

江门市医疗保障局
江门市财政局
江门市卫生健康局
江门市社会保险基金管理局
文件

江医保发〔2019〕114号

关于公布 2020 年度江门市基本医疗保险 (含生育保险)待遇标准的通知

各市(区)人民政府,市各有关单位:

为深入推进我市医保城乡一体化改革,贯彻落实生育保险和职工基本医疗保险合并实施工作,根据《广东省职工生育保险规定》(广东省人民政府令第203号)、《广东省人民政府办公厅关于印发广东省全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施方案的通知》(粤府办〔2019〕24号)、《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)、《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《江门市人民政府办公室关于印发江门市生育保险和基本医疗保险合并实施方案

的通知》（江府办函〔2019〕191号）等有关文件规定，经市人民政府同意，现公布2020年度江门市基本医疗保险（含生育保险）待遇标准，自2020年1月1日起执行。具体见附件《2020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：2020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



江门市社会保险基金管理局

2019年12月26日

公开方式：主动公开

抄送：省医疗保障局。

江门市医疗保障局办公室

2019年12月31日印发

附件

2020 年度江门市基本医疗保险 (含生育保险) 待遇标准

一、基本医疗保险住院待遇

基本医疗保险住院待遇		定点医疗机构						非定点医疗机构		年度最高支付限额
		一级及以下		二级		三级		起付标准	支付比例	
		起付标准	支付比例	起付标准	支付比例	起付标准	支付比例			
一档	住院统筹	500元	85%	600元	80%	900元	65%	1500元	40%	30万元
	大病保险	起赔标准		1万元						24万元
		年度累计自付范围内医疗费用	起赔标准以上、12万元(含12万元)以内	60%				50%		
		12万元以上	70%				60%			
二档	住院统筹	年度累计自付范围内医疗费用	5000元(含5000元)以内	50%				40%		10万元
			5000元以上、20万元(含20万元)以内	85%				75%		
			20万元以上	90%				80%		

注：1.建档立卡的贫困人员、最低生活保障对象大病保险起赔标准下降70%，赔

付比例提高 10 个百分点；特困供养人员大病保险起赔标准下降 80%，赔付比例提高 20 个百分点。上述人员大病保险不设最高赔付限额。

2.在二、三级定点医疗机构住院的一档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.职工退休人员在上述一档起付标准的基础上降低 100 元，一档住院基金支付比例基础上提高 5 个百分点。

4.以城乡居民身份参保的特困供养人员一档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.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），孕产妇享受一档住院分娩或终止妊娠医疗费用待遇，由基金按上述标准支付，基金支付费用低于 500 元的，按每人每次 500 元支付。

6.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。

7.二档住院统筹是在享受一档待遇后，由基金按规定支付。

8.参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，发生的住院医疗费用政策范围内支付比例（含大病保险赔付比例）降低为上述规定标准的 50%。

9.按周期性结算特殊人群参保人在同一家定点医疗机构出入院时间在 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。

10.在新会、台山、开平、鹤山、恩平五市（区）参加基本医疗保险的参保人，户籍所在地在蓬江区、江海区两区或在蓬江区、江海区两区长期居住的，如需在市直三级定点医疗机构诊疗的，需于诊疗前填写《江门市基本医疗保险参保人长期居住（派驻）蓬江、江海两区就医备案表》，并提供本人身份证和社保卡复印件、户口簿复印件（户籍所在地在蓬江区、江海区两区）或有效的长期居住佐证材料（户籍所在地不在蓬江区、江海区两区但在两区长期居住），向参保地经办机构办理备案手续，办理备案手续后，按规定住院的，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）按规定标准执行。

11.在市外长期居住的参保人（含职工身份参保人和城乡居民身份参保人），填写《江门市基本医疗保险异地就医医疗机构申请表》，并提供本人身份证复印件、社保卡、户口簿复印件或有效的居住地长期居住佐证材料，到参保地经办机构办理市外异地就医备案手续，其在就医地异地直接结算定点医疗机构住院，基金支付比例和起付标准按我市同等医疗机构级别执行；其在选定的定点医疗机构就诊的特定病种门诊待遇，基金支付比例按我市同等医疗机构级别执行。在其他医疗机构就医的住院和特定病种门诊待遇，基金支付比例按非定点医疗机构执行。

