阳医保通〔2024〕54号

阳江市医疗保障局关于印发《阳江市医疗保障

待遇清单（2025年版）》的通知

市医疗保障事业管理中心，各县（市、区）医疗保障局，各定点医药机构：

为保障人民群众医保权益，促进医疗保障制度管理规范化，根据《广东省医疗保障局 广东省财政厅关于建立广东省医疗保障待遇清单制度的实施方案》（粤医保规〔2022〕3号）精神，我局将现行的医疗保障待遇政策汇总编制成《阳江市医疗保障待遇清单（2025年版）》，现印发给你们，请认真贯彻执行。待遇清单执行过程中如遇国家、省、市有新的文件规定的，从其规定。

附件：《阳江市医疗保障待遇清单（2025年版）》

阳江市医疗保障局

2024年12月27日

附件

阳江市医疗保障待遇清单（2025年版）

一、参保缴费

（一）职工基本医疗保险、生育保险

**1.参保范围**

1.1 本市行政区域内的下列单位和人员应当参加职工基本医疗保险和生育保险：

（1）国家机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位、基金会、律师事务所、会计师事务所等组织及其在职职工；

（2）有非军籍职工的军队、武警部队所属用人单位及其非军籍职工；

（3）有雇工的个体工商户及其雇工；

（4）领取失业保险金期间的失业人员；

（5）法律、法规、规章规定的其他单位和人员。

上述所列单位，以下统称用人单位；上述所列人员，以下统称职工。

职工基本医疗保险和生育保险合并实施，用人单位及其职工同步参加职工基本医疗保险和生育保险。

1.2 下列人员或者其用人单位按规定参加职工基本医疗保险，无须缴纳生育保险费：

（1）无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员(以下统称灵活就业人员)；

（2）因工致残被鉴定为一级至四级伤残并办理伤残退休手续的职工；

（3）到达法定退休年龄时未达到规定的职工基本医疗保险缴费年限的职工。

**2.筹资政策**

2.1 职工基本医疗保险、生育保险：由用人单位和个人按规定缴费。灵活就业人员参加职工基本医疗保险的，由个人按规定缴费。

2.2 缴费基数

（1）职工基本医疗保险由用人单位和个人按规定缴费。用人单位缴费基数为本单位职工缴费工资总额，个人缴费基数为本人工资收入。本人工资收入高于20793元的，以20793元为缴费基数；本人工资收入低于4159元的，以4159元为缴费基数。生育保险缴费基数与职工基本医疗保险一致。

（2）灵活就业人员参加职工基本医疗保险，由个人自行缴费。灵活就业人员以个人申报的工资收入为缴费基数，个人申报工资高于20793元的，以20793元为缴费基数；个人申报工资低于4159元的，以4159元为缴费基数。

（3）领取失业保险金期间的失业人员按照6931元为缴费基数，应当缴纳的职工基本医疗保险费（含个人缴费部分）及生育保险费从失业保险基金中支付，个人不缴纳职工基本医疗保险费及生育保险费，由社会保险经办机构办理代缴职工基本医疗保险及生育保险手续。

（4）因工致残被鉴定为一级至四级伤残的职工，以工伤职工伤残津贴为缴费基数，由用人单位或工伤保险基金支付单位部分费用，个人部分费用由个人按规定缴纳，由社会保险经办机构办理代缴职工基本医疗保险手续。

（5）已达到法定退休年龄但尚未达到规定缴费年限，继续按月缴费的参保人员，以6931元为缴费基数，由用人单位或参保人缴纳单位部分费用，个人部分费用无需缴纳。

2.3 缴费比例

（1）职工基本医疗保险单位缴费比例为5%，个人缴费比例为2%；生育保险由用人单位缴费，个人不缴费，缴费比例为1% 。

（2）自2024年4月1日起，至2025年12月31日止，阶段性降低本市行政区域内的企业、民办非企业单位、律师事务所、会计师事务所、有雇工的个体工商户及灵活就业人员职工基本医疗保险单位缴费率1个百分点，即上述单位缴纳职工基本医疗保险费率由5%下调至4% 。

**3.缴费年限**

3.1 女职工

参加职工基本医疗保险的女职工达到法定退休年龄，在本市实际缴纳职工基本医疗保险满10年，且累计缴费年限满25年的，其退休后用人单位和个人不再缴纳职工基本医疗保险，个人按规定享受退休人员医疗保障待遇。

3.2 男职工

男职工基本医疗保险累计缴费年限设置过渡期。从2023年1月起至2025年12月，参加职工基本医疗保险的男职工达到法定退休年龄，在本市实际缴纳职工基本医疗保险满10年，且累计缴费年限满25年的，其退休后用人单位和个人不再缴纳职工基本医疗保险，个人按规定享受退休人员医疗保障待遇。

2026年1月起，用5年时间逐年调整男职工累计缴费年限至30年，即2026年、2027年、2028年、2029年、2030年及之后，参加职工基本医疗保险的男职工达到法定退休年龄的在本市实际缴纳职工基本医疗保险满10年，且累计缴费年限分别满26年、27年、28年、29年、30年的，其退休后用人单位和个人不再缴纳职工基本医疗保险，个人按规定享受退休人员医疗保障待遇。

3.3 未达缴费年限退休人员缴费办法

曾以职工身份参加我市职工基本医疗保险的个人（含灵活就业人员），达到法定退休年龄时，符合本市为待遇享受地且选择本市为职工医保待遇享受地，其累计缴费年限或在本市实际缴费年限不符合本市规定的，自达到法定退休年龄次月起，由个人选择按月或一次性缴费至相应规定年限；个人未及时选择缴费方式的视为自愿按月继续参保缴费。具体按以下方式缴费：

（1）按月缴费

达到法定退休年龄人员选择按月缴费的，以本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资为缴费基数，由用人单位或参保人缴纳单位部分费用，无需缴纳个人部分费用。按月缴费期间享受在职人员医疗保障待遇，不计发个人账户。缴满规定年限后，享受退休人员医疗保障待遇。按月缴费期间，可申请一次性缴费。

