

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〔2025〕106号

关于公布 2026 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:

为贯彻落实国家、省有关文件精神 and 医保待遇清单制度,根据《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》(江府办〔2023〕12号)的有关规定,结合我市实际,经市人民政府同意,现公布 2026 年度江门市基本医疗保险(含生育保险)待遇标准,自 2026 年 1 月 1 日起实施,有效期至 2026 年 12 月 31 日。具体见附件《2026 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:2026 年度江门市基本医疗保险(含生育保险)待遇标准



附件

2026 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
住院 统筹	起付标准		500 元	600 元	900 元
	支付比例		93%	90%	83%
	异地	起付标准	1500 元		
	定点医	转诊支付比例	83%	80%	73%
	疗机构	未经转诊支付比例	73%	70%	63%
	年度最高支付限额		58 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 异地转诊	75%		
		其中 异地未经转诊	65%		
	支 付 比 例	20 万元以上	90%		
		其中 异地转诊	80%		
		其中 异地未经转诊	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，大病保险按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.享受退休职工医保待遇人员，住院统筹在上述起付标准基础上降低 100 元，相应支付比例提高 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。

5.参保人异地就医、急诊抢救等情形按国家、省和市有关规定执行。

6.按床日付费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。

(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 (单独支付药品费用除外)	单独支付药品费用年度最高支付限额(含大病保险)
			在职	退休		
选定的 定点医疗机构	一级及以下		75%	80%	90 元/月	82 万元/年
	二级 或三 级	未经转 诊	60%	65%	80 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.职工医保参保人在选定一家一级及以下定点医疗机构(若选定乡镇卫生院或社区卫生服务中心的,其建立医保结算关系的村卫生站也视同一并选定)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的,可结转到下月使用;年度累计未达到最高支付限额的,不可结转下年度使用。参保人门诊定点医疗机构选定后,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医疗机构。

3.表中“二级或三级”“办理转诊手续”是指参保人经一级及以下选定定点医疗机构转诊后 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”是指参保人经选定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。

5.参保人在基本医疗保险定点医疗机构普通门诊就医发生的单独支付药品费用,按我市普通门诊统筹有关规定,由基本医疗保险统筹基金单独支付,直接计入基本医

疗保险统筹基金住院年度最高支付限额，政策范围内支付比例按就医医疗机构普通门诊统筹标准执行。将普通门诊发生的单独支付药品费用纳入大病保险保障范围，起付标准、支付比例、年度最高支付限额按照我市大病保险有关规定执行。

(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.肾脏移植术后抗排异治疗；12.心脏移植术后抗排异治疗；13.肝脏移植术后抗排异治疗；14.肺脏移植术后抗排异治疗；15.其他器官移植术后抗排异治疗；16.造血干细胞移植术后抗排异治疗；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.丙型肝炎（HCV RNA 阳性）；21.多发性硬化；22.骨髓增生异常综合症；23.骨髓纤维化；24.C 型尼曼匹克病；25.地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）；26.肢端肥大症；27.克罗恩病；28.溃疡性结肠炎；29.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	30.慢性肾功能不全（非透析治疗）；31.恶性肿瘤（非放疗化疗）；32.艾滋病；33.肝硬化；34.活动性肺结核；35.再生障碍性贫血；36.慢性乙型肝炎；37.脑血管疾病后遗症；38.系统性红斑狼疮；39.慢性阻塞性肺疾病；40.强直性脊柱炎；41.湿性年龄相关性黄斑变性；42.糖尿病黄斑水肿；43.视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿；44.脉络膜新生血管；45.银屑病。	4200 元/季度	
四类	46.冠心病；47.糖尿病；48.高血压病；49.精神病（重性精神疾病除外）；50.癫痫；51.帕金森病；52.类风湿关节炎；53.慢性心功能不全；54.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，不能结转下季度使用。

4.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。

5.“取卵术”等 8 个辅助生殖类医疗服务价格项目的门诊医疗费用参照门诊特定病种待遇予以保障，不设起付线，政策范围内支付比例按照住院标准执行，年度最高支付限额 10000 元。纳入广东省基本医疗保险支付范围的辅助生殖类诊疗项目如下表：

序号	诊疗项目
1	取卵术
2	胚胎培养
	胚胎培养-囊胚培养（加收）
3	胚胎移植
	胚胎移植-冻融胚胎（加收）
4	组织、细胞活检（辅助生殖）
5	人工授精
	阴道（宫颈）内人工授精（扩展）
6	精子优选处理
7	取精术
	取精术-显微镜下操作（加收）
8	单精子注射
	单精子注射-卵子激活（加收）

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为每人每季度 7200 元, 基金支付比例为 80%。

7.参保人异地就医、急诊抢救等情形按国家、省和市有关规定执行。

(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）、《广东省人民政府关于废止和修改部分省政府规章的决定》（广东省人民政府令第 298 号）等规定执行。其中，不能直接结算的职工生育医疗费用支付标准具体如下：

单位：元

定点医疗机构 级别		一级及以下	二级	三级
支付标准				
1.产前检查（生育门诊）		2000	2400	2400
2.阴式分娩		2800	3800	4100
3.剖宫产		4800	5600	5900
4.4个月（含）以上终止妊娠（不含产前检查费用）		2500	2700	3600
5.4个月以下终止妊娠（含术前检查费用）	门诊	420	473	578
	住院	1500	2300	2900
6.放（取）环		126	158	210
7.输卵管结扎		800	1200	1500
8.输卵管复通		2000	3000	4000
9.输精管结扎		600	800	1000
10.输精管复通		1000	2000	3000

