

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〔2021〕132号

**关于公布 2022 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《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〔2017〕47号)和《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)等有关文件规定,现公布 2022 年度江门市基本医疗保险(含生育保险)待遇标准,自 2022 年 1 月 1 日起执行,有效期 1 年。具体见附

件《2022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：2022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

2021年12月30日

附件

2022 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			其他支付情形医疗机构	年度最高支付限额
		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	1500 元	56 万元
	支付比例	93%	90%	83%	64%	
大病 保险	起付标准	5000 元				24 万元
	支付 比例	起付标准 以上、20 万元(含 20 万元) 以内	85%		75%	
		20 万元以 上	90%		80%	

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。

5.参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）降低为上述规定标准的 50%。

6.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。

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，备案有效期内，参保地不再保留为就医统筹区。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执行，在其他医疗机构的住院医疗费用按其他支付情形医疗机构执行；参保人在备案地选定医疗机构和本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医疗机构级别执行，在其他医疗机构发生的门诊特定病种医疗费用，基金支付比例按其他支付情形医疗机构执行。

8.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。

9.参保人应在入院后 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

选定的定点医疗机构		支付比例	月度最高支付限额
基层		70%	50 元/月
非基层	经转诊	60%	40 元/月
	未经转诊	50%	

注：

1.参加职工医保参保人在选定一家基层定点医疗机构基础上，可再选定一家非基层定点医疗机构，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，不能享受普通门诊待遇。未办理变更手续的，视为继续选定原门诊定点机构。

(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。	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	18.重型β地中海贫血；19.血友病；20.丙型肝炎（HCV RNA 阳性）；21.耐多药肺结核；22.多发性硬化。	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%。 3. 其他支付情形医疗机构基金支付比例为 72%。
三类	23.慢性肾功能不全（非透析治疗）；24.恶性肿瘤（非放疗化疗）；25.艾滋病；26.骨髓增生异常综合症；27.骨髓纤维化。	3600 元/季度	
四类	28.冠心病；29.糖尿病；30.高血压病；31.精神病（重性精神疾病除外）；32.癫痫；33.帕金森病；34.肝硬化；35.类风湿关节炎；36.活动性肺结核；37.再生障碍性贫血；38.慢性乙型肝炎；39.脑血管疾病后遗症；40.地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）；41.系统性红斑狼疮；42.慢性阻塞性肺疾病；43.C 型尼曼匹克病；44.克罗恩病；45.强直性脊柱炎；46.湿性年龄相关性黄斑变性；47.糖尿病黄斑水肿；48.视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿；49.脉络膜新生血管；50.慢性心功能不全；51.支气管哮喘；52.银屑病；53.肢端肥大症；54.溃疡性结肠炎；55.新冠肺炎出院患者门诊康复治疗。	840 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.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。

5.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%。

（四）职工医保个人账户待遇

落实国家和省改革职工医保个人账户的相关规定，合理调整职工医保个人账户划入比例。在国家和省未有新规定前，继续按江门市基本医疗保险管理办法规定执行。

（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			其他支付情形医疗机构	年度最高支付限额
		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	1500 元	30 万元
	支付比例	85%	80%	65%	40%	
大病保险	起付标准	1 万元				24 万元
	支付比例	起付标准以上、12 万元（含 12 万元）以内	60%		50%	
		12 万元以上	70%		60%	

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。

6.参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）降低为上述规定标准的 50%。

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，备案有效期内，参保地不再保留为就医统筹区。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执行，在其他医疗机构的住院医疗费用按其他支付情形医疗机构执行；参保人在备案地选定医疗机构和本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医疗机构级别执行，在其他医疗机构发生的门诊特定病种医疗费用，基金支付比例按其他支付情形医疗机构执行。

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）居民医保普通门诊待遇

选定的定点医疗机构	支付比例	年度最高支付限额
基层	70%	320 元/年

注：

1.参加居民医保参保人只可选定一家基层定点医疗机构，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，不能享受普通门诊待遇。未办理变更手续的，视为继续选定原门诊定点机构。

(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。	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	18.重型β地中海贫血；19.血友病；20.丙型肝炎（HCV RNA 阳性）；21.耐多药肺结核；22.多发性硬化。	7500 元/季度	
三类	23.慢性肾功能不全（非透析治疗）；24.恶性肿瘤（非放疗化疗）；25.艾滋病；26.骨髓增生异常综合症；27.骨髓纤维化；28.小儿脑性瘫痪（含0-3岁精神运动发育迟缓儿）。	720 元/季度	1. 本市一级及以下定点医疗机构基金支付比例为70%。 2. 本市其他定点医疗机构基金支付比例为50%。 3. 其他支付情形医疗机构基金支付比例为30%。
四类	28.冠心病；29.糖尿病；30.高血压病；31.精神病（重性精神疾病除外）；32.癫痫；33.帕金森病；34.肝硬化；35.类风湿关节炎；36.活动性肺结核；37.再生障碍性贫血；38.慢性乙型肝炎；39.脑血管疾病后遗症；40.地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）；41.系统性红斑狼疮；42.慢性阻塞性肺疾病；43.C型尼曼匹克病；44.克罗恩病；45.强直性脊柱炎；46.湿性年龄相关性黄斑变性；47.糖尿病黄斑水肿；48.视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿；49.脉络膜新生血管；50.慢性心功能不全；51.支气管哮喘；52.银屑病；53.肢端肥大症；54.溃疡性结肠炎；55.新冠肺炎出院患者门诊康复治疗；56.儿童孤独症。	540 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）。

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 6000 元，基金支付比例为 80%。

公开方式：主动公开

抄送：省医保局。

江门市医疗保障局办公室

2021年12月30日印发
