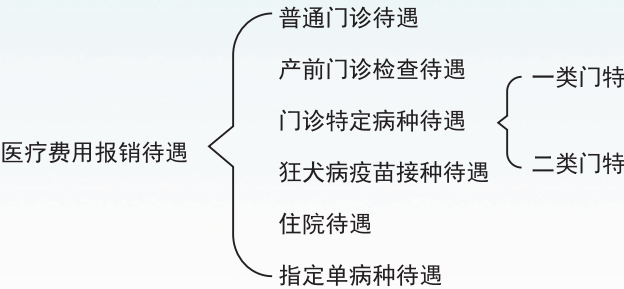


前言

本简介适用于参加我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（含在穗居住的广东省人才优粤卡（或广州市高层次人才证）持有人的未就业配偶及子女、持有永久居住证外国人及已办理港澳台居民居住证的未就业港澳台居民）。

一、城乡居民医保待遇类型



★参保人在医保就医过程中，应出示有效社会医疗保险凭证，并配合定点医疗机构进行身份核实。

★首次进行普通门诊（含急诊，下同）、产前门诊检查、门诊特定病种就医，请按规定办理相关手续。

★社会医疗保险凭证包括：广州市医保电子凭证、具有医保功能的广州市社会保障卡（简称“社保卡”）、广州市社会医疗保险磁条卡（简称“医保卡”），因参保人未申领等特殊原因，或社保卡暂不能制发以及在制发、遗失、重制、未启用医保功能期间，可使用有效身份证件、医保卡、服务银行出具的挂失证明或补换卡凭据作为其临时医保凭证。

有关社保卡申领、制卡、发卡、挂失重制等相关业务可拨打24小时热线12343、12345进行咨询或“穗好办”APP、支付宝-市民中心-社保了解相关信息。

有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、使用过程中遇到的问题，可拨打24小时热线12345进行咨询。

二、城乡居民医保待遇相关名词解释

（一）医保目录：

广州市执行国家、省规定的医保目录政策和支付标准。符合医保目录范围内的医疗费用，方可由医保基金按规定支付。其中，医保目录内甲类项目全部纳入医保基金支付范围，乙类项目需先由个人按比例自付一定费用后方纳入医保基金支付范围。

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

（二）**基本医疗保险**：指医保目录范围内的医疗费用，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**：基本医疗保险中，医保基金支付前由参保人自付的医疗费用。

（四）**住院检验检查费限额**：参保人每次住院纳入基本医疗保险费用计算的按医疗机构级别设置最高支付限额。

定点医疗机构级别	一级	二级	三级
限额标准	500 元	1000 元	1500 元

（五）**共付段费用**：起付线以上，统筹基金年度最高支付限额以内的基本医疗费用，由医保统筹基金和参保人按比例共同负担。

（六）**个人自付费用**和**个人自费费用**：个人自付费用指基本医疗费用中由个人负担的费用，包括起付线、共付段个人自付费用。个人自费费用指不属于医保目录范围以及目录范围内由个人负担的费用，超年度、季度、月度最高支付限额的费用。

（七）统筹基金年度最高支付限额(封顶线)

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、普通门诊以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^①的6倍。2021年度城乡居民医保年度统筹基金最高支付限额为281,760元。2022年度城乡居民医保年度统筹基金最高支付限额为298,710元。

三、城乡居民医保待遇标准

参保人可按规定享受普通门诊、住院、门诊特定病种（含一类门诊特定病种及二类门诊特定病种）、指定单病种以及符合生育政策规定的生育医疗待遇。

（一）普通门诊待遇标准

参保人在选定的定点医疗机构进行普通门诊就医，发生的属于本市社会医疗保险普通门诊药品目录范围内的基本医疗药费，由统筹基金按以下规定支付：

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	年度最高支付限额
	人员类别	实施基药制度且零差率销售的药品		
未成年人在校学生	80%	88%	50%（直接就医）	1000 元 / 人
			55%（经基层医疗机构转诊）	
其他居民	60%	66%	/	600 元 / 人

