待遇。

第六十五条 参保人住院时应服从医疗机构医务人员安排，积极配合治疗。参保人未经批准擅自离院的，或办理住院手续 24 小时内又办理出院手续的（纳入我市基本医疗保险按病种付费日间手术管理的、病情危重需转院或抢救无效死亡除外），不作住院处理，不纳入住院费用结算范围，可纳入特定病种门诊或普通门诊统筹医疗费用范围按规定结算。

参保人住院治疗终结可以出院但仍不出院的，经医疗机构鉴

定，被确认治疗终结成立，从终结之日起，参保人所发生的住院医疗费用由本人自理。社会保险经办机构对鉴定结论提出异议的，经医疗专家组重新鉴定后才能支付医疗费用。

第六十六条 住院医疗费用按以下办法进行结算：

（一）参保人在已建立基本医疗保险实时结算的医疗机构住院，出院时医疗机构应按参保人所享受基本医疗保险待遇有关规定进行结算，收取参保人个人应支付费用（含起付标准的费用、起付标准以上自付部分的费用、超出最高支付限额部分的费用和自费费用等基金不负责支付的费用），其余的医疗费用（含基本医疗保险基金、大病保险资金等支付的费用），由医疗机构与社会保险经办机构按有关规定办法结算。

（二）参保人在未建立基本医疗保险实时结算的医疗机构住院就医的，所发生的医疗费用，需由个人现金垫付后，自出院之日起2个月内持以下资料，到参保所在地社会保险经办机构办理待遇审核手续，参保人医疗费用零星报销后通过转账划入本人社保卡金融账户：

1.身份证（原件和复印件；委托代理人办理的，还应提供代理人身份证原件和复印件）；

2.社保卡（原件和复印件；因社保卡未制发或遗失的，应提供已申请办理社保卡的银行回执、本人银行卡或本人结算户存折；按规定无法办理社保卡的，转账划入指定账户）；

3.医院病历或出院小结；

4.疾病诊断证明书；

- 5.医技类检查诊断报告（如 CT、MRI 等）；
- 6.当次收费汇总清单（明细表）；
- 7.法定的医疗机构住院收费收据；
- 8.其他相关资料。

第六十七条 参保人在定点医疗机构就医的，应在入院后 48 小时内向定点医疗机构出示身份证和社保卡（在社保卡制发前，参保人可直接凭身份证等相关证件，未成年人同时要提供户口簿、监护人身份证），办理基本医疗保险住院登记手续。

第六十八条 参保人市内转诊的，按以下规定执行：

（一）市内转诊的适用范围为：新会、台山、开平、鹤山、恩平五市（区）因病情复杂、危重，经当地定点医疗机构诊疗，无法确诊或不具备诊疗救治条件的，且本地高级别医院因技术和设备条件不能确诊的疑难病症需转市直三级定点医疗机构诊疗的参保人（在蓬江区、江海区两区长期居住的退休职工身份参保人，或单位派驻在蓬江区、江海区两区工作的职工身份参保人，或急诊、抢救住院的参保人除外）。

（二）参保人在本市内转院的，应由定点医疗机构填写转诊审核表，通过信息系统上报社会保险经办机构备案。特殊危急病情，经定点医疗机构相关科室批准后先行转院，并自转院之日起 5 个工作日内由定点医疗机构通过信息系统补上报备案。因定点医疗机构原因超时办理备案而造成的参保人损失，由定点医疗机构负责。

（三）参保人转出前应 与转出医院结清所发生的住院医疗费用。如未按上述规定结清转出医院医疗费用而造成与转入医院发生

重叠时间的医疗费用，转出医院重叠时间发生的医疗费用基金不予支付。

（四）出院时定点医疗机构应按参保人所享受基本医疗保险待遇有关规定进行结算，收取参保人个人应支付费用（含起付标准的费用、起付标准以上自付部分的费用、超出最高支付限额部分的费用和自费费用等基金不负责支付的费用），其余的医疗费用（含基本医疗保险基金、大病保险资金等支付的费用），由定点医疗机构与社会保险经办机构结算。

第六十九条 市内非定点医疗机构就医，按以下规定执行：

（一）参保人在本市期间因急诊、抢救住院的，基金按规定予以支付。非急诊、抢救在市内非定点医疗机构住院的，基金不予支付。

（二）参保人在非定点医疗机构住院治疗的，应在入院之日起5个工作日内，由参保人或亲属到参保所在地社会保险经办机构办理非定点医疗机构的住院备案手续。

（三）参保人在非定点医疗机构住院期间病情稳定可以转院的，应转本地定点医疗机构治疗。需继续转往非定点医疗机构的，应由首次收治医疗机构出具转院证明。

（四）参保人按规定办理非定点医疗机构住院备案手续后，住院医疗费用结算按规定执行。

第七十条 市外异地就医，按以下规定执行：

（一）市外异地就医包括下列适用范围：

1.异地安置退休人员（仅限职工身份参保人，应提供居住地的居住证明）。

2.参保用人单位派驻市外（不含赴港、澳、台地区及出国）异地机构工作的职工身份参保人（应提供用人单位派驻证明）。

3.在市外长期居住的参保人（同一地连续居住达6个月以上，应提供居住地的居住证明）。

4.因工出差、旅游、探亲、及学生休假、休学、实习等原因离开本市（不含赴港、澳、台地区及出国）期间患急病住院的参保人。

5.病情复杂、危重，经当地二级以上（含二级）定点医疗机构（专科医院除外）诊疗，无法确诊或不具备诊疗救治条件的，且本地最高级别医院因技术和设备条件不能确诊的疑难病症需市外转院诊疗的参保人。

