

# 江门市人民政府办公室文件

江府办〔2023〕12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

各县（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，请径向市医保局反映。

江门市人民政府办公室

2023年11月8日

# 江门市基本医疗保险管理办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为健全完善本市基本医疗保险制度，坚持以人民健康为中心，建立待遇保障公平适度、基金运行稳健持续、管理服务优化便捷、医保治理现代化水平提升的多层次医疗保障体系，实现更好保障病有所医的目标，根据《中华人民共和国社会保险法》《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》等有关规定，结合本市实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于本市行政区域内的基本医疗保险管理工作。本市基本医疗保险由职工基本医疗保险（含生育保险，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）构成。职工医保包括住院、普通门诊、门诊特定病种、大病保险、生育保险等待遇，并设置个人账户。居民医保包括住院、普通门诊、门诊特定病种、大病保险等待遇。

**第三条** 本市基本医疗保险制度实行市级统筹、分级管理，遵循应保尽保、保障基本、收支平衡、略有结余的原则。

**第四条** 市、县级人民政府应将基本医疗保险事业纳入本地区国民经济和社会发展规划，构建多层次医疗保障体系，统筹做好当地基本医疗保险工作，建立健全医保基金监督管理制度，促进医疗保障事业可持续发展。

街道办事处、乡镇人民政府设置医疗保障业务办理窗口，按

照医疗保障经办政务服务事项清单要求，负责办理居民医保参保登记和参保信息变更登记，参保信息查询，医保定点机构、医保经办机构和医药信息查询，出具《参保凭证》，异地就医备案等业务。

**第五条** 市医保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、组织实施、监督管理。各县（市、区）医保局（分局）负责辖区内基本医疗保险具体实施、监督管理等工作。

医疗保障经办机构（医疗保障事业管理中心，简称医保经办机构）承担基本医疗保险的业务经办工作。建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，负责基本医疗保险的基金结算、数据统计分析、医保协议管理、经办业务咨询、权益记录等各项经办业务；负责基本医疗保险参保登记和参保信息变更登记等工作；负责基本医疗保险待遇审核、支付等工作；负责对定点医药机构协议管理、检查监督和考核管理等业务。

财政部门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。各县（市、区）财政部门确保在规定时间内把财政补助资金足额上划市级社会保障基金财政专户（简称市社保基金财政专户）。

卫生健康部门负责对定点医疗机构进行监督管理，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，为参保人提供基本医疗卫生服务。负责统计报送各基层服务机构计生优待户（农村独生子女户和纯生二女结扎户）等由政府资助参加居民医保对象名单和人数，协助完成参

保资金筹措工作。

税务部门负责基本医疗保险缴费登记、缴费信息变更登记和基本医疗保险费（含生育保险费）的征收工作，并按时足额缴入市社保基金财政专户。

民政、乡村振兴、残联等部门分别负责对最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员、特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、易返贫致贫人口、重度残疾人、精神和智力残疾人等困难人员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。

人力资源社会保障部门负责做好养老保险、失业保险、工伤保险、个人社会保障卡等医保相关管理服务工作，社会保险经办机构负责申报缴纳领取失业保险金人员、应由工伤保险基金代缴工伤职工的职工医保费。

教育部门按属地管理原则负责在校学生的参保宣传发动，指导学校开展居民医保参保工作，协助医保经办机构办理学生参保缴费手续。

退役军人事务部门负责优抚对象等资格核定，组织落实参保，协助完成参保资金筹措工作。

市场监管部门负责对定点医药机构进行监管，开展药品质量监管工作。负责药品、医疗器械安全监督管理、质量管理和监督检查。组织指导查处价格收费、药品、医疗器械违法违规行为。

审计、监察、公安、政务服务数据管理、金融监管等部门按各自职责，共同做好基本医疗保险管理服务工作。

## 第二章 参保缴费

**第六条** 职工医保和居民医保适用参保对象范围分别包括：

（一）职工医保参保对象：

- 1.本市行政区域内所有用人单位和所属全部职工。
- 2.灵活就业人员。
- 3.在用人单位或以个人身份参加过本市职工医保并达到法定退休年龄的人员（简称职工退休人员）。
- 4.在本市领取失业保险金期间的失业人员（简称失业人员）。
- 5.因工致残被鉴定为一级至四级伤残的工伤职工(包括保留劳动关系和办理伤残退休手续的人员，简称工伤职工)。

（二）居民医保参保对象：

- 1.本市户籍的未就业城乡居民。
- 2.非本市户籍在本市各类全日制高等院校、中小学、托幼机构就读的学生。
- 3.在本市参加社会保险的异地务工人员学龄前子女（含新生儿）。
- 4.持本市居民居住证（含港澳台居民居住证）的人员。
- 5.在中国境内居住但未就业，持外国人永久居留证的人员。

