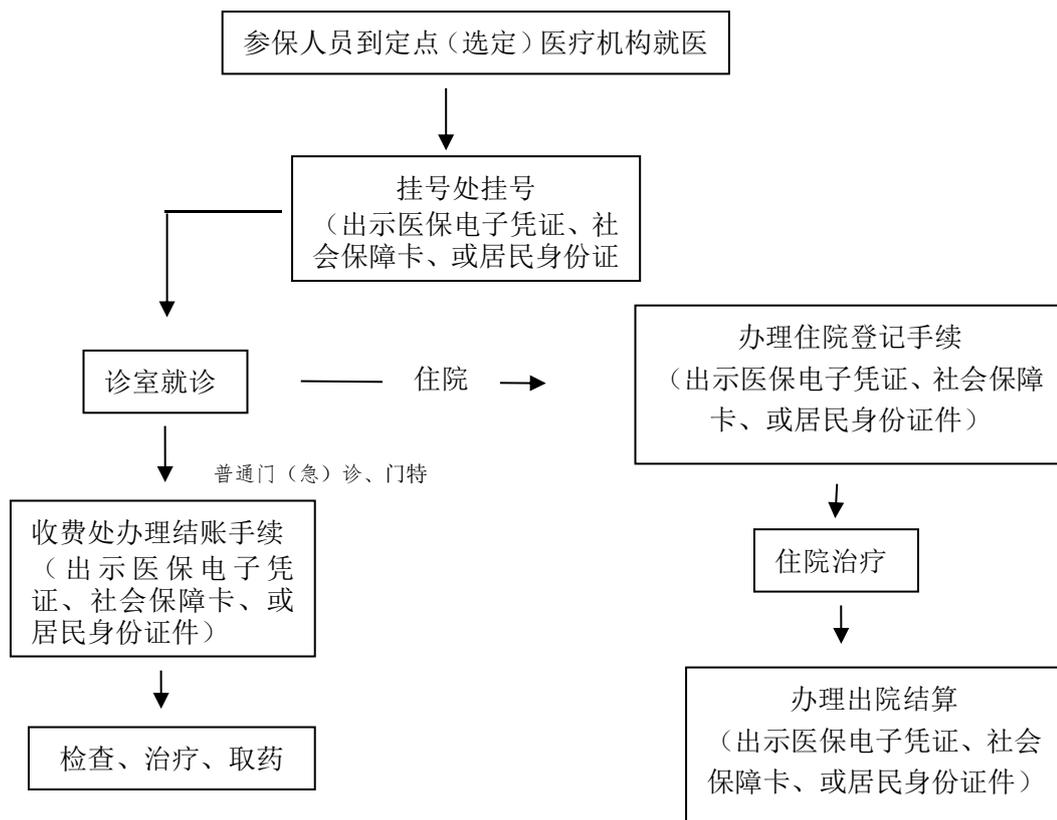


广州市医疗保险待遇简介

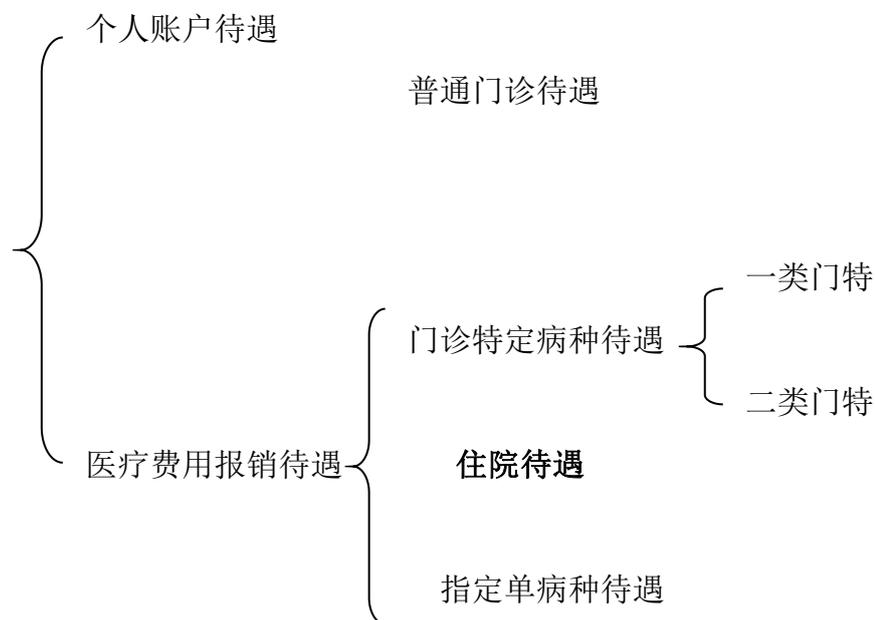
一、服务对象

1. 参加本市职工基本医疗保险的在职职工、退休人员；
2. 参加本市城乡居民医保的在校中小学生、未成年人、灵活就业人员、非从业人员、老年居民以及在穗居住的其他居民。

二、医保参保人员就医流程图



三、医保待遇类型



四、医保待遇标准

（一）选点就医

1. 职工医保参保人须选择 1 家基层定点医疗机构、1 家中医定点医疗机构、1 家其他定点医疗机构作为普通门诊选定的就医机构；因病情需要可以选定专科定点医疗机构进行相应专科门诊就医。

2. 城乡居民医保的未成年人及在校学生普通门诊须选择 1 家基层定点医疗机构、1 家其他定点医疗机构作为其选定的就医机构；其他城乡居民普通门诊须选择 1 家基层定点医疗机构作为其选定的就医机构。

3. 住院无需进行选点操作。

（二）普通门诊统筹待遇标准

职工医保统筹金支付比例			
人员类别	基层医疗机构 (基层中医)	非基层中医、专科 和其他医疗机构	统筹基金最高支付限额