（二）具体住院程序如下：

1.符合本条第（一）项范围第1目和第2目的参保人可在居住地或工作所在地选定一至两家异地社会保险经办机构确定的定点医疗机构作为参保人异地定点医疗机构，填报基本医疗保险异地就医医疗机构申请表，经异地社会保险经办机构审核确认后，持社保卡和基本医疗保险异地就医医疗机构申请表回参保所在地社会保险经办机构办理报备手续。

2.符合本条第（一）项范围第3目和第4目的参保人在市外医疗机构住院治疗的，应在入院之日起5个工作日内，由参保人或亲属到参保所在地社会保险经办机构办理异地就医住院备案手续。参保人在市外医疗机构住院期间病情稳定可以转院的，应转本地定点医疗机构治疗。需继续转往市外医疗机构的，应由首次收治医疗机构出具转院证明。

3.符合本条第（一）项范围第5目的参保人需办理市外转院手续，由定点医疗机构提出申请，填写基本医疗保险市外转院申请表，经定点医疗机构相关科室审核后盖章，由定点医疗机构通过信息系统上报社会保险经办机构核准后转院。特殊危急病情，经定点医疗机构相关科室批准后先行转院，并自转院之日起5个工作日内由定点医疗机构通过信息系统补上报备案。因定点医疗机构原因超时办理备案而造成的参保人损失，由定点医疗机构负责。经批准在市外医疗机构住院的时间一般不超过60天，超过的应凭收治医疗机构的有关证明经社会保险经办机构同意并办理延期手续。

4.参保人转出前应与转出医院结清所发生的住院医疗费用。如未按上述规定结清转出医院医疗费用而造成与转入医院发生重叠时间的医疗费用，转出医院重叠时间发生的医疗费用基金不予支付。

（三）住院医疗费用按以下办法结算：

1.已纳入异地就医结算平台的市外医疗机构可直接结算住院医疗费用。

2.未纳入异地就医结算平台的市外医疗机构发生的住院医疗费用，需由参保人个人现金垫付后，自出院之日起2个月内持第六十六条第（二）项规定的资料，到参保所在地社会保险经办机构办理待遇审核手续。

第二节 家庭病床

第七十一条 家庭病床是医疗机构符合为患者在家庭设置病床

治疗的条件下，根据治疗、护理的需要在患者家庭开设的系统治疗型病床，对患者进行检查、治疗和护理。

第七十二条 参保人申请开设家庭病床应同时具备以下条件：

（一）符合以下疾病情况之一，且诊断明确、适合居家并需要医护人员定期上门实施治疗和护理，有近两年来二级及以上医疗机构的住院或门诊诊疗记录的：

- 1.慢性阻塞性肺疾病急性发作；
- 2.恶性肿瘤晚期（放疗、化疗、热疗除外）；
- 3.脑血管意外瘫痪康复期、重度老年痴呆、帕金森氏综合症生活不能自理；
- 4.需长期卧床休息的骨折（仅限股骨颈骨折、股骨头坏死或股骨头置换术后，髌关节骨折或置换术后）；
- 5.慢性心功能不全三级以上疾病；
- 6.慢性多器官功能衰竭；
- 7.肝硬化失代偿期；
- 8.长期卧床并发肺部感染或褥疮；
- 9.在家进行腹膜透析的尿毒症；
- 10.长期留置导尿管的重度尿路梗阻性疾病。

（二）参保人体弱行动不便，长期卧床，到医疗机构连续就诊有困难，并存在生活部分不能自理的（指中度及中度以上功能障碍）才可建床。

（三）家中至少有一名监护人或委托监护人，与建床医疗机构保持随时联系，并能协助医生、护士对参保人进行相关护理。

(四) 由家庭病床定点医疗机构开设家庭病床。

第七十三条 经参保人本人或家属提出申请，家庭病床定点医疗机构主诊医师通过基本医疗保险实时结算信息系统上传参保人病情、临床诊断等办理家庭病床申请备案的相关信息，发送社会保险经办机构审批后，可设立家庭病床。

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，二、三级定点医疗机构应填写转诊审核表，经定点医疗机构相关科室审核，并通过信息系统上报社会保险经办机构备案。报社会保险经办机构备案后，可减免其家庭病床治疗的起付标准。经批准符合开设家庭病床资格的定点医疗机构应严格按照规定，严把家庭病床准入条件关。

第七十四条 家庭病床定点医疗机构为符合条件的参保人办理家庭病床建床手续时，参保人按第七十三条规定申请时还应提交近两年来二级及以上医疗机构开具的相关疾病诊断证明及相关病历、检查报告等资料。

家庭病床定点医疗机构为参保人办理家庭病床建床手续时，应对参保人进行生活能力评定，并填写《江门市基本医疗保险家庭病床日常生活能力评定量表》。

第七十五条 基本医疗保险年度内参保人可申请建床 2 次。需增加建床次数的，由属地社会保险经办机构聘请 3 个或 5 个医疗专家组成医疗专家组（聘请医疗专家费用可按规定申请纳入政府购买服务项目）会审后方可建床，每人每年建床次数最多不得超过 3 次。家庭病床与老年病区互转的，应经医疗专家组会审。