注：

1.非参保职工个人原因造成生育医疗费用不能直接结算的，补办理结算或者申请零星报销按照直接结算的待遇标准支付。

2.未办理产前检查就医确认手续、未按规定办理变更产前检查定点医疗机构或因参保职工个人原因造成生育医疗费用不能直接结算的，可以向参保地医疗保障经办机构申请零星报销（支付标准详见上表），具体情形如下：

（1）对非急诊、抢救、转诊发生的不能直接结算的生育医疗费用，在相应支付标准与已直接结算费用差额（差额=支付标准-已直接结算费用）幅度内进行报销。申请报销金额低于差额的，按实际费用报销；超过或等于差额的，按差额报销；当差额低于零时，直接按零报销。

（2）对因急诊、抢救、转诊发生的不能直接结算的生育医疗费用，申请报销金额低于相应支付标准的，按实际费用报销；超过或等于支付标准的，按相应支付标准报销。

3.生育保险定点医疗机构级别统一按基本医疗保险核定的级别确定。

4.表中“4.4 个月（含）以上终止妊娠（不含产前检查费用）”发生的产前检查费用按不同级别定点医疗机构的产前检查支付标准支付。

5.“月数”的计算方法：按产科学的概念，7 天为一孕周，4 周为一孕月计算。

6.根据职工医保基金运行及结合生育医疗费用增长情况和国家、省、市有关政策，将适时对支付标准进行调整。

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
住院统筹	起付标准		500 元	600 元	900 元
	支付比例		85%	80%	65%
	异地 定点医疗 机构	起付标准	1500 元		
		转诊支付比例	75%	70%	55%
		未经转诊支付比例	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	异地转诊	50%	
			异地未经转诊	40%	
		12 万元以上		70%	
		其中	异地转诊	60%	
			异地未经转诊	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，大病保险按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。

6.参保人异地就医、急诊抢救等情形按国家、省和市有关规定执行。

7.按床日付费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.自 2025 年起，对连续参加居民医保满 4 年的参保人员，之后每连续参保 1 年，提高大病保险最高支付限额 3800 元；对当年基金零报销的居民医保参保人员，次年提高大病保险最高支付限额 3800 元。两项激励额度可累加。连续参保激励和零报销激励累计提高总额不超过我市大病保险原封顶线的 20%。居民发生大病报销并使用奖励额度后，前期积累的零报销激励额度清零；断保之后再次参保的，连续参保年数重新计算。

(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 (单独支付药品费用除外)	单独支付药品费用年度最高支付限额(含大病保险)
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	54 万元/年
办理转诊手续到非选定的 定点医疗机构	50%		
在非选定的医疗机构急救和抢救	50%		

注:

1.居民医保参保人只可在一级及以下定点医疗机构(若选定乡镇卫生院或社区卫生服务中心的,其建立医保结算关系的村卫生站也视同一并选定)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的,不可结转下年度使用。参保人门诊定点医疗机构选定后,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医疗机构。

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。

4.参保人在基本医疗保险定点医疗机构普通门诊就医发生的单独支付药品费用,按我市普通门诊统筹有关规定,由基本医疗保险统筹基金单独支付,直接计入基本医疗保险统筹基金住院年度最高支付限额,政策范围内支付比例按就医医疗机构普通门诊统筹标准执行。将普通门诊发生的单独支付药品费用纳入大病保险保障范围,起付标准、支付比例、年度最高支付限额按照我市大病保险有关规定执行。

(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.肾脏移植术后抗排异治疗；12.心脏移植术后抗排异治疗；13.肝脏移植术后抗排异治疗；14.肺脏移植术后抗排异治疗；15.其他器官移植术后抗排异治疗；16.造血干细胞移植术后抗排异治疗；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.丙型肝炎（HCV RNA 阳性）；21.多发性硬化；22.骨髓增生异常综合症；23.骨髓纤维化；24.C型尼曼匹克病；25.地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）；26.肢端肥大症；27.克罗恩病；28.溃疡性结肠炎；29.新冠肺炎出院患者门诊康复治疗。	7500 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%。
三类	30.慢性肾功能不全（非透析治疗）；31.恶性肿瘤（非放疗化疗）；32.艾滋病；33.肝硬化；34.活动性肺结核；35.再生障碍性贫血；36.慢性乙型肝炎；37.脑血管疾病后遗症；38.系统性红斑狼疮；39.慢性阻塞性肺疾病；40.强直性脊柱炎；41.湿性年龄相关性黄斑变性；42.糖尿病黄斑水肿；43.视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿；44.脉络膜新生血管；45.银屑病；46.小儿脑性瘫痪（含 0-3 岁精神运动发育迟缓儿）。	1500 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；56.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.特困人员居民医保参保人门诊特定病种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.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。

6.“取卵术”等 8 个辅助生殖类医疗服务价格项目的门诊医疗费用参照门诊特定病种待遇予以保障,不设起付线,政策范围内支付比例按照住院标准执行,年度最高支付限额 5000 元。纳入广东省基本医疗保险支付范围的辅助生殖类诊疗项目如下表:

序号	诊疗项目
1	取卵术
2	胚胎培养
	胚胎培养-囊胚培养(加收)
3	胚胎移植
	胚胎移植-冻融胚胎(加收)
4	组织、细胞活检(辅助生殖)
5	人工授精
	阴道(宫颈)内人工授精(扩展)
6	精子优选处理
7	取精术
	取精术-显微镜下操作(加收)
8	单精子注射
	单精子注射-卵子激活(加收)

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为每人每季度 6000 元, 基金支付比例为 80%。

8. 参保人异地就医、急诊抢救等情形按国家、省和市有关规定执行。

公开方式：主动公开

抄送：广东省医疗保障局。

江门市医疗保障局办公室

2025 年 12 月 29 日印发
