

序号	分类	病种名称	统筹基金最高支付限额	审核确认有效期
1	二类	分裂情感性障碍	1500元/季度	长期
2	二类	精神发育迟滞	1500元/季度	长期
3	二类	精神分裂症	1500元/季度	长期
4	二类	持久的妄想性障碍 (偏执性精神病)	1500元/季度	长期
5	二类	双相(情感)障碍	1500元/季度	长期
6	二类	癫痫所致精神障碍	1500元/季度	长期
7	二类	慢性乙型肝炎	1800元/季度	两年
8	二类	心房颤动抗凝治疗	1800元/季度	两年
9	二类	艾滋病	2400元/季度	长期
10	二类	活动性肺结核	2400元/季度	一年
11	二类	耐多药肺结核	2400元/季度	两年
12	二类	地中海贫血(海洋性贫血或 珠蛋白生成障碍性贫血)	9000元/季度	长期
13	二类	丙型肝炎(HCV RNA阳性)	10500元/季度	6个月
14	二类	再生障碍性贫血	18000元/季度	两年
15	二类	肺脏移植术后抗排斥治疗	18000元/季度	两年
16	二类	肝脏移植术后抗排斥治疗	18000元/季度	两年
17	二类	造血干细胞移植后抗排斥治疗	18000元/季度	两年
18	二类	肾脏移植术后抗排斥治疗	18000元/季度	两年
19	二类	心脏移植术后抗排斥治疗	18000元/季度	两年
20	二类	多发性硬化	21300元/季度	两年
21	二类	湿性年龄相关性黄斑变性	18000元/年	两年
22	二类	恶性肿瘤(非化疗)	2400元/季度	两年
23	二类	恶性肿瘤(放疗)	无	两年
24	二类	恶性肿瘤(化疗,含生物 靶向药物、内分泌治疗)	无	两年

序号	分类	病种名称	统筹基金最高支付限额	审核确认有效期
25	二类	恶性肿瘤辅助治疗(放射 治疗、化疗及生物靶 向药物治疗期间)	无	两年
26	二类	慢性肾功能不全(腹透治疗)	无	两年
27	二类	慢性肾功能不全(血透治疗)	无	两年
28	二类	血友病	无	长期
29	二类	家庭病床	无	90天
30	二类	急诊留院观察	无	—
31	二类	骨髓纤维化	无	两年
32	二类	骨髓增生异常综合征	无	两年
33	二类	肢端肥大症	15000元/季度	两年
34	二类	肺动脉高压	22500元/季度	长期
35	二类	C型尼曼匹克病	48000元/季度	长期
36	二类	视网膜静脉阻塞 所致黄斑水肿	15000元/年	两年
37	二类	糖尿病黄斑水肿	18000元/年	两年
38	二类	脉络膜新生血管	18000元/年	两年
39	二类	新冠肺炎出院患者 门诊康复治疗	无	3个月

*经确认的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(简称“选定医院”)。选定医院一经确定,原则上一年内不得变更。但参保人确因病情需要、发生户口迁移、居住地变化等情形需要变更选定医院的,可到拟变更的定点医疗机构或本市医保分中心办理变更,亦可线上通过广东政务服务网申请办理变更。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、急诊留院观察治疗不受选点限制。

*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,医疗保险基金不予支付。

*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量延长至12周;最高支付限额当期有效,不滚存、不累计。

2.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,每一医保年度只计算一次起付标准。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日需重新计算一次起付标准。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。

*最高支付限额以上费用,医疗保险基金不予支付。

(四)住院待遇标准

1.起付标准(元)

定点医疗机构等级	在职工/退休人员
一级	250
二级	500
三级	1000

*连续住院情形治疗时间每超过90天需重新计算一次起付标准。在专科定点医疗机构连续住院治疗结核病的,每超过180天需重新计算一次起付标准。

*参保人因精神病在本市精神病专科医院或者指定综合性医疗机构精神病专科病区住院治疗的,起付标准为0元。

2.统筹基金支付比例

人员类别	一级医院		二级医院		三级医院
	规定标准	实施基药制度且零差率销售的药品	规定标准	实施基药制度且零差率销售的药品	
在职工	90%	95%	85%	93.5%	80%
退休人员	93%	95%	89.5%	95%	86%