（2）一次性缴费

达到法定退休年龄人员选择一次性缴费的，以6931元为缴费基数，按照5%的缴费比例一次性缴费至相应规定年限。参保人从一次性缴费到账次月起享受退休人员医疗保障待遇。

（3）按照国家、省、市规定办理医疗保险关系转移接续的市外职工基本医疗保险缴费年限纳入累计缴费年限计算。军人服现役年限视同职工基本医疗保险实际缴费年限。

（4）2023年1月1日前已达到法定退休年龄并选择一次性趸缴或按月已缴满规定年限的人员不再缴纳职工基本医疗保险；已选择一次性趸缴的，所缴纳的职工医保费不予退还；按月缴费的，累计缴费年限和本市实际缴费年限已达到规定要求的，不再缴纳职工基本医疗保险，超出部分不予退还。

（5）职工基本医疗保险的实际缴费年限和累计缴费年限按参保人实际缴费月数和视同缴费月数计算。

（二）职工大额医疗费用补助

**1.参保范围**

参加职工基本医疗保险的人员同步参加职工大额医疗费用补助。领取失业保险金期间的失业人员及因工致残被鉴定为一级至四级伤残的职工按照自愿原则参加职工大额医疗费用补助，由个人自行缴费。

**2.筹资政策**

2.1 职工大额医疗费用补助由用人单位或参保人按月缴费。

2.2 职工大额医疗费用补助不设置缴费年限，实行按月缴费，缴费标准为24元/月.人。

（三）公务员医疗补助

**1.参保范围**

本市行政区域内的下列单位和人员可申请参加公务员医疗补助：

（1）国家行政机关单位的工作人员及其退休人员；

（2）经批准参照国家公务员制度管理事业单位的工作人员及其退休人员；

（3）经批准参照国家公务员管理的党群、人大、政协、审判、检察机关和民主党派、工商联的工作人员及其退休人员；

（4）其他事业单位和国有企业参照执行。

**2.筹资政策**

公务员医疗补助由用人单位按月缴费，不设置缴费年限，缴费标准为60元/月.人（其中5元划入个人账户）。

（四）城乡居民医保

**1.参保范围**

1.1 城乡居民医保的实施范围是覆盖除职工基本医疗保险应参保人员或按规定享受其他保障的人员以外的全体城乡居民，不受户籍地或居住地限制，具体包括：

（1）未参加职工基本医疗保险的城乡居民；

（2）未参加职工基本医疗保险的持港澳台居民居住证人员；

（3）在本市就读的全日制基础教育学生、全日制普通高等学校（含高职、民办高校、独立学院）本专科学生和研究生（含港澳台、华侨学生）、中职技校学生（含民办中职技校）；

（4）《中华人民共和国社区矫正法》规定的人员；

（5）法律、法规、规章规定的其他人员。

以上（1）至（5）项人员统称为城乡居民基本医疗保险参保人，简称“参保人”，参保人不得重复参加基本医疗保险。

1.2 城乡居民医保年度内发生下列情形的城乡居民，按规定提供相关依据，可中途参加我市城乡居民医疗保险，但不得重复参保，缴费标准为全年度个人缴费标准：

（1）终止或中断职工基本医疗保险关系的人员；

（2）退役军人；

（3）新迁入统筹区户籍人员（包括新领取居住证人员）；

（4）中途转入统筹区就读的学生；

（5）刑满释放人员及依法实行社区矫正的对象；

（6）新出生婴儿及孕程满24周但未分娩胎儿（以下统称为新生儿）；

（7）符合规定的新增医疗救助对象；

（8）严重精神障碍患者；

（9）其他法律、法规、规章规定的人员。

1.3 未在户籍所在地(居住地)参加入学当年度城乡居民医疗保险的大中专学生，从入学当天起可中途参加我市当年度城乡居民医疗保险，从缴费到账次月起享受当年度城乡居民医疗保险待遇。在我市就读的大中专学生可按规定在我市城乡居民医疗保险集中参保缴费期正常办理参保缴费。

**2.筹资政策**

2025年度城乡居民医保个人缴费标准为400元，财政补助标准按照国家和省的要求确定。

（五）医保退费

**1.职工医保退费**

参保人缴纳职工医保后，因重复参保申请退费的，医保个人账户款项已划入参保人社会保障卡的，原则上基本医疗保险单位缴费部分和个人缴费部分不再退回，单独征缴的补充医疗保险未享受相应待遇的可依规定申请退费。

**2.城乡居民医保退费**

（1）参保人在缴纳城乡居民医保后，在相应待遇享受期未开始前因重复缴费、参加职工医保或其他统筹地区居民医保的，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。参保人申请退费时，原使用银行签约划账缴费的原则上优先使用签约的银行账户进行退款；没有使用银行签约划账缴费的，则由参保人提供退款银行账户信息进行退款，退款账户原则上必须是参保人本人，因特殊原因需退款到他人账户的，需提供账户人与参保人的身份关系证明。参保人发起退费申请的，由税务部门统一对参保人身份资料和退款银行账号信息进行登记，并加具意见后交医保经办机构进行退费。各级税务部门受理城乡居民医保退费截止时间为缴费当年12月31日。

（2）符合资助参保的困难人员已自行缴纳城乡居民医保的，为防止重复退费，各级税务部门办事窗口不再受理困难人员退费，由医疗保障部门收集已自行缴费的困难人员身份资料和退款银行账户信息，制作批量退费名单，医疗保障部门与税务部门联合加具意见，交税务部门及医保经办机构进行退费。

（六）医保年度

医保年度自公历1月1日起至12月31日止。

二、基本医疗保险、补充医疗保险待遇支付政策

（一）待遇享受开始时间

**1.职工基本医疗保险、职工大额医疗费用补助、公务员医疗费用补助：**按月缴费，在职职工自缴费次月起享受待遇，停止缴费次月起停止待遇。灵活就业人员首次参保，连续缴费不满6个月的，只享受个人账户待遇，不享受统筹待遇；连续缴费满6个月不满12个月的，除享受个人账户待遇外，各项待遇统筹基金支付比例按照规定比例的50%执行，各项待遇统筹基金年度封顶额按照规定封顶额的50%执行；连续缴费满12个月的，从第13个月起，统筹待遇标准按规定执行。

**2.城乡居民医保：**按年缴费，每年9-12月份集中办理下一年度参保缴费手续，从参保缴费的次年1月1日起享受待遇。符合规定的退役军人、新迁入统筹区户籍人员、中途转入统筹区就读学生、刑满释放人员、被判刑缓期执行的犯罪人员、重症精神障碍患者等特殊人群中途参保的，在足额完成参保缴费次月起享受城乡居民医保待遇；符合规定的新生儿中途参保的，从出生之日起享受城乡居民医保待遇；符合规定的医疗救助对象，从完成参保登记、做好身份标识之日起享受城乡居民医保待遇。