（二）一类门诊特定病种待遇标准

统筹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. 类别及审核确认有效期

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	50 元 / 月	长期
2	一类	糖尿病	50 元 / 月	长期
3	一类	高脂血症	50 元 / 月	长期
4	一类	冠心病	50 元 / 月	长期
5	一类	慢性心功能不全	50 元 / 月	长期
6	一类	脑血管疾病后遗症	50 元 / 月	长期
7	一类	支气管哮喘	50 元 / 月	长期
8	一类	慢性阻塞性肺疾病	50 元 / 月	长期
9	一类	心脏瓣膜替换手术后抗凝治疗	50 元 / 月	长期

10	一类	类风湿性关节炎	50 元 / 月	长期
11	一类	骨关节炎	50 元 / 月	长期
12	一类	甲状腺功能减退症	50 元 / 月	长期
13	一类	银屑病	50 元 / 月	长期
14	一类	肝豆状核变性病（铜代谢障碍）	50 元 / 月	长期
15	一类	淋巴结核	50 元 / 月	长期
16	一类	肌萎缩侧索硬化症	50 元 / 月	长期
17	一类	系统性红斑狼疮	50 元 / 月	长期
18	一类	帕金森病	50 元 / 月	长期
19	一类	阿尔茨海默氏病	50 元 / 月	长期
20	一类	癫痫	50 元 / 月	长期
21	一类	慢性肾功能不全（非透析治疗）	50 元 / 月	长期
22	一类	慢性肾小球肾炎	50 元 / 月	长期
23	一类	肝硬化	50 元 / 月	长期
24	一类	强直性脊柱炎	50 元 / 月	长期
25	一类	溃疡性结肠炎	50 元 / 月	长期
26	一类	克罗恩病	50 元 / 月	长期
27	一类	普拉德-威利综合征	50 元 / 月	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，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。

★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
	规定标准	实施基药制度且零差率销售的药品	
未成年人在校学生	85%	93.5%	65%
其他居民			

（三）二类门诊特定病种待遇标准

统筹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. 类别及审核确认有效期

除急诊留观外，其余病种均须经审核确认。

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	400 元 / 月	长期
2	二类	精神发育迟滞	400 元 / 月	长期
3	二类	精神分裂症	400 元 / 月	长期
4	二类	持久的妄想性障碍（偏执性精神病）	400 元 / 月	长期
5	二类	双相（情感）障碍	400 元 / 月	长期
6	二类	癫痫所致精神障碍	400 元 / 月	长期
7	二类	慢性乙型肝炎	480 元 / 月	两年
8	二类	心房颤动抗凝治疗	480 元 / 月	两年

9	二类	艾滋病	640 元 / 月	长期
10	二类	活动性肺结核	640 元 / 月	一年
11	二类	耐多药肺结核	640 元 / 月	两年
12	二类	小儿脑性瘫痪	640 元 / 月	两年
13	二类	地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）	3000 元 / 月	长期
14	二类	丙型肝炎（HCV RNA 阳性）	3500 元 / 月	6 个月
15	二类	再生障碍性贫血	6000 元 / 月	两年
16	二类	肺脏移植术后抗排斥治疗	6000 元 / 月	两年
17	二类	肝脏移植术后抗排斥治疗	6000 元 / 月	两年
18	二类	造血干细胞移植后抗排斥治疗	6000 元 / 月	两年
19	二类	肾脏移植术后抗排斥治疗	6000 元 / 月	两年
20	二类	心脏移植术后抗排斥治疗	6000 元 / 月	两年
21	二类	多发性硬化	7100 元 / 月	两年
22	二类	湿性年龄相关性黄斑变性	14400 元 / 年	两年
23	二类	恶性肿瘤（非化疗）	640 元 / 月	两年
24	二类	恶性肿瘤（放疗）	无	两年
25	二类	恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）	无	两年
26	二类	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）	无	两年
27	二类	慢性肾功能不全（腹透治疗）	无	两年
28	二类	慢性肾功能不全（血透治疗）	无	两年
29	二类	血友病	无	长期
30	二类	家庭病床	无	90 天
31	二类	急诊留院观察	无	—
32	二类	骨髓纤维化	无	两年
33	二类	骨髓增生异常综合征	无	两年
34	二类	肢端肥大症	4000 元 / 月	两年
35	二类	肺动脉高压	6000 元 / 月	长期
36	二类	C 型尼曼匹克病	12800 元 / 月	长期
37	二类	视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿	12000 元 / 年	两年
38	二类	糖尿病黄斑水肿	14400 元 / 年	两年
39	二类	脉络膜新生血管	14400 元 / 年	两年
40	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，原则上审核确认有效期内不得变更。但参保人确因病情需要、居住地变化等情形需要变更选定医院的，可到本市医保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，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，本市统筹基金设定月度最高支付标准的，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。