**第七条** 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和个人应按时足额缴纳基本医疗保险费。

**第八条** 职工医保缴费方式。职工参加职工医保由用人单位

和职工个人共同按月缴费。失业人员领取失业保险金期间在失业保险金领取地参加职工医保的，其参保费用从失业保险基金中支付。灵活就业人员参加职工医保由个人全额按月缴费。工伤职工在伤残津贴领取地参加职工医保，应当由用人单位缴纳的职工医保费按照规定由用人单位或工伤保险基金支付，个人按规定缴费。职工退休人员参加职工医保的，可按规定选择按月或一次性缴费至规定年限。

### **第九条** 居民医保缴费方式。

（一）居民医保实行个人缴费和政府财政补助相结合的方式。其中，以下困难人员参加居民医保的个人缴费部分，由各县（市、区）财政、医疗救助基金等给予资助参保：

1.民政部门认定的最低生活保障对象、特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障边缘家庭成员等。

2.乡村振兴部门认定的易返贫致贫人口等。

3.残联部门认定的重度残疾人、精神和智力残疾人等。

4.退役军人事务部门认定的符合条件的退役军人优抚对象。

上述困难人员范围有调整的，按最新公布的范围确定。

（二）计生优待户（农村独生子女户和纯生二女结扎户）的补助办法按各县（市、区）原规定执行。如今后有新规定的，按新规定执行。

### **第十条** 职工医保缴费标准。

（一）缴费基数。

参加职工医保的用人单位缴费基数为本单位职工缴费工资总

额，职工个人缴费基数为本人工资收入。生育保险缴费基数与职工医保一致。

灵活就业人员以个人申报的工资收入为缴费基数。

缴费基数上下限以本市上上年度城镇非私营单位就业人员平均工资和城镇私营单位就业人员平均工资加权计算的全口径城镇单位就业人员月平均工资（简称职工月平均工资）进行核定。上限按照本市职工月平均工资的300%确定，下限按照本市职工月平均工资的60%确定。

职工退休人员（含办理伤残退休手续的工伤职工）、失业人员按职工月平均工资为缴费基数缴费。

保留劳动关系的工伤职工按伤残津贴为缴费基数。

## （二）缴费费率。

1.用人单位职工缴费费率合计为8.0%，其中，用人单位职工医保缴费费率为5.5%，生育保险缴费费率为0.5%，职工个人缴费费率为2.0%。保留劳动关系的工伤职工参照执行。失业人员达到法定退休年龄前缴费费率为8.0%。

2.灵活就业人员达到法定退休年龄前缴费费率为7.5%，达到法定退休年龄后缴费费率为5.5%。办理伤残退休手续的工伤职工缴费费率为5.5%。

3.职工退休人员累计缴费未达到规定最低缴费年限的，其选择按月缴费或一次性缴费的缴费费率为5.5%。

**第十一条** 居民医保缴费标准。居民医保个人缴费标准每年根据不低于国家和省规定的标准调整并公布。当国家和省规定的

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规定执行。参加居民医保不计算基本医疗保险累计缴费年限。

**第十二条** 居民医保参保人在集中参保缴费期（原则上为每年9月1日至12月31日）缴纳下一年度的居民医保费。本市户籍、持本市居民居住证或在校就读的下列人员（简称中途参保人员）可在基本医疗保险年度内中途参加居民医保：

（一）新生儿。

（二）当年本市新入学（含托幼机构）或中途转入本市就读（含托幼机构）的学生。

（三）当年已办理职工医保中止手续的人员。

（四）当年退休且累计缴费未达到规定最低缴费年限的职工退休人员。

（五）当年退役军人、刑满释放人员和市外户籍新迁入人员。

（六）个人缴费部分由政府资助参保的困难人员。

（七）当年申领本市居民居住证（含港澳台居民居住证）的人员。

**第十三条** 用人单位或职工医保参保人逐月向税务部门申报缴费。职工医保参保人有关参保缴费信息与上月对比发生变动的，用人单位或职工医保参保人应当及时到税务部门办理变更手续。

（一）用人单位应当为其职工向用人单位属地税务部门逐月足额申报缴纳职工医保费。其中，职工应当缴纳的基本医疗保险费由用人单位代扣代缴。

（二）灵活就业人员自行向户籍所在地或按规定在就业所在地税务部门逐月申报缴费。其中，无雇工的个体工商户自行向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。

（三）失业人员在领取失业保险金期间由失业保险金领取地社会保险经办机构在失业保险基金中支付，个人不缴纳基本医疗保险费。

（四）保留劳动关系的工伤职工由用人单位向用人单位所在地税务部门逐月申报缴费。办理伤残退休手续的工伤职工由伤残津贴领取地社会保险经办机构在工伤保险基金中支付。

以个人身份参加职工医保的人员（包括灵活就业人员、继续按月缴费的退休人员）应当依时足额缴纳职工医保费。因缴费账户余额不足、缴费账户异常等个人原因导致缴费不成功未能享受相应医保待遇的，责任由个人承担。