**3.待遇衔接**

（1）参保人缴纳城乡居民医保保费后参加职工医保的，在职工医保待遇享受等待期内可正常享受已缴费年度的城乡居民医保待遇，待职工医保待遇享受等待期满后应暂停原城乡居民医保参保关系。

（2）参保人已连续2年（含2年）以上参加基本医疗保险的（包括职工医保和城乡居民医保），因就业等个人状态变化由职工医保转为中途参加城乡居民医保的，且中断缴费时间未超过3个月的，从国家医疗保障信息平台缴费到账当日起即可正常享受城乡居民医保待遇；中断缴费时间超过3个月的，从国家医疗保障信息平台缴费到账次月起享受城乡居民医保待遇。

（3）职工医保参保人员在省内转移接续的，参保人员在转出地最后一次缴费的次月，仍享受转出地的职工医保待遇。在转移接续前连续缴费未中断的，参保人员在转入地参加职工医保后，自缴费次月起享受转入地的职工医保待遇，确保待遇享受无缝衔接。灵活就业人员办理转移接续的，从在转入地连续缴费的第7个月起享受职工医保待遇。

（二）住院待遇支付政策

**1.职工基本医疗保险**

（1）起付标准：市内一级及以下定点医疗机构300元、二级定点医疗机构500元、三级定点医疗机构700元；异地长期居住人员在市外定点医疗机构就医的，起付标准按照市内同级别定点医疗机构标准执行；异地转诊人员、急诊人员在市外定点医疗机构就医的起付标准为1000元。

（2）报销比例：参保人在定点医疗机构住院就医，对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内医疗费用，报销比例具体为：市内一级及以下定点医疗机构在职95%、退休97%；二级定点医疗机构在职90%、退休92%；三级定点医疗机构在职82%、退休84%；异地长期居住、异地安置、常驻异地工作人员在市外定点医疗机构就医的，报销比例按照市内同级别定点医疗机构标准执行；已办理异地就医备案的异地转诊人员、急诊人员在市外定点医疗机构就医报销比例按照本市同级别医疗机构标准下降10%；未办理异地就医备案人员在市外定点医疗机构就医报销比例按照本市同级别医疗机构标准下降15%。

（3）年度统筹封顶额：职工基本医疗保险年度最高支付限额为15万元。

**2.职工大额医疗费用补助：**

（1）起付标准：参加职工大额医疗费用补助的参保人在一个自然年度内，住院和门诊特定病种就医（不分医院级别）发生的符合阳江市基本医疗保险政策规定范围内的医疗费用，个人自付累计超过12000元（不含起付线、个人先行自付费用、超医保支付标准限额费用和全自费项目费用）以上的费用由职工大额医疗费用补助进行赔付。

（2）报销比例：参保人在市内就医的报销比例为90%；已办理异地长期居住、异地安置、常驻异地工作备案手续人员在市外定点医疗机构就医的报销比例为90%；异地转诊人员、异地急诊人员以及未办理异地就医备案手续人员在市外定点医疗机构就医的报销比例为85%。

（3）年度统筹封顶额：职工大额医疗费用补助年度最高支付限额为70万元。参保人发生的门诊特定病种合规医疗费用月度最高赔付限额按职工基本医疗保险月度限额的50%执行。

**3.公务员医疗补助**

（1）起付标准：公务员医疗补助不设起付标准。参加公务员医疗补助的参保人在一个自然年度内，住院和门诊特定病种就医（不分医院级别）发生的符合阳江市职工基本医疗保险政策规定报销范围内的医疗费用和职工大额医疗费用补助责任范围内的医疗费用共付段中个人自付部分，以及这两项封顶以上符合基本医疗保险政策范围内的医疗费用（不含起付线、超医保支付标准限额费用和全自费项目费用）由公务员医疗补助进行赔付。

（2）报销比例：参保人在市内就医的报销比例为90%；已办理异地长期居住、异地安置、常驻异地工作备案手续人员在市外定点医疗机构就医的报销比例为90%；异地转诊人员、异地急诊人员以及未办理异地就医备案手续人员在市外定点医疗机构就医的报销比例为85%。参保人发生的个人先行自付费用按照40%的比例纳入公务员医疗补助赔付。

（3）年度统筹封顶额：公务员医疗补助年度最高支付限额为20万元。参保人发生的门诊特定病种合规医疗费用月度最高赔付限额按职工基本医疗保险月度限额的50%执行。

**4.城乡居民基本医疗保险**

（1）起付标准：市内未定级和一级定点医疗机构200元、二级定点医疗机构400元、三级定点医疗机构700元；异地长期居住人员在市外定点医疗机构就医的，起付标准按照市内同级别定点医疗机构标准执行；异地转诊人员、急诊人员在市外定点医疗机构就医的起付标准为900元。

（2）报销比例：参保人在定点医疗机构住院就医，对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内医疗费用，报销比例具体为：市内一级及以下定点医疗机构90%、二级定点医疗机构75%、三级定点医疗机构65%。异地长期居住人员在市外定点医疗机构就医的，报销比例按照市内同级别定点医疗机构标准执行；已办理异地就医备案的异地转诊人员、急诊人员在市外定点医疗机构就医报销比例按照本市同级别医疗机构标准下降10%；未办理异地就医备案人员在市外定点医疗机构就医报销比例按照本市同级别医疗机构标准下降15%。

连续缴纳我市城乡居民医保的人员，在连续缴费的第4年，住院及门诊特定病种支付比例在现行政策基础上提高1%；在连续缴费的第5年，住院及门诊特定病种支付比例在现行政策基础上提高2%；连续缴费达到6年及以上的，自连续缴费第6年起，住院及门诊特定病种支付比例在现行政策基础上提高3%。参保人中断缴费后重新缴费的，连续缴费年限重新计算。

（3）年度统筹封顶额：城乡居民基本医疗保险年度最高支付限额为15万元。

**5.城乡居民大病保险**

（1）起付标准：参加城乡居民基本医疗保险的参保人同步参加城乡居民大病保险，无需另行缴费。参保人在一个自然年度内，住院和门诊特定病种就医（不分医院级别）发生的符合阳江市基本医疗保险政策规定范围内的医疗费用，个人自付累计超过15000元（不含起付线、个人先行自付费用、超医保支付标准限额费用和全自费项目费用）以上的费用由城乡居民大病保险进行赔付。