定点医疗机构应当为参保人提供合理、必要的医疗服务。定点医疗机构开设家庭病床，每个治疗周期最长不得超过 90 天，超过期限需继续治疗的，应按本办法重新申请办理。建床时，定点医疗机构详细告知参保人（或家属）建床手续、服务内容、参保人及家属责任、查床及诊疗基本方案、收费和可能发生意外情况等事项，发给家庭病床建床告知书，指导参保人（或家属）按规定办理建床手续，并签订家庭病床服务协议书。定点医疗机构对参保人访视时，应详细询问建床参保人病情，进行必要的检查、诊断，合理制订治疗计划，并按规定进行病历记录。

第七十六条 家庭病床按以下程序撤床：

（一）具备以下条件之一者，应办理撤床：

- 1.经治疗疾病得到治愈；
- 2.经治疗及康复后病情稳定或好转，可停止或间歇治疗；
- 3.病情变化，受家庭病床服务条件限制，需转诊至医院进一步诊治；
- 4.参保人死亡；
- 5.参保人由于各种原因自行要求停止治疗或撤床。

（二）责任医师应开具家庭病床撤床证，指导参保人（或家属）按规定办理撤床手续，并书写撤床记录。建床参保人（或家属）要求停止治疗或撤床的，责任医师应将该情况记录在撤床记录中，经参保人（或家属）签字后办理撤床手续。撤床后，家庭病床病历归入参保人病史定点医疗机构一并保存，并按病历存档要求进行存档保管，完整保存家庭病床档案 2 年以上。

第七十七条 设立家庭病床期间，门诊、特殊病种门诊和日间手术治疗所发生的医疗费用，基本医疗保险基金不予支付。

第七十八条 家庭病床的诊疗应严格执行基本医疗保险有关规定，设立家庭病床期间参保人不得同时在任何医疗机构住院治疗，如因病情需要转入医疗机构住院的，应及时办理撤去家庭病床结算手续，发生重复住院医疗费用的基金不予支付。

第三节 老年病区

第七十九条 参保人在定点医疗机构老年病区（老年病区是指经卫生行政部门核准设立的老年病住院病区）接受住院治疗发生的医疗费用，应同时符合以下条件，方可纳入特定人群周期性结算：

- （一）年龄为 60 周岁（含 60 周岁）以上；
- （二）病情达到住院条件；
- （三）生活重度和完全不能自理（指重度功能障碍，评价指标按《江门市基本医疗保险老年病区日常生活能力评定量表》）；
- （四）属于以下情形之一：
 1. 因病情需长期保留胃管、气管套管、胆道外引流管、造瘘管、深静脉置管等各种管道的；
 2. 需要长期依靠呼吸机等医疗设备维持生命体征的；
 3. 因各种原因导致昏迷，短期住院治疗不能好转的；
 4. 患各种严重慢性病且瘫痪的；
 5. 医疗专家组会审同意的其他情形（医疗专家组由各级社会保

险经办机构负责组织，聘请医疗专家的费用可按规定在聘请医学专家费用中列支或纳入政府购买服务中）。

第八十条 符合以下情形之一的参保人可停止老年病区结算方式并办理费用结算手续：

- （一）经治疗疾病得到治愈；
- （二）经治疗及康复后病情稳定或好转，可停止或间歇治疗；
- （三）病情变化，受定点医疗机构服务条件限制，需转医院进一步治疗；
- （四）参保人死亡；
- （五）参保人自行要求停止治疗或出院。

第四节 特定病种门诊

第八十一条 特定病种门诊严格按照江门市基本医疗保险特定病种认定标准执行，具体认定标准由市人力资源社会保障局会同市卫生计生局制定并公布执行。

第八十二条 特定病种门诊待遇按以下办法申请：

（一）参保人办理特定病种门诊待遇申请手续，应先到二级以上（含二级）医疗机构填写《江门市基本医疗保险特定病种门诊专用证登记表》（以下简称《特病专用证登记表》），经医疗机构相关科室确认盖章后，持以下资料到社会保险经办机构办理登记审核手续：

1. 《特病专用证登记表》；

- 2.病历资料或出院小结；
- 3.检查报告结果原件及复印件；
- 4.二级以上（含二级）医疗机构出具的相关病种疾病诊断证明原件；
- 5.近期 1 寸免冠照片一张；
- 6.身份证（原件和复印件；委托代理人办理的，还应提供代理人身份证原件和复印件）；
- 7.社保卡（原件和复印件）。

（二）精神病（重性精神疾病除外）、肺结核活动期间的参保人需在专科医院鉴定，其中肺结核活动期间的参保人由肺结核专科防治门诊定点医院代办。

（三）艾滋病参保人申请办理特定病种门诊待遇手续，应先到所属疾病预防控制中心的艾滋病防控部门统一申请，取得疾病预防控制中心出具的诊断证明（加盖公章）后，由疾病预防控制中心持本条第（一）项规定的其他资料到参保所在地社会保险经办机构统一代办登记。