2. 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，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日计算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。

*重组人凝血因子IX纳入血友病门诊特定病种药品目录，按不高于每人每年250,000元（含250,000元）的标准纳入本市社会医疗保险统筹基金支付范围。

*最高支付限额以上费用统筹基金不予支付。

（四）门诊接种狂犬疫苗待遇标准

门诊接种狂犬疫苗，统筹基金按参保人相应的住院基本医疗费用支付比例支付，不设起付标准，每人每年最高支付200元。

（五）产前门诊检查待遇标准

参保人在符合生育政策规定的生育期内，可在本市生育保险定点医疗机构中选定1家进行产前门诊检查。统筹基金支付产前门诊检查的具体项目，参照本市生育保险规定的诊疗项目执行，不分甲、乙类，统筹基金按50%标准支付，统筹基金支付限额为每人每孕次300元。

（六）指定单病种

参保人因患白内障，在具备条件的本市社会医疗保险定点医疗机构行眼白内障摘除及人工晶体植入术所发生的门诊或住院医疗费。人工晶体纳入基金起付范围，最高限额标准为1800元/个。不设统筹基金起付标准，统筹基金按各险种人员住院医疗费的比例支付。

（七）住院待遇标准

参保人每次住院基本医疗费用统筹基金的起付标准、共付段统筹基金支付比例为：

人员类别	医院级别	起付标准	共付段统筹基金支付比例
未成年人及中小学生	一级	150 元	90%
	二级	300 元	85%
	三级	500 元	80%
其他居民	一级	150 元	90%
	二级	300 元	80%
	三级	500 元	70%

【注意事项】

1. 住院治疗连续时间每超过90天的，须再支付一次起付标准费用。在专科医院连续住院治疗结核病的，每超过180天的，须再支付一次起付标准费用。因精神病在本市精神病专科医院或指定综合性医疗机构精神病专区住院治疗的，无需支付起付标准。

2. 住院治疗后符合出院标准的，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，所发生费用须由个人支付。

3. 出院后因病情需要，符合入院标准的可再次入院治疗，与出院时间长短无关。

4. 符合生育政策规定的生育或终止妊娠发生的住院医疗费用，按照我市企业职工生育保险医疗费支付项目和目录范围执行，但支付标准按上述规定执行。

5. 参保人因精神病在本市精神病专科医院或指定综合性医疗机构精神病专区住院治疗的，无需支付起付标准，不设检验检查费用最高支付限额。

四、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：

（一）参保人员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%。

（二）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%。

（三）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。

五、温馨提示

（一）本简介所称的基本医疗费用，是指属于基本医疗保险目录范围及医保支付标准以内的医疗费用，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。

（二）在定点医疗机构就医过程中的普通门诊选点、门诊特定病种待遇确认、转诊转院等事项一般由定点医疗机构通过系统直接办理，参保人无需亲临医保经办机构办理。在就医过程中遇到问题，可直接到定点医疗机构医保部门咨询、反映。

（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

2. 电话

广州12345政府服务热线：（020）12345

3. 亲临我市各医保经办机构，具体信息可扫描下方二维码获取。



广州医保微信公众号

温馨提示：如果发生政策调整，请以最新公布的政策为准。