特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童城乡居民大病保险起付标准为3000元；最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭救助对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口城乡居民大病保险起付标准为4500元。

（2）报销比例：城乡居民大病保险报销比例实行分段设置，具体如下：

参保人在一个医保年度内符合政策范围的住院（含入院前3天的门、急诊）和门诊特定病种个人自付费用累计达到15000元（不含15000元）-65000元的，报销比例为60%；参保人在一个医保年度内符合政策范围的住院（含入院前3天的门、急诊）和门诊特定病种个人自付费用累计达到65000元（不含65000元）以上的，报销比例为70%。特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童报销比例为80%；最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭救助对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口报销比例为70%。

异地转诊人员、急诊人员以及未办理异地就医备案手续的人员在市外定点医疗机构就医的，城乡居民大病保险报销比例下调5%；异地长期居住人员在市外定点医疗机构就医的，报销比例按照市内就医标准执行。

（3）年度统筹封顶额：城乡居民大病保险年度最高支付限额为15万元。参保人发生的门诊特定病种合规医疗费用月度最高赔付限额按城乡居民基本医疗保险月度限额的50%执行。特困供养人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭救助对象、纳入监测范围的农村易返贫致贫人口上不封顶。

**6.跨年度住院待遇标准**

参保人跨医保年度住院的，上一医保年度发生的医疗总费用低于2万元的（含2万元），待遇标准按参保人实际出院日期的医保年度规定执行，本次住院统筹基金支付金额累计到参保人实际出院日期的医保年度支付限额中（包括基本医疗保险和补充医疗保险）；参保人跨医保年度住院的，上一医保年度发生的医疗总费用高于2万元的，参保人本次住院的医疗费用应按年度分别进行核算。

（三）门诊特定病种待遇支付政策

**1.病种范围**

我市共有53个病种纳入门特范围，包括省医疗保障局制定的52个病种及本市已开展但不在省规定范围内可继续保障的脑瘫病种，各病种名称和定额标准详见附件1。

**2.报销比例**

门诊特定病种不设起付线，报销比例按照住院报销比例标准执行。参保人选定的门诊特定病种定点医疗机构为异地医疗机构的，需按规定办理异地就医备案，报销比例按照已办理异地转诊备案手续人员住院报销比例执行。已办理常住异地（含异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员）备案手续的，参保人可持备案就医地二级及以上定点医疗机构门特病种资格认证相关资料办理门特病种备案手续，报销比例按照市内住院报销比例执行。

**3.月度支付限额**

门诊特定病种实行月度支付限额，统筹费用纳入参保人统筹基金年度累计最高支付限额计算。参保人同时患有多个病种的，月度支付限额按照定额标准最高的病种定额加上其他病种定额的20%合并计算。其中以下病种月度支付限额有结余的，结余部分可在当年度待遇有效期内累积使用：

（1）支气管哮喘；

（2）肢端肥大症；

（3）多发性硬化；

（4）强直性脊柱炎；

（5）银屑病；

（6）克罗恩病；

（7）溃疡性结肠炎；

（8）湿性年龄相关性黄斑变性；

（9）糖尿病黄斑水肿；

（10）脉络膜新生血管；

（11）视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿。

其他非按年度统筹封顶设置限额的病种月度支付限额当月有效，结余清零。

基本医疗保险实行月度支付限额的门诊特定病种，大病保险、补充医疗保险月度支付限额按照基本医疗保险月度支付限额的50%执行；基本医疗保险按年度统筹封顶设置限额的门特病种，大病保险、补充医疗保险按年度统筹封顶设置支付限额。

**4.经办管理**

（1）门诊特定病种实施病种资格认证和定点就医备案管理。参保人员申请门诊特定病种待遇须经医保经办机构公布的可办理门诊特定病种资格认证的医疗机构按照相应病种准入标准予以审核确认，选定1-3家符合条件的定点医疗机构作为本人门诊特定病种就诊医疗机构并向医保经办机构进行备案。既往已确诊的参保人员，办理病种资格认证的医疗机构可根据既往一年内化验单、诊断书等予以审核确认。

（2）选定医疗机构原则上一年内不变更，参保人员确因病情需要、居住地迁移、工作地址变更、定点医疗机构门诊特定病种服务范围变动等情形需变更选定医疗机构的，可按规定出具相关证明后向医保经办机构申请办理变更手续。

**5.待遇有效期**

（1）参保人按照有关规定享受基本医疗保险待遇后方可申请门诊特定病种待遇，享受门诊特定病种待遇开始时间为医保经办机构审批之日起。

（2）门诊特定病种待遇享受有效期按省医疗保障行政部门的有关规定执行，具体见附件1。

（四）普通门诊待遇支付政策

**1.经办管理**

（1）市内各级定点医疗机构（含实施基本药物制度和镇村一体化管理的村卫生站）为我市职工医保普通门诊定点服务机构。市内各乡镇卫生院和社区卫生服务中心（含实施基本药物制度和镇村一体化管理的村卫生站）为我市城乡居民医保普通门诊定点服务机构。

（2）普通门诊实施选点备案制及逐级转诊制。职工医保和城乡居民医保参保人员需在本市范围内选定1家基层定点医疗机构（包括镇卫生院、社区卫生服务中心及实施基本药物制度和镇村一体化管理的村卫生站）作为普通门诊就医的定点医疗机构（以下简称基层选定医疗机构），并向医保经办机构申请备案，备案后原则上一年内不予变更。参保人确因居住地迁移等情形需要变更选定的普通门诊定点医疗机构的，可向医保经办机构递交相关材料申请办理变更手续。

异地安置退休人员、异地长期居住人员及常驻异地工作人员在异地就医备案地定点医疗机构门诊就医无需办理选点备案和转诊手续。

（3）职工医保参保人因选定的基层医疗机构条件所限需转诊至其他定点医疗机构就诊的，应经选定的基层医疗机构同意，并向医保经办机构申请办理转诊手续转诊至其他一级或二级定点医疗机构；如有特殊情况的，可由基层医疗机构根据参保人疾病情况直接转诊至三级定点医疗机构。办理转诊手续后30日内在其转诊的定点医疗机构门诊就医的，发生的门诊医疗费用可纳入普通门诊统筹基金支付。