（四）重性精神疾病参保人申请办理特定病种门诊待遇手续，由参保人或家属向本市精神卫生医疗机构（江门市第三人民医院、新会区第三人民医院、开平市第三人民医院、台山市斗山镇中心卫生院、台山市慢性病防治站、鹤山市慢性病防治站、恩平市慢性病防治站）提出，精神卫生医疗机构代参保人向参保所在地社会保险经办机构提交本条第（一）项规定的资料申请办理，其中，《特病专用证登记表》需经 2 名精神科执业医师签名，疾病诊断证明原件

需加盖精神卫生医疗机构公章。

符合前款条件的，发给《特定病种门诊专用证》（以下简称《专用证》）。《专用证》从批准之日起生效，参保人享受特定病种门诊相关待遇。

第八十三条 特定病种专用证按以下办法年审：

（一）年审病种：恶性肿瘤（放疗、化疗期间）、慢性肾功能不全（需透析）、肺结核活动期间、小儿脑性瘫痪（含 0-3 岁精神运动发育迟缓儿童）、造血干细胞移植后（移植物抗宿主病及感染的治疗）、慢性丙型肝炎（限聚乙二醇干扰素治疗）。

（二）除慢性丙型肝炎（限聚乙二醇干扰素治疗）外的本条第（一）项特定病种参保人或代办人应于每年 12 月携带《专用证》、近半年病历或清单、近期检查检验单及疾病证明书等相关资料到参保所在地社会保险经办机构办理年审手续，其中肺结核活动期间的年审由肺结核专科防治门诊定点医院代办。7 至 12 月首次申请办理《专用证》的参保人，当年不需办理年审手续。年审未达到特定病种的认定标准或未按规定年审的，从次月起暂停享受特定病种门诊相关待遇资格。补审后符合条件的，可继续享受待遇。

（三）慢性丙型肝炎（限聚乙二醇干扰素治疗）参保人第一疗程最长期限为 48 周。满 48 周后的 30 天内，参保人要携带《专用证》、近 48 周病历、以及经治疗后检验有应答的相关检查资料（包括就诊定点医院就诊责任医师出具的符合延期治疗的证明，并经定点医院相关科室审核确认及加盖印章），到参保所在地社会保险经办机构办理疗程延期审批手续，通过审批的可再延续聚乙

二醇干扰素治疗方案至 72 周。未通过审批或未按规定办理审批的，以及聚乙二醇干扰素治疗方案已达到 72 周的，参保人需携带《专用证》、《特病专用证登记表》和特定病种相关的申请资料到参保所在地社会保险经办机构办理特定病种门诊变更手续，并按规定标准享受相关待遇，治愈者除外；未按规定办理特定病种门诊变更手续的，暂停参保人特定病种门诊相关待遇，待办理变更手续后，再补发相关待遇。

第八十四条 特定病种用药及诊疗项目范围严格按照基本医疗保险特定病种用药及诊疗项目范围执行。凡不在范围内的费用，基金不予支付。江门市基本医疗保险特定病种用药及诊疗项目范围由市人力资源社会保障局另行制定。

第八十五条 参保人在未建立基本医疗保险实时结算的医疗机构特定病种门诊就医的，所发生的医疗费用，需由个人现金垫付后，在 2 年内持以下资料，到参保所在地社会保险经办机构办理待遇审核手续：

（一）身份证（原件和复印件；委托代理人办理的，还应提供代理人身份证原件和复印件）；

（二）社保卡（原件和复印件；因社保卡未制发或遗失的，应提供已申请办理社保卡的银行回执、本人银行卡或本人结算户存折；按规定无法办理社保卡的，转账划入指定账户）；

（三）《专用证》；

（四）法定的医疗机构门诊收费收据；

（五）当次收费汇总清单（明细表）；

(六) 医技类费用 (如 CT、MRI 等) 检查诊断报告;

(七) 其他相关资料。

第八十六条 特定病种门诊医疗费用不纳入普通门诊医疗费用统筹待遇支付范围。参保人在享受特定病种门诊待遇有效期内住院的, 住院期间不能享受特定病种门诊待遇。

第五节 普通门诊

第八十七条 普通门诊是指利用普通门诊统筹基金解决参保人基本医疗保险特定病种门诊以外的门诊诊疗。普通门诊统筹保障普通门诊基本医疗需求, 重点解决参保人常见病、多发病、慢性病门诊医疗部分费用。

第八十八条 参保人可持社保卡或身份证, 通过社保自助服务终端机、市社保局网站、相关社保服务应用, 或到定点医疗机构、本市各级社会保险经办机构等办理普通门诊定点选点手续。暂未有身份证号的新生儿可用参保号进行普通门诊定点选点。

经核准办理了异地长期居住的参保人, 不能再办理门诊定点机构的选定和登记。

第八十九条 参保人门诊定点机构选定后, 基本医疗保险年度内不得变更。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。未选定门诊定点机构或在非选定的医疗机构就医的, 不能享受普通门诊统筹待遇。未办理变更手续的, 视为继续选定原门诊定点机构。

第九十条 符合本办法第七十条第（一）项第 1 目和第 2 目规定并办理了异地定点医疗机构报备手续的参保人，在其选定的医疗机构每年发生的门诊医疗费用，在 2 年内由本人或委托代理人到社会保险经办机构按规定办理报销手续（按选定的医疗机构级别对应的最高支付限额和报销比例）。其他异地门诊费用不予报销。