**第十四条** 居民医保参保人在每年集中参保缴费期，分别向户籍地、居住地、学校所在地或异地务工人员参保所在地指定的医保经办机构办理参保登记，并向税务部门一次性缴纳下一年度全年的居民医保费，缴费成功后享受缴费对应年度的待遇。

因缴费账户余额不足、缴费账户异常等个人原因导致缴费不成功的，视为自动弃保，不能享受相应医保待遇的责任由个人承担。

中途参保人员按规定的全年缴费标准参保缴费，从参保缴费成功次月1日起享受医保待遇。

新生儿原则上应在办理户籍后再办理参保手续。新生儿出生6

个月内死亡无法办理户籍的，可凭死亡医学证明在父亲或母亲户籍地参加居民医保。

困难人员实行“先登记参保、后补助缴费”，自完成参保登记、做好身份标识之日起即可享受医保待遇。

**第十五条** 居民医保参保人变更参保信息或停止参保的，应在规定时间内办理。未及时办理停保手续且仍符合参保条件的，将视为继续参保缴费。

**第十六条** 居民医保参保人缴纳居民医保费后，在进入居民医保待遇享受期前，发生死亡、重复缴费、参加职工医保、在其他统筹地区重复参加居民医保等情况之一的，医保经办机构可在终止相关居民医保参保关系的同时，依申请为个人办理退费。参保人在居民医保待遇享受期开始后，暂停居民医保参保关系的，个人缴费不再退回。

**第十七条** 逐年调整本市职工医保最低累计缴费年限，到2030年1月1日起，统一为男职工30年，女职工25年。职工医保参保人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（含同时参加本市基本医疗保险一档和二档的）的参保人，在以下年度达到法定退休年龄，终身享受待遇的最低累计缴费年限为：

2024年、2025年：男职工为20年，女职工为20年；

2026年：男职工为22年，女职工为21年；

2027年：男职工为24年，女职工为22年；

2028年：男职工为26年，女职工为23年；

2029年：男职工为28年，女职工为24年；

2030年：男职工为30年，女职工为25年。

2.2018年1月1日后（含1月1日）在本市首次参加职工医保（2018年1月1日前从未参加过本市职工医保）的参保人，在以下年度达到法定退休年龄，终身享受待遇的最低累计缴费年限为：

2024年、2025年：男职工为25年，女职工为25年；

2026年：男职工为26年，女职工为25年；

2027年：男职工为27年，女职工为25年；

2028年：男职工为28年，女职工为25年；

2029年：男职工为29年，女职工为25年；

2030年：男职工为30年，女职工为25年。

（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，应同时在本市实际累计缴费年限满10年。

（三）退役军人服现役年限视同本市职工医保实际缴费年限，与入伍前和退出现役后参加职工医保的缴费年限合并计算。

**第十八条** 职工医保参保人达到法定退休年龄后，用人单位或个人应当及时到税务部门办理变更手续，停止按在职缴费标准缴费，其累计缴费年限未达到最低累计缴费年限的，可按规定选择按月或一次性缴费至规定年限。

（一）参保人选择按月缴费的，按当年公布的职工月平均工资为缴费基数和用人单位缴费费率按月缴费至规定的缴费年限。按月缴费期间，享受在职人员医保待遇，不计发个人账户。缴满规定最低缴费年限后，可按规定享受退休人员医保待遇。

（二）参保人选择一次性缴费的，按办理一次性缴费时当年公布的职工月平均工资为缴费基数和用人单位缴费费率计算，一次性缴满规定最低缴费年限后，可按规定享受退休人员医保待遇。

（三）跨统筹地区就业的参保人按国家和省规定的办法缴费。职工医保参保人不愿意补缴或无力补缴的，可按规定参加居民医保。

**第十九条** 基本医疗保险参保人关系转移接续按照国家和省有关规定执行。

## 第三章 待遇支付

### 第一节 住院待遇

**第二十条** 参保人在参保期内因疾病、意外事故（含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，符合国家和省规定的基本医疗保险药品、医用耗材、诊疗项目支付范围和支付标准的住院医疗费用纳入基本医疗保险基金住院待遇报销范围。

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。以参保人出院日期所属的年度核定最高支付限额。

## **第二十一条 职工医保住院待遇。**

（一）基金支付比例。本市一级及以下（含未定级，下同）定点医疗机构不低于 93%，二级定点医疗机构不低于 90%，三级定点医疗机构不低于 83%。享受退休职工医保待遇人员在上述基金支付比例基础上提高 3 个百分点。

（二）起付标准。本市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，异地定点医疗机构 1500 元。享受退休职工医保待遇人员在上述起付标准基础上降低 100 元。