在职职工	80%	65%	在职职工、退休人员的普通门诊医疗费用年度最高支付限额，分别为本市上上年度城镇单位在岗职工年平均工资 5%、7%
退休人员	85%	70%	
失业人员	80%	65%	

居民医保统筹金支付比例			
人员类别	基层医疗机构	其他医疗机构何指定 专科医疗机构	年度最高支付限额
未成年人及在校学生	80%	50%（直接就医）	1000 元/人. 年
		55%（经基层医院转诊）	
其他居民	60%	/	600 元/人. 年

（三）门诊特定病种待遇标准（一类门特、二类门特）

1. 类别、统筹基金最高支付限额及审核确认有效期

门诊特定病种		统筹基金最高支付限额 (当月有效、不滚存、不 累计)		审核确 认有效 期
分类	病种名称	职工医保	城乡居 民医保	
一类	高血压、高脂血症、骨关节炎、冠状动脉粥样硬化性心脏病、甲状腺功能减退症、类风湿关节炎、慢性心力衰竭（心功能III级以上）、慢性阻塞性肺疾病、脑血管病后遗症、糖尿病、支气管哮喘、心脏瓣膜替换手术后抗凝治疗、银屑病、肝豆状核变性病（铜代谢障碍）、淋巴结	200 元/月	50 元/月	长期