第九十一条 参保人在门诊定点机构就诊，应出示本人社保卡和身份证等相关证件（在社保卡制发前，参保人可直接凭身份证或户口簿等相关证件）进行费用结算。参保人在所选定的门诊定点机构就诊时，门诊定点机构应按有关规定收取参保人个人应支付费用，其余的范围内医疗费用，由门诊定点机构与社会保险经办机构按本办法规定结算。

第九十二条 普通门诊统筹待遇支付范围统一按照基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施项目范围和支付标准规定执行，其中药品目录统一使用省规定的基本医疗保险门诊统筹用药范围。

第七章 结算管理

第九十三条 基本医疗保险医疗费用结算严格按照“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，结合基金收支预算管理，实施总额控制，实行多元复合式医保支付方式，建立合理适度的“结余留用、超支分担”的激励约束机制。基本医疗保险结算管理办法由市人力资源社会保障局会同市财政局、市卫生计生局另行制定。

第九十四条 社会保险经办机构与定点医疗机构的医疗费用结

算，实行定点医疗机构属地结算的原则，即由定点医疗机构所在地的社会保险经办机构与其结算医疗费用。

第八章 定点医药机构协议管理

第九十五条 建立定点医疗机构和定点零售药店协议管理制度，社会保险经办机构根据管理服务的需要，可以与医疗机构、药品经营单位签订服务协议，规范医疗服务行为。基本医疗保险定点医药机构协议管理办法由市人力资源社会保障局另行制定。

第九十六条 定点医疗机构是指与社会保险经办机构签订服务协议，为基本医疗保险参保人提供医疗服务的医疗机构。定点医疗机构应当为参保人提供合理、必要的医疗服务。社会保险经办机构有权到定点医疗机构检查或提取医疗处方、收费凭证等与基本医疗保险有关的原始和复印资料，定点医疗机构应当配合。

定点零售药店是指与社会保险经办机构签订服务协议，为基本医疗保险参保人提供处方外配和非处方药购买服务的零售药店。

第九章 医保目录管理

第一节 药品目录

第九十七条 本市基本医疗保险用药范围统一按广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录的规定执行。

第九十八条 使用“乙类目录”的药品所发生的费用，先由参保人个人支付 10% 的费用，再按基本医疗保险的规定支付。个人支付部分不纳入基本医疗保险报销范围。

第九十九条 定点医疗机构医院制剂应报江门市人力资源和社会保障部门批准后纳入基本医疗保险乙类药品目录范围。未经批准的，基本医疗保险基金不予支付。

第二节 诊疗项目

第一百条 基本医疗保险诊疗项目是指符合以下条件的各种医疗技术劳务项目和采用医疗仪器、设备与医用材料进行诊断、治疗的项目：

- （一）临床必需、安全有效、费用适宜的诊疗项目；
- （二）由物价部门制定收费标准的诊疗项目；
- （三）由定点医疗机构为参保人提供的定点医疗服务范围内的诊疗项目。

第一百零一条 基本医疗保险诊疗项目按国家和省有关规定执行。基本医疗保险基金不予支付费用的诊疗项目详见附件 2，支付部分费用的诊疗项目详见附件 3。基本医疗保险基金支付部分费用的诊疗项目，由参保人按规定比例支付部分费用后，再按基本医疗保险的规定支付，个人支付部分不纳入基本医疗保险报销范围。

第三节 服务设施

第一百零二条 基本医疗保险医疗服务设施是指定点医疗机构提供，基本医疗保险基金能够承受，参保人在接受诊断、治疗和护理过程中所必需的生活服务设施。

第一百零三条 基本医疗保险医疗服务设施范围主要包括住院床位费。对已包含在住院床位费中的日常生活用品、院内运输用品和水、电等费用，基本医疗保险基金不另行支付，各定点医疗机构也不得再向参保人单独收费。

第一百零四条 参保人住院期间的实际床位费低于基本医疗保险住院床位费支付标准的，由基本医疗保险基金按床位费据实支付；高于基本医疗保险住院床位费支付标准的，在支付标准以内的费用，由基本医疗保险基金按规定的标准支付，超出部分由参保人自付。基本医疗保险基金不予支付的生活服务项目和服务设施费用详见附件 4。基本医疗保险基金支付住院床位费标准为每日按 35 元计算，不足 35 元的按实际发生额计算。

第十章 法律责任

第一百零五条 参保人有违反基本医疗保险规定下列情形之一的，社会保险经办机构报社会保险行政部门依法查处，由社会保险行政部门按《中华人民共和国社会保险法》规定责令退回骗取的社会保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款：

（一）冒用他人医保凭证（社保卡或就医证明）看病购药造成医保统筹基金损失的；

（二）将本人的医保凭证借给他人冒充住院使用的；

（三）通过伪造、涂改、损毁病历、处方、疾病诊断证明、医疗费用票据等手段，骗取与本人疾病不符、与基本医疗保险制度规定不符的医疗待遇的；

（四）参保人员与定点服务机构执业医师（药师）共同采取报销票据作假、处方作假等方式骗取医保待遇的；

（五）隐瞒事实向医疗机构或零售药店提供医保凭证骗取医保待遇的；

（六）通过以药易药、以药易物、以药易检查（或诊疗）或倒卖药品等方式骗取医保待遇的；

（七）其他以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇的情形。

第一百零六条 用人单位和职工不得拖欠基本医疗保险费。用人单位未按照规定为职工办理基本医疗保险登记或者未按时足额缴纳基本医疗保险费的，依照《中华人民共和国社会保险法》有关规定处理；造成职工不能享受基本医疗保险待遇的，由用人单位按照相关法律法规向职工予以赔偿。