（三）年度最高支付限额。

1.在基本医疗保险年度内累计最高支付限额(叠加职工大病保险)不低于本市上上年度城镇单位在岗职工年平均工资的 8 倍。

2.职工医保参保人连续缴费 12 个月（含）以内的，对应享受待遇期间其职工医保住院统筹（含大病保险）的累计最高支付限额按规定标准的 50%执行；连续缴费 12 个月以上、24 个月（含）以内的，对应享受待遇期间其职工医保住院统筹（含大病保险）的累计最高支付限额按规定标准的 70%执行；连续缴费 24 个月以上的，其职工医保住院统筹（含大病保险）的累计最高支付限额按规定标准全额享受。

## **第二十二条 居民医保住院待遇。**

（一）基金支付比例。本市一级及以下定点医疗机构不低于 85%，二级定点医疗机构不低于 80%，三级定点医疗机构不低于

65%。

(二)起付标准。本市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，异地定点医疗机构 1500 元。

(三)年度最高支付限额。

1.在基本医疗保险年度内累计最高支付限额(叠加居民大病保险)不低于上上年度本市城乡居民年人均可支配收入的 8 倍。

2.居民医保参保人(从出生次月 1 日起,12 个月内参加居民医保的新生儿除外)缴费仅 1 年的,对应享受待遇期间其居民医保住院统筹(含大病保险)的累计最高支付限额按规定标准的 50% 执行;连续缴费 2 年的,对应享受待遇期间其居民医保住院统筹(含大病保险)的累计最高支付限额按规定标准的 70% 执行;连续缴费 2 年以上的,其居民医保住院统筹(含大病保险)的累计最高支付限额按规定标准全额享受。

(四)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。

**第二十三条** 按规定办理转诊手续(包括“医联体”、“医共体”、专科联盟等在内)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)。

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。

**第二十四条** 参保人在享受职工医保和居民医保住院统筹待遇的基础上,按规定分别享受职工大病保险和居民大病保险待遇。

大病保险资金用于支付参保人在医保年度内，住院（含纳入住院标准结算的门诊特定病种）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（不含基本医疗保险起付标准以内的费用，下称范围内自付医疗费用）。

参保人个人年度累计自付部分的住院医疗费用达到起付标准后，纳入大病保险保障范围。大病保险的起付标准原则上按不高于上上年度江门市城乡居民年人均可支配收入的 50% 确定。

大病保险药品目录、医用耗材目录、诊疗项目支付范围和支付标准、定点服务机构管理、参保人就医管理、待遇支付（含先行支付）管理等办法统一按国家、省和市基本医疗保险相关规定执行。

### **第二十五条 职工大病保险待遇。**

（一）起付标准。本市职工大病保险起付标准为 5000 元。

（二）最高支付限额。年度内累计最高支付限额为 24 万元。

（三）支付比例。参保人在本市定点医疗机构发生的超过起付标准以上、20 万元（含 20 万元）以内的年度累计范围内自付医疗费用，由大病保险支付 85%；超过 20 万元以上的年度累计范围内自付医疗费用，由大病保险支付 90%。

### **第二十六条 居民大病保险待遇。**

（一）起付标准。本市居民大病保险起付标准为 1 万元。其中，易返贫致贫人口、最低生活保障对象等的大病保险起付标准降低 70%；特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童等的大病保险起付标准降低 80%。

（二）最高支付限额。年度内累计最高支付限额为 24 万元。易返贫致贫人口、最低生活保障对象、特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童等不设最高支付限额。

（三）支付比例。

1.参保人在本市定点医疗机构发生的超过起付标准以上、12 万元（含 12 万元）以内的年度累计范围内自付医疗费用，由大病保险支付 60%；易返贫致贫人口、最低生活保障对象等超过起付标准 30%以上、12 万元（含 12 万元）以内的年度累计范围内自付医疗费用，由大病保险支付 70%；特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童等超过起付标准 20%以上、12 万元（含 12 万元）以内的年度累计范围内自付医疗费用，由大病保险支付 80%。

2.参保人在本市定点医疗机构发生的超过 12 万元以上的年度累计范围内自付医疗费用，由大病保险支付 70%；易返贫致贫人口、最低生活保障对象等超过 12 万元以上的年度累计范围内自付医疗费用，由大病保险支付 80%；特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童等超过 12 万元以上的年度累计范围内自付医疗费用，由大病保险支付 90%。

**第二十七条** 参加居民医保的孕产妇（按规定应由单位参加生育保险但单位未参保缴费人员除外）享受住院分娩和终止妊娠医疗费用待遇，由基金按居民医保住院（含大病保险）规定的标准支付。

**第二十八条** 符合规定的家庭病床、老年病区和日间手术医疗费用分别按职工医保和居民医保住院统筹（含大病保险）待遇

标准纳入基金支付范围。

**第二十九条** 参保人在定点医疗机构住院就医的，应在入院后 48 小时内向定点医疗机构出示身份证、医保电子凭证或社保卡（含电子社保卡，下同）等有效凭证（未成年人可提供医保电子凭证或同时提供户口簿、监护人身份证作为有效凭证，下同）办理基本医疗保险住院登记手续。