参保人因急救和抢救到非选定或未办理转诊手续的定点医疗机构门诊就医的，发生的门诊医疗费用可由参保人先行垫付后，凭相关资料到医保经办机构申请零星报销。除急救和抢救需要外，参保人员未经转诊到非选定定点医疗机构门诊就医的，统筹基金不予支付。

（4）未办理异地安置、异地长期居住或常驻异地工作备案手续的人员，在异地发生的普通门诊医疗费用统筹基金不予支付。

**2.报销比例**

（1）职工医保：职工医保普通门诊统筹不设起付标准，参保人发生的政策范围内医疗费用，乡镇卫生院、社区卫生服务中心、村卫生站支付比例为在职职工70%、退休职工75%，一级定点医疗机构支付比例为在职职工60%、退休职工65%，二级定点医疗机构支付比例为在职职工55%、退休职工60%，三级定点医疗机构支付比例为在职职工50%、退休职工55%。

（2）城乡居民医保：城乡居民医保普通门诊统筹不设起付标准，参保人在各乡镇卫生院、社区卫生服务中心和村卫生站发生的政策范围内医疗费用支付比例为60%。城乡居民医保参保人在非基层定点医疗机构发生的普通门诊费用不纳入统筹支付范围。

**3.月度支付限额**

普通门诊统筹实行月度支付限额。2025年度职工医保普通门诊月度支付限额为165.5元/月，城乡居民医保月度支付限额为132.4元/月，月度支付限额不结转次月使用。

（五）药品单独支付政策待遇

**1.政策范围**

国家谈判药品和2个重症精神病长效针剂实施单独支付政策。

**2.报销比例**

药品单独支付病种不设起付线，报销比例按住院比例执行、不设月度支付限额、发生的统筹支付费用纳入各医疗保障基金年度累计最高支付限额计算。未办理异地长期居住手续的参保人在市外定点医疗机构结算的，报销比例按照转外诊治住院报销比例执行。

**3.经办服务**

药品单独支付病种无需进行选点，不限制就诊医疗机构。参保人经医疗机构确诊并符合药品限定支付条件的，可凭医疗机构相关证明到各级医保经办机构申请备案，医保经办机构应将参保人信息通过国家医疗保障信息平台备案至门诊特定病种“M90507国谈药品单独支付专用病种”，参保人完成备案后可在市内、市外任一定点医疗机构结算。

（六）不孕不育辅助生殖技术治疗门诊待遇

**1.门诊待遇标准**

参保人在符合条件的定点医疗机构门诊就医，发生的纳入广东省基本医疗保险支付范围的辅助生殖类诊疗项目参照我市门诊特定病种待遇予以保障，不设起付线，报销比例按照住院标准执行，职工医保参保人年度支付限额为10000元，城乡居民医保参保人年度支付限额为6000元，符合规定的个人自付费用按照我市门诊特定病种政策规定纳入补充医疗保险、医疗救助支付范围。不孕不育辅助生殖技术治疗病种定额不与其他门诊特定病种定额累计计算。未办理异地长期居住手续的参保人在市外定点医疗机构结算的，报销比例按照转外诊治住院报销比例执行。

**2.经办服务**

不孕不育辅助生殖技术治疗门诊特定病种编码及名称统一为“M90508不孕不育辅助生殖技术治疗”，参保人申请办理该病种待遇的，需提供结婚证、夫妻双方至少其中一方的不孕不育诊断证明及拟在定点医疗机构开展辅助生殖治疗的病历资料等材料，按照我市门诊特定病种有关规定在具备相关资质的定点医疗机构进行病种审核确认，经审核确认后可选择1-3家符合资质的定点医疗机构为本人就诊机构。“不孕不育辅助生殖技术治疗”病种的就诊机构选定数量不影响其他门诊特定病种的就诊机构选定数量规定。

（七）个人账户待遇

**1.个人账户划拨标准**

（1）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月基数的2%。

（2）退休职工：个人账户由职工医保统筹基金按每月109.97元的标准划入。

（3）参加公务员医疗补助险人员每月从公务员医疗补助险保费中划拨5元至个人账户。

（4）已达法定退休年龄但未达最低缴费年限人员，在按月缴费期间不享受个人账户待遇。

**2.个人账户支付范围**

个人账户可用于支付参保人员本人及其配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女以下费用：

（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、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女参加城乡居民医保的个人缴费。

（4）本人、配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女参加我市政府指导的普惠型商业补充医疗保险的个人缴费。

（5）参保人员本人退休时未达到职工医保最低缴费年限的缴费费用。

（6）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。

（7）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。

**3.个人账户资金转移与提现**

3.1 参保人员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。

3.2 参保人员出现以下情况的，可申请将个人账户资金提现至本人银行账户：

（1）参保人员跨省转移职工医保关系的；

（2）办理跨省异地安置手续的退休人员；

（3）参保人员在参保期间应征入伍的；

（4）参保人员死亡的（本人银行账户已注销的可按规定划拨至继承人银行账户）；

（5）参保人员出境（包括港、澳、台地区）定居的。

（八）门诊诊查费待遇

参保人在纳入我市医改范围的城市公立定点医疗机构门诊就诊的，发生的门诊诊查费按照3元/次标准纳入职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险统筹基金支付。门诊诊查费不设限额，按就诊次数支付。

（九）家庭医生签约服务费待遇

参保人在基层定点医疗机构签约家庭医生服务的，职工基本医疗保险统筹基金按照3.5元/人.月、城乡居民基本医疗保险统筹基金按照2.25元/人.月标准划拨家庭医生签约服务费。职工医保参保人发生的家庭医生签约服务费从职工普通门诊月度限额中扣减。

（十）狂犬疫苗接种费待遇

城乡居民医保参保人因动物致伤在门、急诊接种狂犬疫苗的，狂犬疫苗接种费用纳入城乡居民基本医疗保险基金支付，不设起付标准，每疗程最高支付限额为200元，未达最高支付限额的按实际支付。

三、生育保险待遇支付政策

（一）待遇享受时间

生育保险由用人单位按月缴费，在职职工自缴费次月起享受待遇，停止缴费次月起停止待遇。灵活就业人员首次参加职工基本医疗保险，连续缴费不满6个月的，不享受生育保险待遇；连续缴费满6个月不满12个月的，生育保险支付比例按照50%执行；连续缴费满12个月的，从第13个月起，生育保险待遇标准按规定执行。