第一百零七条 定点医疗机构违反规定造成不合理医疗费用开支的，由社会保险经办机构按服务协议规定处理。定点医疗机构及其医务人员违反国家卫生计生部门制定的诊疗规范，串通病人捏造病历资料和检查资料、串换药品、非法套取基本医疗保险基金的，

由社会保险经办机构依法追回违规取得的基本医疗保险基金，并由相关部门视情节轻重责令其整改、通报批评，直至追究有关法律责任。

第一百零八条 社会保险经办机构以及医疗机构、药品经营单位等社会保险服务机构和承办基本医疗保险业务的商业保险机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险基金支出的，由社会保险行政部门责令退回骗取的基本医疗保险金，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，依法吊销其执业资格；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第一百零九条 社会保险行政部门和其他有关行政部门、社会保险经办机构、社会保险费征收机构及其工作人员在基本医疗保险管理、监督工作中不履行职责或不正确履行职责的，依法追究行政责任；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第十一章 附 则

第一百一十条 市社保局根据本办法制定基本医疗保险经办规程，可根据实际情况对本办法中基本医疗保险经办方面的相关内容作出具体规定。

第一百一十一条 用人单位可为参保人建立补充医疗保险，建立多层次的医疗保障，提高医疗保障水平。机关、事业单位公务员医疗补助具体办法由各地结合当地实际制定。

第一百一十二条 困难企业职工退休人员和按不设置个人账户办理一次性缴费的参保人，可享受本办法规定的住院医疗费用统筹、大病保险、普通门诊医疗费用统筹和特定病种门诊医疗费用补助待遇，不享受个人账户待遇。

原已经终身享受职工医保待遇的参保人，可按规定终身享受一档、二档相应待遇。

第一百一十三条 因突发性疾病、流行性疾病和自然灾害等因素造成急、危、重病人剧增，导致基金支出大幅增加时，根据国家、省、市有关规定，由当地政府协调解决。

第一百一十四条 本办法中“各市（区）”是指江门市下属各县级市和区；灵活就业人员是指本市户籍的 16 周岁以上、且未达到法定退休年龄，以非全日制、临时性或弹性工作等灵活方式就业的人员（在校学生和已在外地参保的除外）。

医疗费用零星报销是指参保人由于各种原因未能在定点医疗机构直接实时结算，需要先行垫付医疗费用，出院后到参保所在地社会保险经办机构申请报销医疗费用的情况。

第一百一十五条 本办法自 2018 年 1 月 1 日起施行。《印发江门市基本医疗保险试行办法的通知》（江府〔2000〕21 号）、《印发江门市基本医疗保险实施细则的通知》（江府〔2000〕22 号）、《印发江门市城乡居民基本医疗保险暂行办法的通知》（江府〔2010〕16 号）、《印发江门市城镇职工基本医疗保险市级统筹工作方案的通知》（江府办〔2010〕107 号）、《关于印发江门市基本医疗保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施项目范围和支付标准管理办法

的通知》（江人社发〔2010〕728号）、《关于印发江门市基本医疗保险就医管理办法的通知》（江人社发〔2010〕730号）从2018年1月1日起废止。

- 附件：1.江门市基本医疗保险特定病种门诊补助范围和待遇标准
- 2.江门市基本医疗保险基金不予支付费用的诊疗项目
- 3.江门市基本医疗保险基金支付部分费用的诊疗项目
- 4.江门市基本医疗保险基金不予支付的生活服务项目和服务设施费用

附件 1

江门市基本医疗保险特定病种门诊补助
范围和待遇标准

序号	特定病种类别	特定病种范围	一档		二档	
			基金累计支付限额	基金支付比例	基金累计支付限额	基金支付比例
1	一类	重性精神疾病	按住院费用结算方式由基金按规定支付，不设起付标准。		在一档的基础上，按住院费用结算方式由基金按规定支付。	
2		恶性肿瘤(放疗、化疗期间)				
3		慢性肾功能不全（需透析）				
4		器官移植抗排异				
5		造血干细胞移植后（移植物抗宿主病及感染的治疗）				
6	二类	慢性丙型肝炎（限聚乙二醇干扰素治疗）	2500 元/月	1.本市一级及以下定点医疗机构基金支付比例为60%。 2.其他定点医疗机构基金支付比例为50%。 3.非定点医疗机构基金支付比例为30%。	900 元/月	在一档待遇支付的基础上，剩余范围内医疗费用，基金支付比例60%。
7		重型β地中海贫血				
8		血友病				
9	三类	慢性肾功能不全（不需透析）	240 元/月		960 元/月	
10		恶性肿瘤（非放疗化疗期间）				
11		小儿脑性瘫痪（含0-3岁精神运动发育迟缓儿）				
12		艾滋病				
13	四类	冠心病	180 元/月	100 元/月		
14		糖尿病				
15		高血压Ⅱ期以上				
16		精神病（重性精神疾病除外）				
17		癫痫				
18		帕金森病				
19		肝硬化				
20		类风湿关节炎				
21		肺结核活动期间				
22		再生障碍性贫血				