**第三十条** 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。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。

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。医保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。

**第三十一条** 住院医疗费用结算办法。

（一）参保人在已实现基本医疗保险直接结算的医疗机构住院的，出院时医疗机构应按参保人所享受的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的费用（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予支付的费用），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），由医疗机构与医保经办机构等按有关规定结算。

（二）参保人在未实现基本医疗保险直接结算的医疗机构住

院的，所发生的医疗费用，需由个人现金垫付后，自出院之日起3年内到参保地医保经办机构办理待遇手工（零星）报销手续。参保人未指定金融账户的，医疗费用手工（零星）报销后通过转账优先划入本人社保卡金融账户。

## 第二节 门诊特定病种待遇

**第三十二条** 参保人在参保期内因诊治本市门诊特定病种在医疗机构门诊治疗，符合国家和省规定的基本医疗保险药品、医用耗材、诊疗项目支付范围和支付标准并符合门诊特定病种准入标准的门诊医疗费用纳入基本医疗保险基金门诊特定病种待遇报销范围。

基本医疗保险门诊特定病种具体病种范围、待遇标准按省、市门诊特定病种管理有关规定执行。门诊特定病种不设起付标准。

**第三十三条** 门诊特定病种待遇申请、年审、准入标准严格按照国家和省的规定执行。本市原定的且不在省范围内的门诊特定病种准入标准由市医保局、市卫生健康局等部门另行制定。医保经办机构按规定公布门诊特定病种定点医疗机构范围和待遇申办指引。

**第三十四条** 门诊特定病种医疗费用结算办法。

（一）参保人在已实现基本医疗保险直接结算的医疗机构治疗门诊特定病种的，医疗机构应按参保人所享受的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的费用，其余的

医疗费用，由医疗机构与医保经办机构等按有关规定结算。

（二）参保人在未实现基本医疗保险直接结算的医疗机构治疗门诊特定病种的，所发生的医疗费用，需由个人现金垫付后，在3年内到参保地医保经办机构办理待遇手工（零星）报销手续。

### 第三节 普通门诊待遇

**第三十五条** 参保人在参保期内因疾病、意外事故在医疗机构门诊治疗，符合国家和省规定的基本医疗保险药品、医用耗材、诊疗项目支付范围和支付标准并符合普通门诊统筹管理规定的门诊医疗费用（含家庭医生签约服务费，下同）纳入基本医疗保险基金普通门诊待遇报销范围。

普通门诊统筹不设起付标准。参保人非因急救和抢救需要，且未经转诊到非选定医疗机构门诊就医的，统筹基金不予支付。

**第三十六条** 职工医保普通门诊统筹待遇。

（一）在职职工在选定的定点医疗机构发生的政策范围内医疗费用，一级及以下定点医疗机构支付比例不低于75%，二级、三级定点医疗机构支付比例不低于60%。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，基金支付比例不低于70%。参保人经选定定点医疗机构转诊后30日内到非选定的定点医疗机构门诊就医的，基金支付比例不低于

50%。因急救和抢救需要，参保人到非选定医疗机构门诊就医的，基金支付比例不低于 50%。退休人员支付比例在上述支付比例的基础上提高 5 个百分点。

（二）年度最高支付限额按本市上上年度城镇在岗职工年平均工资的 2% 确定，由市医保局会同市财政局、市卫生健康局等部门另行公布。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。参保人因急救和抢救需要，或经转诊到非选定医疗机构门诊就医的，月度支付限额与本人选定的二级或三级定点医疗机构最高支付限额使用同一限额。

### **第三十七条** 居民医保普通门诊统筹待遇。

（一）在选定的定点医疗机构发生的政策范围内医疗费用，一级及以下定点医疗机构支付比例不低于 75%。参保人经选定定点医疗机构转诊后 30 日内到非选定的定点医疗机构门诊就医的，基金支付比例不低于 50%。因急救和抢救需要，参保人到非选定医疗机构门诊就医的，基金支付比例不低于 50%。

（二）年度最高支付限额由市医保局会同市财政局、市卫生健康局等部门另行公布。年度累计未达到最高支付限额的，不可结转下年度使用。参保人因急救和抢救需要，或经转诊到非选定医疗机构门诊就医的，年度支付限额与本人选定的定点医疗机构最高支付限额使用同一限额。

**第三十八条** 参保人可持身份证、医保电子凭证或社保卡，通过自助服务终端机、网站、相关服务应用，或到定点医疗机构、

本市各级医保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。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。居民医保参保人只可在一级及以下定点医疗机构或本市儿童专科定点医疗机构中选定一家。

经核准办理异地长期居住的参保人，可继续按规定办理本地普通门诊定点医疗机构选定和登记。在市外备案地就医结算时，按本市有关规定办理异地普通门诊定点医疗机构选定手续，在选定的普通门诊定点医疗机构就诊，基金支付比例、最高支付限额执行本市同等级别定点医疗机构标准；异地就医备案地与参保地共用同一个最高支付限额。