【注意事项】

1.参保人住院治疗符合出院标准但不按照规定出院的,自定点医疗机构医嘱出院日期之次日起发生的费用,职工基本医疗保险统筹基金不予支付。

2.参保人出院后因病情需要,符合入院标准可再入院治疗,与出院时间长短无关。

(五)职工大额医疗费用补助待遇

1.一个医保年度内,参保人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2,000元的部分由职工大额医疗费用补助金(以下简称补助金)按70%的比例支付。

2.一个医保年度内,参保人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金支付,最高支付限额为本市上上年度城镇单位在岗职工年平均工资的3倍(2024年度最高支付限额为456,972元)。具体标准如下:

(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;

(3)其他符合国家、省、市规定的费用,由补助金按照相关规定支付。

(六)互联网诊疗业务

广州市医保互联网医院可为享受门诊特定病种待遇的参保人提供医保互联网复诊服务,参保人按规定在医保互联网医院复诊发生的合规医疗费用,享受相应的医保门诊特定病种待遇。

六、温馨提示

(一)本简介所称的“年度”、“医保年度”,是指当年1月1日至12月31日。

(二)在定点医疗机构就医过程中的门诊选点、门诊特定病种待遇确认、转诊转院等事项一般可由定点医疗机构直接办理,具体可到定点医疗机构医保办或医务部门咨询、反映,无需到医保分中心办理。

(三)本简介未尽之处,可通过以下方式查询:

1. 网站
广东政务服务网<https://www.gdzwfw.gov.cn/>
2. 电话
广州12345政务服务便民热线:(020)12345
3. 亲临我市各医保分中心,具体信息可扫描以下二维码获取。



广州医保微信公众号

温馨提示:本资料内容如果与政策文件有出入或政策发生调整,请以最新公布的政策为准。



广州市职工基本医疗保险

待遇简介

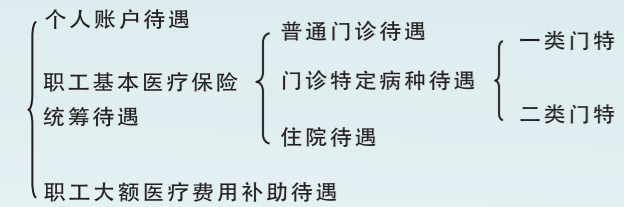
(2024年度 第二版)

广州市医疗保险服务中心
2024年7月 编印

前言

本篇主要介绍广州市职工基本医疗保险（简称“职工医保”）参保人可享受的医疗保险待遇。

一、职工医保待遇范围



* 医疗保险经办机构根据相关政策规定为符合规定的参保人建立个人账户，并按照规定标准从社会医疗保险基金划入个人账户资金；个人账户资金一般在每月中下旬拨付到账（在职人员为缴费次月到账）。

* 医疗费用报销待遇原则上通过定点医疗机构予以记账结算，参保人在就医过程中应当出示有效的基本医疗保险凭证，并配合定点医疗机构进行身份核对。在费用结算前未出示有效的基本医疗保险凭证的，就医所发生的费用全部由参保人自行承担。

* 基本医疗保险凭证包括：医保电子凭证、社会保障卡或者居民身份证等。

医保电子凭证是由国家医疗保障信息平台统一签发的医保身份识别电子介质。参保人可通过国家医保服务平台App、微信、支付宝、银联云闪付App、协议银行App等渠道办理医保电子凭证申领及激活。有关医保电子凭证的激活、使用等相关业务指引可前往“广州医保”公众号查询；如激活、使用过程中遇到问题，可拨打24小时热线12345进行咨询。

* 首次进行普通门诊（含急诊，下同）、门诊特定病种就医，需按规定办理相关手续。

二、职工医保待遇享受时间

（一）按时足额缴纳职工医保费的参保人，从缴费次月开始享受相应的职工医保待遇。

（二）失业人员在领取失业保险金期间，按规定享受在职

职工医保待遇。

（三）职工医保参保人在停止缴费的次月，停止享受职工医保待遇，但个人账户余额可以继续使用。

（四）用人单位未按照规定为职工参保的

1.从欠缴次月起，参保人暂不享受职工医保待遇。

2.从应当按照规定参保的次月或者未按时足额缴费的次月起，在3个月内足额补缴应缴费用和滞纳金的，补缴医保费对应期间的职工基本医疗保险统筹待遇和职工大额医疗费用补助待遇，由职工基本医疗保险统筹基金予以补付。