序号	特定病种类别	特定病种范围	一档		二档	
			基金累计支付限额	基金支付比例	基金累计支付限额	基金支付比例
23	四类	慢性病毒性肝炎（乙型、丙型，活动期，聚乙二醇干扰素治疗慢性丙型肝炎除外）	180 元/月	1.本市一级及以下定点医疗机构基金支付比例为60%。 2.其他定点医疗机构基金支付比例为50%。 3.非定点医疗机构基金支付比例为30%。	100 元/月	在一档待遇支付的基础上，剩余范围内医疗费用，基金支付比例60%。
24		脑血管疾病后遗症（脑栓塞脑出血和脑梗塞等疾病引起的后遗症）				
25		珠蛋白生成障碍（地中海贫血或海洋性贫血,重型β地中海贫血除外）				
26		系统性红斑狼疮				
27		慢性阻塞性肺气肿				
28		儿童孤独症				

说明：

- 1.上表“基金累计支付限额”是指特定病种门诊医疗费用月度实际基金支付累计额。
- 2.一档或二档患有两个或两个以上特定病种的，取较高病种月支付限额并增加 60 元。
- 3.当月累计最高支付限额，均不能结转下月使用。
- 4.特困供养人员城乡居民身份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）。

5.其中“小儿脑性瘫痪（含 0-3 岁精神运动发育迟缓儿）”和“儿童孤独症”仅限城乡居民身份参保人。

6.其中“肺结核”应在我市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（重性精神疾病除外）应在精神专科门诊定点医疗机构或定点综合医院精神专科就诊，基金才予以支付；重性精神疾病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非定点医疗机构就诊的，基金才予以支付。

7.慢性丙型肝炎（限聚乙二醇干扰素治疗）参保人只能选择本市符合条件的定点医疗机构进行门诊就诊。我市基本医疗保险慢性丙型肝炎（限聚乙二醇干扰素治疗）定点医疗机构有江门市中心医院、江门市五邑中医院、江门市人民医院、开平市中心医院和恩平市人民医院。

8.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月 2000 元，基金支付比例为 80%，二档在一档基础上每人每月增加 400 元。

附件 2

江门市基本医疗保险基金不予支付费用的 诊疗项目

一、服务项目类

（一）挂号费、病历工本费、各项资料费及资料复制费等。

（二）专家门诊诊金费、各种特诊费、出诊费、巡诊费、院内外会诊费、检查治疗加急费、加班费、自请特别护士费、陪护费、护工费、陪人床位费、家庭医疗保健服务、优质优价费等特需医疗服务（如：点名手术、点时手术、点名会诊、点名检查、点名护理、特殊病房费等）的有关费用等。

二、非疾病治疗项目类

（一）各种美容、健美项目以及非功能性整容、矫形手术等所发生的检查、诊疗等费用。包括重睑术、隆乳术、斜视矫正术、矫治口吃、治疗雀斑、老人斑、色素沉着、咖啡斑、外伤后斑痕、白发、脱痣、除皱、穿耳、单双眼皮、腋臭、脱发、美容去疤、激光美容平疣、非功能性的鼻面和乳房整形、颌面部缺损计算机辅助设计、鼻鼾（睡眠性呼吸困难综合症除外）、多毛症等手术、变性手术、美容洁齿、镶牙、种植牙、牙列正畸术、色斑牙治疗、验光配镜、装配假眼、假发、多汗症和假两性畸形等费用。

（二）各种减肥、增胖、增高项目的一切费用。

（三）各种健康体检，如婚前检查、旅游体检、职业体检、出

境体检等费用。

（四）各种预防保健性诊疗项目。包括各种疫苗、预防接种、疾病普查、普治、跟踪随访等费用。

（五）各种医疗咨询、医疗鉴定。包括心理咨询、健康咨询、性咨询、婚育咨询、疾病预测费、医疗事故鉴定、精神病法医学鉴定、各种验伤和伤残鉴定、劳动能力鉴定以及孕妇做的胎儿性别鉴定、亲子鉴定、遗传基因鉴定等费用。

（六）属保健性的全身按摩费用。

（七）各种保健性疗养费、使用日常生活和娱乐物品进行的康复性治疗及其用品费用。

三、诊疗设备及医用材料类

（一）应用正电子发射计算机断层显像（PET）、正电子发射计算机断层—X线计算机体层综合显像（PET/CT）、氩氦刀、电子束CT、眼科准分子激光治疗仪、人体信息诊断仪器等检查、治疗费用。

（二）眼镜、义齿、义眼、助听器等康复性器具。

（三）各种自用的保健、按摩、检查和治疗器械。包括按摩器、各种磁疗用品、各种牵引带、轮椅、拐杖、各种家用检测治疗仪器、皮钢背甲、腰围、钢头颈、胃托、肾托、子宫托、疝气带、护膝带、提睾带、健脑器、药枕、药垫、热敷袋、神功元气袋、透明敷料、镇痛泵等费用。