**第三十九条** 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；参保人确因居住地迁移等情形需要变更选定定点医疗机构的，可向参保地医保经办机构申请办理变更手续。下一基本医疗保险年度需变更的，应在本年度10月至12月期间，向参保地医保经办机构或需选定的定点医疗机构办理变更手续。未办理变更手续的，视为继续选定原门诊定点医疗机构。

**第四十条** 参保人在门诊定点医疗机构就诊，应出示本人身份证、医保电子凭证或社保卡等有效凭证进行费用结算。参保人在所选定的门诊定点医疗机构就诊时，门诊定点医疗机构应按有关规定收取参保人个人应支付的费用，其余的医疗费用，由门诊定点医疗机构与医保经办机构按有关规定结算。

## 第四节 职工医保个人账户待遇

**第四十一条** 在职职工个人账户由个人缴纳的基本医疗保险费计入，月计入标准为本人参保缴费上月基数的2%，用人单位缴纳的基本医疗保险费全部划入统筹基金。

退休人员个人账户由职工医保统筹基金按定额划入，月划入额度为2021年本市基本养老金月平均金额的2.8%，按每人每月126.80元标准计入。

发生职工医保欠费补缴的，补划入的个人账户待遇统一按本条第一、二款的规定执行，参保缴费月基数和补划入个人账户基数按本人补缴的基数计算。2018年1月1日后（含1月1日）首次在本市参加职工医保的退休人员，补缴之前职工医保欠费的，其退休后至2022年7月1日期间的补缴部分不享受个人账户待遇。

本市原接单建统筹参加职工医保（含参加本市原住院基本医疗保险）、困难企业退休人员（由财政补助和基金负责缴费参保）等参保人，个人账户划入办法继续按本市原规定执行。

**第四十二条** 个人账户资金按月划拨。医保经办机构错划个人账户资金的，由医保经办机构负责纠正。参保人因选定签约银行账号遗失而未挂失等情形导致其个人账户被冒用，造成个人账户资金损失的，责任由其本人承担。

**第四十三条** 个人账户实行实账管理，可用于支付参保人本人及其配偶、父母、子女的以下费用：

(一) 在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用。

(二) 在定点零售药店购买药品、医疗器械、医用耗材发生的由个人负担的费用。

(三) 配偶、父母、子女参加居民医保等的个人缴费。

(四) 参保人本人退休时未达到职工医保最低缴费年限的缴费费用。

(五) 在定点医疗机构发生的由个人负担的符合规定的中医“治未病”费用。

(六) 其他符合国家、省规定的费用。

个人账户不得用于公共卫生费用、体育健身或养生保健消费等不属于基本医疗保险保障范围的支出。

**第四十四条** 当参保人出现以下各种特殊情况时，医保经办机构应及时处理个人账户资金。

(一) 参保人省内跨市转移职工医保关系的，个人账户资金跨市使用，不划转、不提现。参保人跨省转移职工医保关系的，个人账户资金原则上随其划转，特殊情况无法转移时可以划入本人银行账户。

(二) 跨省异地安置退休人员经本人申请，可将个人账户资金划入本人银行账户。

(三) 参保人在参保期间应征入伍，经本人申请，个人账户资金可划入本人银行账户。

(四) 参保人死亡后，经申请，其个人账户资金可一次性划入本人银行账户，或者按规定继承。

(五) 参保人出境(包括港澳台地区)定居的,经本人申请,其个人账户资金可划入本人银行账户。

**第四十五条** 参保人发生符合规定的范围费用时,定点医疗机构、定点零售药店等医疗保障协议机构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或挪作他用,不得超规定范围使用。

## 第五节 待遇支付管理

**第四十六条** 待遇享受时间。

(一) 职工医保。

1.用人单位和职工成功缴费的,从参保缴费成功次月1日起享受待遇。

2.失业人员在领取失业保险金期间享受相应的职工医保待遇,自领取失业保险金当月起享受待遇。

3.参保前无连续缴费记录的新参加职工医保的灵活就业人员(含退休后逐月参保缴费的职工退休人员),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)。

4.职工医保退休人员选择一次性缴费的,从一次性缴费成功次月1日起享受待遇。

5.职工医保参保人(退休后符合条件终身享受基本医疗保险待遇的除外)从停止缴费次月1日起停止享受待遇。

(二) 居民医保。

1.集中参保缴费的居民医保参保人从次年1月1日起享受待遇。

2.中途参保的居民医保参保人(新生儿除外)从参保缴费成功次月1日起享受待遇。

3.新生儿从出生次月1日起,6个月内参加居民医保的,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;6个月后参加居民医保的,从参保缴费成功次月1日起享受待遇。