（二）待遇享受人员与类别

1.用人单位已按时足额缴费的，职工本人可享受生育医疗费用和生育津贴待遇。

2.参加职工基本医疗保险的灵活就业人员、因工致残被鉴定为一级至四级伤残并办理伤残退休手续的职工、享受职工基本医疗保险待遇的退休人员按照规定享受生育医疗费用待遇，不享受生育津贴待遇。

3.职工未就业配偶纳入生育保险支付的项目和报销比例按照我市城乡居民基本医疗保险的标准执行，不享受产前检查待遇，可按规定享受其他生育医疗费用待遇。

（三）生育医疗费用待遇

**1.生育医疗费用类别**

1.1 生育医疗费用

（1）产前检查费用：纳入生育保险支付范围的产前检查项目包括常规项目和备查项目。常规项目指定点医疗机构应当为参保人提供的基本医疗服务项目，备查项目指定点医疗机构根据参保人具体情况建议检查的项目。

常规项目包括：产检、尿常规、血常规、血型、血糖、肝功能、肾功能、乙肝表面抗原、梅毒血清学检测、HIV筛查、B超、胎心监测、心电图。备查项目包括：15-20周妊娠中期非整倍体母体血清学筛查、丙型肝炎抗体测定、血红蛋白电泳试验、抗D滴度检查（Rh阴性者）、阴道分泌物检查、甲状腺功能筛查、宫颈脱落细胞学检查、宫颈分泌物检测淋球菌、宫颈分泌物检测沙眼衣原体。

（2）终止妊娠（含宫外孕终止妊娠）、分娩住院期间的费用，终止妊娠、分娩住院期间诊治妊娠合并症、并发症的费用。

1.2 计划生育医疗费用：包括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，施行计划生育手术期间诊治合并症、并发症的费用。

**2.生育医疗费用待遇标准**

2.1 产前检查：产前检查实行按孕次定额结算，每孕次定额标准为1700元，超过孕次定额标准以上费用不予支付。

2.2 其他生育医疗费用待遇标准：

（1）市内联网结算：参保人在市内定点医疗机构就医发生的合规生育医疗费用据实结算，不设定额标准。

（2）市外联网结算：参保人在市外定点医疗机构发生的政策范围内生育医疗费用联网结算的，基金对各结算项目的最高支付标准按照我市医保经办机构与市内定点医疗机构确定的同类别结算项目中的最高支付标准执行。未达到结算标准的按实际支付，超出结算标准的费用由参保人自付。

市外定点医疗机构生育医疗费用联网结算支付标准具体见附件3。

（3）零星报销：参保人因各种原因未在定点医疗机构联网结算的，可在分娩、终止妊娠或者施行计划生育手术次日起3年内，向参保地医保经办机构申请零星报销，发生的合规生育医疗费用最高支付标准按照医保经办机构与市内同级别定点医疗机构结算标准执行，未达到市内同级别定点医疗机构结算标准的按实际支付。

医保经办机构与市内定点医疗机构生育医疗费用结算标准具体见附件2。

2.3 职工未就业配偶报销各项生育医疗费用待遇的，应扣减的起付标准和报销比例按照我市城乡居民基本医疗保险住院待遇标准执行。

（四）生育津贴待遇

职工应当享受的生育津贴，按照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除以30，计算出日均生育津贴标准后，再乘以规定的法定生育假期天数计发。

生育津贴=日均生育津贴×法定生育假期天数

**1.日均生育津贴计算标准**

日均生育津贴=职工生育或者施行计划生育手术时用人单位上年度所有职工的月平均工资÷30

用人单位上年度所有职工月平均工资按照本单位上一自然年度参保职工各月缴费工资之和，除以其各月参保职工数之和确定。

本年度新参保的用人单位，生育津贴以该单位本年度参保职工月平均工资为基数计算。

**2.法定生育假期天数标准**

（1）女职工生育享受产假：顺产的，计98天；难产的，增加30天；生育多胞胎的，每多生育1个婴儿，增加15天。

（2）女职工终止妊娠享受产假：怀孕未满4个月终止妊娠的，根据医疗机构的意见，计15天至30天；怀孕4个月以上7个月以下终止妊娠的，计42天；怀孕满7个月终止妊娠的，计75天。

（3）职工享受计划生育手术休假：取出宫内节育器的，计1天；放置宫内节育器的，计2天；施行输卵管结扎的，计21天；施行输精管结扎的，计7天；施行输卵管或者输精管复通手术的，计14天。

（4）同时存在两种以上计划生育手术情形，或者同时存在生育和计划生育手术情形的，合并计算享受生育津贴的假期天数。

（5）职工依照计划生育法律、法规规定享受奖励增加的产假或看护假期间，由用人单位按照规定发放工资，不享受生育津贴。

**3.生育津贴申领条件**

（1）职工按照规定享受的生育津贴，由用人单位按照职工原工资标准先行垫付，再由医保经办机构按照规定拨付给用人单位。

（2）用人单位在职工享受产假或计划生育手术假期间按时足额缴费，且已垫付国家或省规定假期天数的生育津贴后，可在职工分娩、终止妊娠或者施行计划生育手术次日起3年内按规定向医保经办机构申请拨付生育津贴。

（3）职工已经享受生育津贴的，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职工；生育津贴低于职工原工资标准的，差额部分由用人单位补足。

（4）职工按照规定享受产假或者计划生育手术休假期间，用人单位因被吊销营业执照、责令关闭、撤销等客观原因或者无正当理由未垫付生育津贴的，职工本人可以在产假或者计划生育手术休假结束后3年内，直接向参保地医保经办机构申请拨付生育津贴。

四、医疗救助待遇标准

（一）医疗救助对象

**1.收入型医疗救助对象。**指纳入本市民政、乡村振兴部门管理的下列对象：特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员、农村易返贫致贫人口。

**2.支出型医疗救助对象。**指符合《阳江市人民政府办公室关于印发阳江市最低生活保障边缘家庭和支出型困难家庭救助实施细则的通知》（阳府办〔2022〕6号）规定的支出型困难家庭中符合以下条件之一的重病患者：

①支出型困难家庭资格认定之日前12个月在定点医药机构发生的普通门诊、门诊特定病种、住院医疗费用，经基本医疗保险、补充医疗保险等支付后，个人负担的合规医疗费用达到资格认定当年救助起付标准的家庭成员。

②支出型困难家庭资格存续期间在定点医药机构发生的普通门诊、门诊特定病种、住院医疗费用，经基本医疗保险、补充医疗保险等支付后，个人负担的合规医疗费用达到年度救助起付标准的家庭成员。