3.超过3个月补缴应缴费用和滞纳金的，职工基本医疗保险统筹基金不补付职工基本医疗保险统筹待遇和职工大额医疗费用补助待遇，期间参保人应当享受的职工医保待遇由负有缴费义务的用人单位承担。

4.用人单位按规定补缴后，累计参保职工的本市累计缴费年限，参保职工的个人账户按照补缴医保费对应期间适用的个人账户计入标准补计入资金。

提示：灵活就业人员和退休延缴人员个人未按时足额缴纳职工基本医疗保险费的，不予补缴。国家、省另有规定的，从其规定。

三、个人账户待遇

（一）个人账户划入标准

根据《广东省职工基本医疗保险门诊共济保障实施办法》、《广东省基本医疗保险关系省内转移接续暂行办法》以及《广州市社会医疗保险规定》，个人账户按月划入标准为：

人员类别	个人账户应划入金额	个人账户实到账金额
在职职工（含：工伤职工） 灵活就业人员 失业人员	本年度本人职工医保月缴费基数×2%	个人账户应划入金额-划扣长护险金额
退休人员	按定额划入，月划入额度为2021年广州市基本养老金月平均金额×2.8%（169.08元/月）	
退休延缴人员	按月缴费期间无个人账户待遇	

（二）个人账户余额查询

职工医保参保人可通过以下方式查询个人账户余额：

1.参保人激活医保电子凭证后查询：①在“国家医保服务

平台”App首页顶端“医保电子凭证”中，点击查询“职工医保个人账户余额”；②在微信搜索“医保电子凭证”，进入医保电子凭证页面，点击“余额查询”；③在支付宝搜索“医保电子凭证”，进入医保电子凭证页面，点击“医保余额”。（查询时注意选择参保地为广州）

2.持医保卡的参保人通过标识有“广东银联”的自助柜员机、对应服务银行在广州市区内的营业网点、拨打服务银行的服务电话等方式进行查询。

3.持社保卡的参保人通过对应服务银行的多媒体自助终端机、对应服务银行在广州市区内的营业网点、拨打服务银行的服务电话等方式进行查询。

（三）个人账户支付范围

个人账户可用于支付参保人本人及其配偶、父母、子女以下费用：1.在定点医疗机构就医发生的由个人负担的医疗费用。2.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。3.配偶、父母、子女参加居民医保等的个人缴费。4.参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。5.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。6.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。

四、职工医保待遇相关名词解释

（一）医保目录

指属于国家、省规定医保药品、医疗服务项目及医用耗材目录的统称。

广州市执行国家、省规定的医保目录政策。符合医保目录范围及支付标准的医疗费用，方可由医疗保险基金按规定支付。其中，医保目录内甲类项目不设定个人先自付比例，由基本医疗保险基金按规定支付，乙类项目需先由参保人自付一定比例后，再由基本医疗保险基金按规定支付。

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

（二）基本医疗保险费用

指属于国家、省基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目等目录、支付范围和支付标准的医疗费用，但不含个人按照规定比例先自付的费用以及超限额标准的费用。

（三）起付标准费用

基本医疗保险费用中，医疗保险基金支付前由参保人自付的医疗费用。

（四）共付段费用

基本医疗保险费用中，起付标准以上的费用。该部分费用由医疗保险统筹基金和参保人按规定比例共同分担。

（五）个人自付费用和个人自费费用

相关费用由个人全额负担。具体如下：

1.个人自付费用是指参保人就医所发生的医疗费用中，由个人负担的属于医保目录范围内自付部分的费用，包括起付标准费用、乙类项目个人先自付费用、共付段费用中个人自付部分、超限额标准费用。

2.个人自费费用是指参保人就医所发生的医疗费用中，按照有关规定不属于医保目录范围内而全部由个人支付的费用。

（六）统筹基金年度最高支付限额（封顶线）

在一个医保年度内，统筹基金对参保人住院、门诊特定病种治疗发生的基本医疗费用，累计最高支付限额为本市上上年度城镇单位在岗职工年平均工资的6倍。2024年度最高支付限额为913,944元。