(三) 参保人不得重复参保,不得重复享受待遇。

**第四十七条 缴费中断和补缴。**

职工医保参保单位或个人中断缴费的,职工医保参保人从中断缴费次月起,停止享受待遇。

(一) 中断缴费3个月(含)以内的,参保人可按规定办理中断缴费期间的职工医保费补缴手续,补缴后不设待遇享受等待期,缴费当月即可按规定享受待遇,中断期间的待遇可按规定追溯享受,但不得重复享受待遇。中断缴费3个月(含)以内的补缴,计入连续缴费时间。

(二) 中断缴费3个月以上的,中断期间的待遇(个人账户待遇除外)不可追溯享受。用人单位和职工从重新参保缴费成功次月1日起享受待遇。以个人身份参加职工医保的人员(包括灵活就业人员、继续按月缴费的退休人员)从重新缴费的3个月后按规定享受待遇。中断缴费3个月以上的补缴,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。

参保人已在省内连续2年（含）以上参加基本医疗保险，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系，中断缴费3个月（含）以内的，可按规定办理基本医疗保险补缴手续，补缴后不设待遇享受等待期，缴费当月即可按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受。中断缴费3个月以上的，参加职工医保的灵活就业人员，从成功缴费的3个月后按规定享受待遇。

**第四十八条** 参保人同一门诊医疗费用不能同时享受普通门诊待遇和门诊特定病种待遇。参保人住院期间不能同时享受普通门诊待遇或门诊特定病种待遇，因就诊医院无法提供相关医药服务，需到外院诊疗的情形除外，该情形纳入参保人年度最高支付限额计算。

**第四十九条** 参保人自出院、门诊特定病种或普通门诊统筹就诊之日起（其中医疗费用依法应当由第三人负担，参保人申请先行支付的，自确定第三人不支付或者无法确定第三人之日起），超过3年申办手工（零星）报销的医疗费用，医保经办机构不予受理。

## 第六节 异地就医管理

**第五十条** 市外异地长期居住或临时外出就医的参保人办理异地就医备案后可以享受市外异地就医直接结算服务。其中市外异地长期居住人员包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、

常驻异地工作人员；临时外出就医人员包括异地转诊人员、异地急诊抢救人员以及其他临时外出就医人员。

异地就医管理按国家和省有关规定执行。

**第五十一条** 异地安置退休人员、异地长期居住人员和常驻异地工作人员等（不含赴港澳台地区及出国）参保人，在备案就医地的异地定点医疗机构起付标准和基金支付比例（含大病保险）按本市相同级别定点医疗机构标准执行。

**第五十二条** 异地转诊人员和异地急诊抢救人员在异地定点医疗机构就诊的，基金支付比例（含大病保险）在本市相同级别定点医疗机构标准基础上降低 10 个百分点，起付标准按异地定点医疗机构标准执行。

**第五十三条** 急诊抢救人员在本市或异地非定点医疗机构就诊的，基金支付比例（含大病保险）在本市三级定点医疗机构标准基础上降低 10 个百分点，起付标准按异地定点医疗机构标准执行。

**第五十四条** 支持市外异地长期居住人员在备案地和参保地双向享受医保待遇。备案有效期内回参保地就医的，按本市异地转诊待遇标准执行。市外异地长期居住人员符合转外就医规定的，执行本市异地转诊待遇政策。

**第五十五条** 非急诊抢救且未经转诊的其他临时外出就医人员、参保人以个人承诺方式办理市外异地长期居住人员备案手续回参保地就医的，住院基金支付比例（含大病保险）在本市相同级别定点医疗机构标准基础上降低 20 个百分点，起付标准按异地定点医疗机构标准执行；门诊特定病种基金支付比例（含大病保

险) 在本市相同级别定点医疗机构标准基础上降低 10 个百分点。

**第五十六条** 市外异地长期居住人员办理登记备案后，备案长期有效；医保经办机构可设置变更或取消备案的时限。临时外出就医人员备案有效期原则上不少于 6 个月，有效期内可在就医地多次就诊并享受市外异地就医直接结算服务。

**第五十七条** 通过国家医疗保障信息平台实现异地就医直接结算的，其符合国家和省规定的基本医疗保险药品、医用耗材、诊疗项目支付范围和支付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执行参保地政策。

## 第四章 医药服务管理

**第五十八条** 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”的原则，结合基金收支预算管理，实施总额控制，实行以按病种分值付费为主，按人头、按床日、按项目等付费相结合的多元复合式医保支付方式，建立健全结余留用、合理超支分担的激励约束机制，强化基金预算及安全监管制度，进一步加强本市医保基金使用管理，促进分级诊疗政策体系不断完善，确保基金安全可持续运行，实现基金“收支平衡、略有结余”的目标。