二、基本医疗保险普通门诊待遇

基本医疗保险普通门诊待遇	支付比例		最高支付限额	
	选定的定点医疗机构			
	基层	非基层	基层	非基层
一档	70%	—	240 元/年	—
二档	70%	经转诊：60% 未经转诊：50%	30 元/月 (360 元/年)	40 元/月 (480 元/年)

注：1.仅参加一档的城乡居民身份参保人只可选定一家基层定点医疗机构；同时参加一档和二档的职工身份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。

2.二档参保人当月累计未达到最高支付限额，可结转下月使用，但不能跨年度使用。

3.参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。

三、基本医疗保险特定病种门诊补助待遇

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		900元/月	
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	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%。	960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%。
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				
23		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)				
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					
29	四类	高血压(Ⅱ期以上除外)*	—	—	—	—

注：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。

*9. “高血压（Ⅱ期以上）”和“糖尿病”两病种的城乡医保一档参保人基金累计支付限额由原来的 180 元/月调整为 2160 元/年（即 180 元×12 个月）。

*10. “高血压（Ⅱ期以上除外）”保障对象为我市城乡医保参保人，不含以职工身份参加我市基本医疗保险一档的参保人。其门诊发生的降血压药品费用由统筹基金支付，本市一级及以下定点医疗机构基金支付比例为 60%，本市二级定点医疗机构基金支付比例为 50%（三级和非定点医疗机构基金不予支付，特困供养人员城乡医保参保人基金支付比例提高 10 个百分点），基金累计支付限额为 1080 元/年。降血压药品范围和医保支付标准统一按国家和省的规定执行。

*11. “高血压（Ⅱ期以上）”、“糖尿病”和“高血压（Ⅱ期以上除外）”城乡医保参保人，若同时患有我市特定病种范围中一类或二类特定病种的，报销

比例按较高特定病种待遇标准执行，基金累计支付限额按一类或二类较高特定病种待遇标准执行，其中，同时患有二类特定病种的月度累计支付限额增加 60 元/月；若同时患有三类或四类其他特定病种的，报销比例按较高特定病种待遇标准执行，基金累计支付限额按年度累计支付限额=（较高病种月支付限额+60 元）×12 个月计算，即同时患有三类特定病种的年度累计支付限额为 3600 元/年，同时患有四类其他特定病种的年度累计支付限额为 2880 元/年。

四、基本医疗保险个人账户待遇

个人账户待遇		35周岁以下	35周岁-45周岁	45周岁-退休前	退休后	
		划入金额（元）			划入比例	划入金额（元）
2016年12月有划账记录的		按2016年12月实际划账金额划入			3.5%	122.67
2016年12月无划账记录的		按历史最高划账金额划入			3.5%	122.67
首次参加我市职工医保或二档的	2017年1月1日至12月31日首次参保	60.20	72.24	84.28	3.5%	122.67
	2018年1月1日后首次参保	60.20	72.24	84.28	—	—

注：1.首次参加我市职工医保或二档是指在该时间段前从未参加过我市职工医保或二档的。2018年1月1日后含1月1日。

2.表中在职年龄段划入金额为2016年12月个人账户对应最低缴费基数（2408元）的最低划入金额。退休人员仍按原职工医保办法划账，表中按2020年拟确定最低缴费基数（3505元）计算退休人员的划入金额。

3.与上述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，仍按上述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2016年12月职工医保对应年龄段实际划账标准重新计算的划账金额划入个人账户。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。

4.35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。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。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。