（七）广州市医保互联网医院

指经卫生健康行政部门批准开展互联网诊疗活动，且自愿医疗保险经办机构申请签订补充协议，可为广州市参保人提供医保互联网复诊服务的定点医疗机构。

五、医保待遇标准

（一）普通门诊待遇标准

1.选点就医

选点就医（“一大一小一中医”+专科）：参保人应当按照规定在选定的定点医疗机构或者指定专科医疗机构进行普通门诊就医。

普通门诊选定的就医机构，原则上一年内不变更。参保人员确因病情需要、发生户口迁移、居住地变化、变动工作单位或者因定点医疗机构资格变化、重大突发事件等情形，可线上通过广东政务服务网或穗好办App途径，或线下至本市医保分中心现场申请办理变更。

2.待遇标准

（1）起付标准：无。

（2）普通门诊统筹基金支付比例及最高支付限额：

人员类别	基层医疗机构		专科医疗机构以及非基层中医医疗机构和其他医疗机构	2024年度门诊统筹基金最高支付限额
	规定标准	实施基药制度且零差率销售的药品		
在职职工	80%	88%	65%	本市上上年度城镇单位在岗职工年平均工资的5%（2024年度为7616元）
退休人员	85%	93.5%	70%	本市上上年度城镇单位在岗职工年平均工资的7%（2024年度为10663元）

（二）一类门诊特定病种待遇标准

医疗保险基金支付一类门诊特定病种基本医疗费用，应当符合我市社会医疗保险一类门诊特定病种目录范围。

1. 一类门诊特定病种的类别及审核确认

广州市一类门诊特定病种均须指定定点医疗机构确诊并审核确认，共27种：

序号	分类	病种名称	统筹基金最高支付限额	审核确认有效期
1	一类	高血压病	600元/季度	长期
2	一类	糖尿病	600元/季度	长期
3	一类	高脂血症	600元/季度	长期
4	一类	冠心病	600元/季度	长期
5	一类	慢性心功能不全	600元/季度	长期
6	一类	脑血管疾病后遗症	600元/季度	长期
7	一类	支气管哮喘	600元/季度	长期
8	一类	慢性阻塞性肺疾病	600元/季度	长期
9	一类	心脏瓣膜替换手术后抗凝治疗	600元/季度	长期
10	一类	类风湿性关节炎	600元/季度	长期
11	一类	骨关节炎	600元/季度	长期
12	一类	甲状腺功能减退症	600元/季度	长期
13	一类	银屑病	600元/季度	长期
14	一类	肝豆状核变性病（铜代谢障碍）	600元/季度	长期

序号	分类	病种名称	统筹基金最高支付限额	审核确认有效期
15	一类	淋巴结核	600元/季度	长期
16	一类	肌萎缩侧索硬化症	600元/季度	长期
17	一类	系统性红斑狼疮	1200元/季度	长期
18	一类	帕金森病	1200元/季度	长期
19	一类	阿尔茨海默氏病	1200元/季度	长期
20	一类	癫痫	1200元/季度	长期
21	一类	慢性肾功能不全（非透析治疗）	1200元/季度	长期
22	一类	慢性肾小球肾炎	1200元/季度	长期
23	一类	肝硬化（含失代偿期）	1200元/季度	长期
24	一类	强直性脊柱炎	1200元/季度	长期
25	一类	溃疡性结肠炎	1200元/季度	长期
26	一类	克罗恩病	1200元/季度	长期
27	一类	普拉德-威利综合征	1200元/季度	长期

*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；最高支付限额当期有效，不滚存、不累计。

*参保人最多可选择其中3个病种享受医疗保险待遇。

2.待遇标准：

（1）起付标准：无

（2）统筹基金支付比例：

人员类别	基层医疗机构		其他医疗机构和指定专科医疗机构
	规定标准	实施基药制度且零差率销售的药品	
在职职工	85%	93.5%	70%
退休人员			

（三）二类门诊特定病种待遇标准

医疗保险基金支付二类门诊特定病种基本医疗费用，应当符合我市社会医疗保险二类门诊特定病种目录范围。

1. 类别及审核确认

除急诊留观外，其余病种都须指定定点医疗机构确诊并审核确认。