	核、肌萎缩侧索硬化症			
一类	系统性红斑狼疮、帕金森病、阿尔茨海默氏病、癫痫、慢性肾功能不全（非透析）、慢性肾小球肾炎、肝硬化、强直性脊柱炎、溃疡性结肠炎、克罗恩病、普拉德-威利综合征	400 元/月	50 元/月	长期
二类	分裂情感性障碍、精神发育迟滞、精神分裂症、偏执性精神病、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍	500 元/月	400 元/月	长期
二类	慢性乙型肝炎、心房颤动抗凝治疗	600 元/月	480 元/月	两年
二类	艾滋病病毒感染	800 元/月	640 元/月	长期
二类	恶性肿瘤镇痛治疗（非化学治疗、生物靶向药物治疗、放射治疗期间）	800 元/月	640 元/月	两年
二类	活动性肺结核	800 元/月	640 元/月	一年
二类	耐多药肺结核	800 元/月	640 元/月	两年
二类	小儿脑性瘫痪	——	640 元/月	两年
二类	重型 β 地中海贫血	3000 元/月		两年
二类	慢性丙型肝炎	3500 元/月		6 个月
二类	慢性再生障碍性贫血、肺脏移植术后抗排异治疗、肝脏移植术后抗排异治疗、骨髓移植术后抗排异治疗、肾脏移植术后抗排异治疗、心脏移植术后抗排异治疗	6000 元/月		两年
二类	多发性硬化症	7100 元/月		两年
二类	湿性年龄相关性黄斑变性	18000 元/年	14400 元/年	两年
二类	恶性肿瘤放射治疗、恶性肿瘤化学治疗（含生物靶向药物治疗）、恶性肿瘤辅助治疗（放射治疗、化学治疗及生物靶向药物治疗期间）、尿毒症腹膜透析治疗、尿毒症血液透析治疗	无		两年
二类	血友病	无		长期
二类	家庭病床	无		90 天
二类	急诊留院观察	无		—

2. 一类门诊特定病种统筹基金支付比例

参保类型	人员类别	基层医疗机构	其他医疗机构
职工医保	在职职工	85%	70%
	退休人员		

居民医保	未成年及在校学生	85%	65%
	其他居民		

3. 二类门诊特定病种待遇标准

①急诊留院观察起付标准按参保人在三级定点医疗机构住院起付标准确定（职工 1000 元/次·年；城乡居民 500 元/次·年），每一保险年度计算 1 次。急诊留院观察起付标准以上基本医疗费用按参保人相应的住院基本医疗费用的支付比例确定。

急诊留院观察后直接转入本院住院治疗的，其医疗费用并入住院医疗费用中，统一按相应的住院标准结算。

②家庭病床起付标准按参保人在一级定点医疗机构住院起付标准确定，每 90 日结算 1 次。家庭病床起付标准以上基本医疗费用按参保人相应的一级定点医疗机构住院基本医疗费用的支付比例确定。

③其他二类门诊特定病种不设起付标准，按参保人相应的住院基本医疗费用的支付比例确定。

★一类门诊特定病种参保人最多可选择其中 3 个病种享受医疗保险待遇。

★参保人员在住院期间不得同时办理普通门诊、一类门诊特定病种就医结算。

★经确认的二类门诊特定病种参保人须在指定定点医疗机构中选定 1 家作为本人相应门诊特定病种治疗的定点医疗机构。选定医院一经确定，原则上审核确定有效期内不得变更。但参保病人确因病情需要、居住地变化等情形需要变更选定医院的，可到本市医疗保险经办机构办理变更手续。其中分裂情感性障碍、精神发育迟滞、精神分裂症、偏执性精神病、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、急诊留院观察不受选点限制。

★未经指定定点医疗机构确诊并审核确认的门诊特定病种医疗费用，与所确诊的门诊特定病种不相关的医疗费用，以及在非选定医院就医发生的门诊特定病种基本医疗费用，统筹基金不予支付。

★指定定点医疗机构按照因病施治、合理用药的原则，可根据参保人病情需要将单次处方医保用药量延长至 12 周，本市统筹基金最高支付标准按自然季度管理，季度标准为月度标准的 3 倍，当季度有效，不滚存、不累计。