未纳入农村低收入人口监测范围的稳定脱贫人口，按标准退出，不再享受医疗救助待遇。

（二）救助方式与标准

**1.资助参保：**经我市民政部门认定的特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、最低生活保障对象、最低生活保障边缘家庭成员及经我市残联部门认定的重度残疾人参加我市城乡居民基本医疗保险的，其个人缴费部分给予全额资助。参加市外城乡居民医保的，个人缴费原则上不给予资助。支出型医疗救助对象不享受资助参保待遇。

收入型医疗救助对象和支出型医疗救助对象在资格认定后均可中途参加城乡居民医保。新增的收入型医疗救助对象和重度残疾人在有关部门认定其医疗救助对象资格前已经参加当年度城乡居民医保的，不予资助当年度的城乡居民医保，按规定资助其参加下一年度的城乡居民医保。

**2.医疗救助**

**2.1 待遇标准**

**（1）特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童：**该类人员在定点医药机构发生的符合基本医疗保险规定的普通门诊、门诊特定病种、住院医疗费用，经基本医疗保险、补充医疗保险等支付后，个人负担的合规医疗费用由医疗救助基金按100%的比例支付，不设年度救助起付标准，不设年度救助限额。

**（2）最低生活保障对象、农村易返贫致贫人口：**该类人员在定点医药机构发生的符合基本医疗保险规定的普通门诊、门诊特定病种、住院医疗费用，经基本医疗保险、补充医疗保险等支付后，个人负担的合规医疗费用由医疗救助基金按80%的比例支付，不设年度救助起付标准，年度救助限额为16万元。

**（3）最低生活保障边缘家庭成员：**该类人员在定点医药机构发生的符合基本医疗保险规定的普通门诊、门诊特定病种、住院医疗费用，经基本医疗保险、补充医疗保险等支付后，个人负担的合规医疗费用由医疗救助基金按70%的比例支付，年度救助起付标准为3177元，年度救助限额为12万元。

**（4）支出型医疗救助对象：**该类人员在资格认定之日前12个月及在资格存续期间在定点医药机构发生的符合基本医疗保险规定的普通门诊、门诊特定病种、住院医疗费用，经基本医疗保险、补充医疗保险等支付后，个人负担的合规医疗费用由医疗救助基金按70%的比例支付，年度救助起付标准为7942元，年度救助限额为12万元。

**2.2 倾斜救助**

对规范转诊且在省域内就医的医疗救助对象，经基本医疗保险、补充医疗保险、医疗救助综合保障后个人负担的合规医疗费用以及年度救助限额以上的政策范围内医疗费用达到7942元，超过7942元以上部分由医疗救助基金进行倾斜救助，支付比例为80%，倾斜救助年度救助限额为5万元。

**2.3 不予支付情况**

（1）医疗救助对象未按规定办理转诊的异地就医医疗费用不纳入医疗救助支付范围。

（2）医疗救助对象跨省就医或未按规定办理转诊的省内异地就医医疗费用不纳入倾斜救助支付范围。

（3）医疗救助对象未经转诊到非选定定点医疗机构门诊就医发生的普通门诊费用，医疗救助基金不予支付。

**2.4 医疗救助合规费用定义**

个人负担的合规医疗费用指医疗救助对象当次就医所发生的医疗费用中由个人负担的属于基本医疗保险目录范围内自付部分的金额，包括起付线以下、乙类先行自付、按比例自付、封顶线以上、目录范围内超限价部分、待遇过渡期内二次报销统筹基金补偿部分，以及开展按病种、病组、床日等打包付费方式且由患者定额付费的费用。由医疗救助基金支付的药品、医用耗材、诊疗项目参照国家和省关于基本医疗保险支付范围相关规定执行。

附件1

|  |
| --- |
| **阳江市门诊特定病种范围、定额标准及有效期** |
| **序号** | **病种名称** | **职工医保****（元/月）** | **城乡居民医保（元/月）** | **有效期** | **备注** |
| 1 | 慢性阻塞性肺疾病 | 400 | 300 | 长期 |  |
| 2 | 高血压病 | 400 | 300 | 长期 |  |
| 3 | 冠心病 | 400 | 300 | 长期 |  |
| 4 | 慢性心功能不全 | 800 | 700 | 长期 |  |
| 5 | 肝硬化（失代偿期） | 700 | 500 | 长期 |  |
| 6 | 慢性乙型肝炎 | 700 | 500 | 2年 |  |
| 7 | 丙型肝炎（HCV RNA阳性） | 3000 | 2500 | 6个月 |  |
| 8 | 慢性肾功能不全（非透析治疗） | 500 | 300 | 长期 |  |
| 9 | 肾脏移植术后抗排异治疗 | 3000 | 2000 | 2年 |  |
| 10 | 造血干细胞移植后抗排异治疗 | 2000 | 1500 | 2年 |  |
| 11 | 糖尿病 | 600 | 500 | 长期 |  |
| 12 | 类风湿关节炎 | 600 | 500 | 长期 |  |
| 13 | 恶性肿瘤（非放化疗） | 1200 | 1000 | 2年 |  |
| 14 | 地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血） | 4800 | 4000 | 长期 |  |
| 15 | 再生障碍性贫血 | 2500 | 2000 | 2年 |  |
| 16 | 血友病 | 按年度统筹封顶 | 按年度统筹封顶 | 长期 |  |
| 17 | 帕金森病 | 400 | 300 | 长期 |  |
| 18 | 癫痫 | 400 | 300 | 长期 |  |
| 19 | 脑血管疾病后遗症 | 500 | 300 | 长期 |  |
| 20 | 艾滋病 | 600 | 500 | 长期 |  |
| 21 | 活动性肺结核 | 400 | 300 | 1年 |  |
| 22 | 耐多药肺结核 | 1200 | 1000 | 2年 |  |
| 23 | 系统性红斑狼疮 | 1800 | 1500 | 长期 |  |
| 24 | 心脏移植术后抗排异治疗 | 3000 | 2000 | 2年 |  |
| 25 | 肝脏移植术后抗排异治疗 | 3000 | 2000 | 2年 |  |
| 26 | 肺脏移植术后抗排异治疗 | 3000 | 2000 | 2年 |  |
| 27 | 肺动脉高压 | 3500 | 3000 | 长期 |  |
| 28 | 支气管哮喘 | 6000 | 5000 | 长期 | 月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用 |
| 29 | 骨髓纤维化 | 按年度统筹封顶 | 按年度统筹封顶 | 2年 |  |
| 30 | 骨髓增生异常综合征 | 按年度统筹封顶 | 按年度统筹封顶 | 2年 |  |
| 31 | C型尼曼匹克病 | 按年度统筹封顶 | 按年度统筹封顶 | 长期 |  |
| 32 | 肢端肥大症 | 6000 | 5000 | 2年 | 月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用 |
| 33 | 多发性硬化 | 6000 | 5000 | 2年 | 月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用 |
| 34 | 强直性脊柱炎 | 5000 | 4000 | 长期 | 月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用 |
| 35 | 银屑病 | 5000 | 4000 | 长期 | 月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用 |
| 36 | 克罗恩病 | 4000 | 3000 | 长期 | 月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用 |
| 37 | 溃疡性结肠炎 | 5000 | 4000 | 长期 | 月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用 |
| 38 | 湿性年龄相关性黄斑变性 | 1600 | 1400 | 2年 | 月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用 |
| 39 | 糖尿病黄斑水肿 | 1600 | 1400 | 2年 | 月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用 |
| 40 | 脉络膜新生血管 | 1600 | 1400 | 2年 | 月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用 |
| 41 | 视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿 | 1600 | 1400 | 2年 | 月度支付限额当年度待遇有效期内累积使用 |
| 42 | 精神分裂症 | 400 | 300 | 长期 |  |
| 43 | 分裂情感性障碍 | 400 | 300 | 长期 |  |
| 44 | 持久的妄想性障碍（偏执性精神病） | 400 | 300 | 长期 |  |
| 45 | 双相（情感）障碍 | 400 | 300 | 长期 |  |
| 46 | 癫痫所致精神障碍 | 400 | 300 | 长期 |  |
| 47 | 精神发育迟滞伴发精神障碍 | 400 | 300 | 长期 |  |
| 48 | 慢性肾功能不全（血透治疗） | 按年度统筹封顶 | 按年度统筹封顶 | 2年 |  |
| 49 | 慢性肾功能不全（腹透治疗） | 按年度统筹封顶 | 按年度统筹封顶 | 2年 |  |
| 50 | 恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗） | 按年度统筹封顶 | 按年度统筹封顶 | 2年 |  |
| 51 | 恶性肿瘤（放疗） | 按年度统筹封顶 | 按年度统筹封顶 | 2年 |  |
| 52 | 新冠肺炎出院患者门诊康复治疗 | 900 | 800 | 3年 |  |
| 53 | 脑瘫 | / | 1000 | 长期 |  |