五、生育保险生育医疗费用待遇

缴费情况	费用类别	就医类型	范围内费用基金支付比例	基金累计支付最高限额
累计参加生育保险满1年	生育	①办理就医确认手续并且在就医确认的定点医疗机构生育	100%	--
		②分娩住院期间因诊治妊娠合并症、并发症需要，可以按照规定转至统筹地区内其他职工基本医疗保险定点医疗机构生育	100%	--
		③未办理就医确认手续而在生育保险定点医疗机构生育	60%	按我市相同级别的生育保险定点医疗机构结算标准执行
		④已办理就医确认手续但在就医确认以外的生育保险定点医疗机构生育	60%	
		⑤因急诊、抢救而在统筹地区内非定点医疗机构或者统筹地区以外医疗机构生育	100%	
		⑥非因急诊、抢救而在非生育保险定点医疗机构生育	50%	3000元
	计划生育手术	⑦在生育保险定点医疗机构施行计划生育手术的	100%	参照我市相同级别的生育保险定点医疗机构的结算标准
		⑧因急诊、抢救而在非生育保险定点医疗机构施行计划生育手术	100%	按二级生育保险定点医疗机构的结算标准
		⑨非因急诊、抢救而在非生育保险定点医疗机构施行计划生育手术	30%	按我市一级生育保险定点医疗机构的结算标准执行
累计参加生育保险未满1年的职工生育或者施行计划生育	生育医疗费用先由职工个人支付，待其累计参加生育保险满12个月后次月起的1年内，按累计参加生育保险满1年的职工生育或者施行计划生育手术的医疗费用报销比例和标准执行			
职工失业前已参加生育保险的，其在领取失业保险金期间发生符合规定的生育医疗费用	职工达到法定退休年龄后发生符合规定的生育医疗费用			按上述基金支付比例和标准执行
职工达到法定退休年龄后发生符合规定的生育医疗费用				
职工未就业配偶	生育或终止妊娠的住院医疗费用按照我市城乡居民基本医疗保险生育或终止妊娠的医疗待遇标准执行，不享受生育津贴和计划生育手术医疗费用的待遇			

注：生育保险待遇包括生育医疗费用和生育津贴。生育医疗费用包括下列各项：

1.生育的医疗费用，即女职工在孕产期内因怀孕、分娩发生的医疗费用，包括符合国家和省规定的产前检查的费用，终止妊娠的费用，分娩住院期间的接生费、手术费、住院费、药费及诊治妊娠合并症、并发症的费用。

2.计划生育的医疗费用，包括职工放置或者取出宫内节育器，施行输卵管、输精管结扎或者复通手术、人工流产、引产术等发生的医疗费用。

六、生育保险生育津贴待遇

假期类型		假期天数	生育津贴
女职工 产假	顺产的	98 天	职工生育或者 施行计划生育 手术时用人单 位上年度职工 月平均工资÷ 30×规定的假 期天数
	难产的	98 天+30 天=128 天	
	生育多胞胎的	每多生育 1 个婴儿，增加 15 天	
	怀孕未满 4 个月终止妊娠的	30 天	
	怀孕 4 个月以上 7 个月以下终止妊娠的	42 天	
	怀孕满 7 个月终止妊娠的	75 天	
计划生 育手术 休假	取出宫内节育器的	1 天	
	放置宫内节育器的	2 天	
	施行输卵管结扎的	21 天	
	施行输精管结扎的	7 天	
	施行输卵管或者输精管复通手术的	14 天	

注：1.用人单位上年度职工月平均工资，按照社保经办机构核定的本单位上一自然年度参保职工各月工资总额之和除以其各月参保职工数之和确定。用人单位无上年度职工月平均工资的，生育津贴以本单位本年度职工月平均工资为基数计算。

2.生育津贴支付期限按照《女职工劳动保护特别规定》《广东省职工生育保险规定》《广东省实施〈女职工劳动保护特别规定〉办法》等规定的产假期限执行。同时施行两种节育手术的，合并计算假期。

3.财政统发工资人员由财政部门按照职工原工资标准逐月垫付生育津贴的，社保经办机构按规定计算生育津贴归垫财政专户。

4.参保职工已享受生育津贴的，视同用人单位已经支付相应数额的工资。生育津贴高于职工原工资标准的，用人单位应当将生育津贴余额支付给参保职工；生育津贴低于职工原工资标准的，其差额部分参保职工可持社保经办机构出具的生育津贴支付凭证向用人单位申请补足。

5.按照《广东省人民政府办公厅关于印发广东省全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施方案的通知》（粤府办〔2019〕24号）的规定，两项保险合并后的职工生育津贴待遇继续按照《广东省职工生育保险规定》执行，所需资金从职工基本医疗保险基金中支付。