四、疾病治疗项目类

（一）各类器官或组织移植的器官源、组织源及相关的处理费

用，器官源、组织源供者的医疗费用（烧伤病人皮肤移植除外）。

（二）除肾脏、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、骨髓移植外的其他器官或组织移植。

（三）近视眼矫形术。

（四）氦氖激光治疗、气功疗法、音乐疗法（精神病患者除外）、非疾病的理疗、平衡医学疗法、保健性的营养疗法、心理治疗（精神病患者除外）、各种磁疗包括：感应磁、旋磁治疗、电磁椅、TDP特定电磁波辐射、穴位磁电疗、脉冲磁、高效电磁波治疗仪等。

（五）所有血液及成份血（对抢救、手术中用血，血色素等于或低于 60g/L，及血液类疾病临床需要输血的，血液及成份血先由参保人支付 10%，再纳入报销范围）、储血费、高价血、输血滞纳金、输血互助金、血浆病毒灭活费等。

五、其他

（一）各种不育（孕）症、安胎、性功能障碍、鉴定性病检查、治疗费、违反计划生育的一切医疗费用、生理缺陷（是按照 ICD10 国际疾病分类标准，所指的先天性并不影响生理功能和行为障碍的疾病）的诊疗项目。

（二）各种教学性、科研性和临床验证性等诊疗项目的一切费用。

（三）住院期间加收的其它各类别保险费（如：安装心脏起搏器等各种人造器官植入手术的基本医疗保险费）、各种滞纳金等。

（四）违法犯罪或因个人过错所承担责任的医疗项目费用，如斗殴、酗酒及无证驾驶机动车辆（船舶、航空器）、驾驶无牌机动

车辆、喝酒后驾驶机动车辆、自杀、性病、故意自伤、自残（精神病除外）、吸毒、戒烟等。

（五）由于交通事故、意外事故、医疗事故等明确由他方负责而引发的诊疗项目费用，但因他人违法犯罪、他人责任交通事故，经司法机关最终裁判仍无法获得责任人赔付者除外。

（六）进入各级疗养院疗养费用。

（七）出国或在港、澳、台地区期间发生的医疗费用。

（八）应享受工伤、生育保险待遇规定的。

江门市基本医疗保险基金支付 部分费用的诊疗项目

基本医疗保险基金支付部分费用的诊疗项目，由参保人按规定比例支付部分费用后，再按基本医疗保险的规定支付。个人支付部分不纳入基本医疗保险报销范围。

一、诊疗设备及医用材料类

（一）X—射线计算机体层摄影装置（CT）、立体定向放射装置（ γ —刀、X—刀）、心脏及血管造影 X 线机（含数字减影设备）、磁共振成像装置（MRI）、单光子发射电子计算机扫描装置（SPECT）、彩色多普勒仪、直线加速器、用于放疗的钴 60 仪等大型医疗设备的检查、治疗项目，职工身份参保人个人支付 15%，城乡居民身份参保人个人支付 30%。

（二）碎石与高压氧仓治疗、射频治疗等项目，职工身份参保人个人支付 15%，城乡居民身份参保人个人支付 20%。

（三）安装各种人造器官和体内置放材料（如：心脏起搏器、人工关节、人工晶体、人工喉、人工股骨头、人工心脏瓣膜、血管支架、人工耳蜗等），职工身份参保人支付 15%，城乡居民身份参保人个人支付 50%。

（四）省、市物价部门规定的可单独收费的一次性医用材料（含下肢义肢）单价超过 50 元以上的部分，职工身份参保人个人支付

15%，城乡居民身份参保人个人支付 30%。

二、治疗项目类

（一）血液透析、腹膜透析个人支付 10%。

（二）肾脏、心脏瓣膜、角膜、皮肤、血管、骨、骨髓移植职工身份参保人个人支付 15%，城乡居民身份参保人个人支付 30%。

（三）心脏搭桥术、心导管球囊扩张术、心支架成形术、心包引流术、心脏激光打孔、冠脉造影、心脏电生理射频消融术、抗肿瘤细胞免疫疗法和快中子治疗以及各种介入治疗项目职工身份参保人个人支付 15%，城乡居民身份参保人个人支付 20%。

附件 4

江门市基本医疗保险基金不予支付的生活服务项目和服务设施费用

一、交通类费用。包括救护车费、就（转）诊交通费。

二、生活用类（非医疗消耗品）费用。包括空调费、电视费、电话费、保温箱费、电炉费、电冰箱费、损害公物赔偿费、水费、电费、取暖费、煤气费、擦浴、洗头及电吹风费；气垫床费、脸盆费、口盅费、餐具、牙具费、热水瓶费、日常清洁卫生费、卫生袋费、拖鞋费、卫生纸费、排尿排便器具费、陪人床费、押瓶费等。

三、服务项目类费用。包括陪护费、护工费、洗理费、煎药费、膳食费、营养餐、理发费、担架费、营养费、处置费、排污费、尸体料理费、杂费等。

四、文娱项目类费用。包括书刊报纸费、影视费、文娱活动费以及其它特需生活服务等。

公开方式：主动公开

抄送：市委有关部委办，市人大常委会办公室，市政协办公室，市中级法院，市检察院。

江门市人民政府办公室秘书科

2017 年 11 月 28 日印发