**第五十九条** 医保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，由定点医疗机构所在地的医保经办机构与其结算医疗费用。

**第六十条** 建立定点医疗机构和定点零售药店协议管理制度，医保经办机构与医疗机构、药品经营单位签订服务协议，规范医疗服务行为。

**第六十一条** 定点医疗机构级别原则上以卫生健康部门公布的为准。

**第六十二条** 本市基本医疗保险药品、医用耗材、诊疗项目支付范围和支付标准统一按国家和省规定执行。

使用“乙类目录”的药品所发生的费用，由参保人先行支付一定比例后，再由基本医疗保险按规定支付。

属于基本医疗保险支付部分费用的国家、省规定的医用耗材、诊疗项目，由参保人先行支付一定比例后，再由基本医疗保险按规定支付。国家、省规定的医用耗材、诊疗项目需由参保人先行支付的比例不高于50%。

参保人先行支付部分不纳入基本医疗保险报销范围。

## **第五章 基金管理**

**第六十三条** 建立职工医保基金和居民医保基金，按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，以地级市为统筹单位，纳入市社保基金财政专户统一管理，统一组织实施基金预决算。基本医疗保险基金实行由市统筹使用、统收统支、基金缺口分级负担的市级统筹管理模式，并按职工医保基金和居民医保基金进行分账核算。

**第六十四条** 各县（市、区）税务部门将征收的基本医疗保险费，足额缴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，相关部门按国家和省有关规定及时划入市社保基金财政专户。

**第六十五条** 各级财政补助资金应纳入当地年度财政预算安排。基本医疗保险的预决算按国家有关规定分险种编报。统计数据按国家、省有关规定口径进行统计。医保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。

**第六十六条** 医保经办机构要加强基金管理监督，强化基金核算和内控，建立健全基金运行分析和风险预警机制，保障基金安全运行。

**第六十七条** 基本医疗保险基金来源：

- （一）基本医疗保险费及其利息。
- （二）基本医疗保险费滞纳金。
- （三）政府补助。
- （四）其他收入。

**第六十八条** 基本医疗保险基金不予支付的范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的。
- （二）应当由第三人负担的。
- （三）应当由公共卫生负担的。
- （四）在境外就医的。
- （五）体育健身、养生保健消费、健康体检。
- （六）国家和省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费

用。

**第六十九条** 大病保险资金按照市级统筹原则，主要用于支付大病保险规定的费用。大病保险资金按职工医保和居民医保参保人数和筹资标准分别从职工医保和居民医保统筹基金中划入。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。

**第七十条** 大病保险遵循收支平衡、保本微利的原则。大病保险资金出现不足支付大病保险规定的费用时，分别从职工医保和居民医保统筹基金划入补足；大病保险资金支付大病保险规定费用后的结余部分，按约定分别划回职工医保和居民医保统筹基金。

## 第六章 法律责任

**第七十一条** 建立和完善医保智能监控系统，加强对医药服务和个人账户的监管。定点医药机构应当严格执行医保支付政策。基本医疗保险违规违法责任按照《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规规定执行。

**第七十二条** 参保人对基本医疗保险待遇给付有异议的，可向医保经办机构或定点医药机构查询、反映，或向医疗保障行政部门投诉。

**第七十三条** 医疗保障行政部门、医保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。

## 第七章 附 则

**第七十四条** 本办法中灵活就业人员是指16周岁以上、且未达到法定退休年龄的本市户籍灵活就业人员、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员、在本市注册登记的无雇工个体工商户、在本市灵活就业且已办理港澳台居民居住证的港澳台居民、新型就业形态从业人员、国家和省规定的其他灵活就业人员（在校学生和已在异地参保的除外）。

医疗费用手工（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，就医后到参保地医保经办机构申请报销医疗费用的情形。

**第七十五条** 生育保险待遇按省、市有关规定执行。

**第七十六条** 市医保局会同市财政局、市卫生健康局、市税务局等部门可根据经济发展水平以及基金收支等实际情况，对基本医疗保险（含生育保险）筹资标准、待遇标准、基金管理办法以及其他相关事项等提出调整意见，报市政府批准后公布执行。

**第七十七条** 基本医疗保险结算管理办法（含家庭病床和老年病区有关结算管理规定）由市医保局会同市财政局、市卫生健康局等部门另行制定。

**第七十八条** 市医保局根据本办法制定基本医疗保险经办管理规程（含家庭病床和老年病区有关就医管理规程），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。

**第七十九条** 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。

**第八十条** 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。

**第八十一条** 本办法自 2024 年 1 月 1 日起施行，有效期至 2028 年 12 月 31 日。《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工作的通知》（江府办〔2017〕47 号）、《江门市人民政府办公室关于印发〈江门市职工和城乡居民基本医疗保险分类保障实施方案〉的通知》（江府办〔2021〕14 号）、《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）同时废止。此前本市出台有关文件规定与本办法不一致的，按本办法执行。国家和省有新规定的，按新规定执行。

**公开方式：**主动公开

---

抄送：市纪委监委，市委有关部委办，市人大常委会办公室，市政协办公室，市中级人民法院，市检察院。

---

江门市人民政府办公室秘书科

2023年11月14日印发

---