★最高支付限额以上费用统筹基金不予支付。

（四）住院待遇标准

1. 起付标准

定点医疗机构等级起付标准			
参保类别	一级	二级	三级
职工医保	250	500	1000
居民医保	150	300	500

★连续住院治疗时间每超过 90 天的，需再支付一次起付标准费用。在专科定点医疗机构连续住院治疗结核病的，每超过 180 天，需再支付一次起付标准费用。

★参保人因精神病在本市职工医保指定精神病专科医疗机构或精神病专科病区住院治疗的，不设起

付标准。

2. 统筹基金支付比例

参保类别	人员类别	一级	二级	三级
职工医保	在职职工	90%	85%	80%
	退休人员	93%	89.5%	86%
居民医保	未成年及中小学生	90%	85%	80%
	其他居民	90%	80%	70%

★住院治疗符合出院标准的，应及时出院。凡应出院而不按规定出院的，自定点医疗机构医嘱出院日期的次日起，所发生费用需个人支付。

★出院后因病情需要，符合入院标准可再入院治疗，与出院时间长短无关。

五、其他相关待遇标准

（一）个人自付费用比例

参保人员使用基本医疗保险乙类药品、诊疗项目及医用材料，个人先自付费用比例如下：

乙类项目类别	个人先自付比例	
	城镇职工医保	城乡居民医保
药品	5%	15%
治疗项目	10%	20%
检查项目	15%	30%
可单独收费的一次性医用材料	10%	30%
安装各种人造器官和体内置放材料	20%	50%

（二）统筹基金年度累计最高支付限额（封顶线）

1. 在一个职工医保年度内，统筹基金支付在职人员、退休人员普通门诊、住院、门诊特定病种及指定单病种就医发生的符合规定范围内的医疗费用，累计最高支付限额为**本市上上上年度城镇单位在岗职工年平均工资的6倍**；

2. 在一个城乡居民医保年度内，参保人住院、指定单病种、门诊特定病种、普通门诊及符合生育政策规定的生育医疗费用，统筹基金年度累计最高支付限额为**缴费基数**的6倍。

（三）职工大额医疗费用补助待遇

1. 一个医保年度内，参保人员住院或者二类门诊特定病种治疗发生的基本医疗费用，属于统筹基金最高支付限额及以下的个人自付的基本医疗费用，累计超过2000元的部分由职工大额医疗费用补助金按70%的比例支付。

2. 在一个医保年度内，参保人员住院或者进行门诊特定病种治疗发生的基本医疗费用，超过统筹基金年度累计支付限额后由补助资金支付，最高支付限额为**本市上上上年度城镇单位在岗职工年平均工资的3倍**。①住院、二类门诊特定病种的基本医疗费用，由补助金按95%的比例支付；②一类门诊特定病种

的基本医疗费用，由补助金按照指定基层医疗机构 85%、其他医疗机构 70%的比例支付。

★参保人享受职工基本医疗保险待遇的同时享受职工大额医疗费用补助待遇。

（四）城乡居民大病保险待遇

参保人无需另行缴费，还可在享受城乡居民医保待遇基础上享受大病保险待遇：

1. 参保人住院或进行二类门诊特定病种治疗发生的基本医疗费用中，属于个人自付医疗费用由大病保险资金按以下标准支付：

①全年累计超过 1.8 万元以上、3.6 万元及以下部分，由大病保险资金支付 60%。

②全年累计超过 3.6 万元以上、城乡居民医保统筹基金最高支付限额以下部分，由大病保险资金支付 75%。

③属于享受本市医疗救助待遇的参保人员，全年累计超过 3500 元以上、城乡居民医保统筹基金最高支付限额以下部分，由大病保险资金支付 80%。

2. 参保人住院或进行二类门诊特定病种治疗发生的基本医疗费用，全年累计超过城乡居民医保统筹基金最高支付限额以上部分，由大病保险资金支付 90%。

3. 大病保险年度最高支付限额为 40 万元；连续参保 2 年及以上的参保人，年度最高支付限额为 45 万元；对属于享受医疗费用减免待遇的社会医疗救助对象的参保人，不设年度最高支付限额。