附件2

|  |
| --- |
| **阳江市职工生育保险定点医疗机构定额结算标准** |
|  |  |  | 单位：元 |
| 结算项目 | 三级医疗机构定额 | 二级医疗机构定额 | 一级医疗机构定额 |
| 分娩住院（含顺产、剖腹产） | 5300  | 4800  | 4300  |
| 宫外孕 | 8800 | 8300 | 7800 |
| 怀孕满7个月及以上的引产术（住院） | 4800  | 4400  | 4000  |
| 怀孕满4个月不满7个月的流产、引产术（住院） | 3600  | 3300  | 3000  |
| 怀孕不满4个月的流产术（住院） | 3000  | 2700  | 2400  |
| 终止妊娠（门诊） | 1200  | 1000  | 800  |
| 输卵管结扎术 | 3500  | 3200  | 2900  |
| 输精管结扎术 | 2000  | 1800  | 1600  |
| 输卵管复通术 | 5300  | 4800  | 4400  |
| 输精管复通术 | 7800  | 7100  | 6500  |
| 取出宫内节育器（门诊） | 420  | 380  | 340  |
| 放置宫内节育器（门诊） | 600  | 550  | 500  |

附件3

|  |
| --- |
| **阳江市职工生育保险异地就医联网结算支付标准** |
|  |  |  | 单位：元 |
| **异地直接结算病种名称** | **三级医院** | **二级医院** | **一级医院** |
| 产前检查 | 1700 | 1700 | 1700 |
| 终止妊娠（含宫外孕终止妊娠) | 8800 | 8300 | 7800 |
| 顺产 | 5300 | 4800 | 4300 |
| 剖宫产 | 5300 | 4800 | 4300 |
| 放置（或取出）宫内节育器 | 600 | 550 | 500 |
| 输卵管结扎 | 3500 | 3200 | 2900 |
| 输卵管复通 | 5300 | 4800 | 4400 |
| 输精管结扎 | 2000 | 1800 | 1600 |
| 输精管复通 | 7800 | 7100 | 6500 |
| 人工流产 | 3600 | 3300 | 3000 |
| 引产 | 4800 | 4400 | 4000 |

附件4

纳入广东省基本医疗保险支付范围的

辅助生殖类诊疗项目表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 编码 | 诊疗项目 |
| 1 | 013112010010000 | 取卵术 |
| 2 | 013112010020000 | 胚胎培养 |
| 013112010020001 | 胚胎培养-囊胚培养（加收） |
| 3 | 013112010050000 | 胚胎移植 |
| 013112010050001 | 胚胎移植-冻融胚胎（加收） |
| 4 | 013112010080000 | 组织、细胞活检（辅助生殖） |
| 5 | 013112010090000 | 人工授精 |
| 013112010090100 | 阴道（宫颈）内人工授精（扩展） |
| 6 | 013111000010000 | 精子优选处理 |
| 7 | 013111000020000 | 取精术 |
| 013111000020001 | 取精术-显微镜下操作（加收） |
| 8 | 013112010100000 | 单精子注射 |
| 013112010100001 | 单精子注射-卵子激活（加收） |

附件5

《阳江市医疗保障待遇清单（2025年版）》

起草说明

《阳江市医疗保障待遇清单（2025年版）》与《阳江市医疗保障待遇清单（2024年版）》相比较，修改的主要内容如下：

一、城乡居民医保及公务员医疗补助参保范围；

二、职工基本医疗保险缴费基数上下限及社平基数 ；

三、城乡居民医保个人缴费标准；

四、职工基本医疗保险住院起付标准；

五、职工基本医疗保险报销比例；

六、城乡居民医保参保激励政策；

七、职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险普通门诊月度支付限额；

八、医疗救助待遇标准；

九、不孕不育辅助生殖技术治疗门诊待遇；

十、个人账户支付范围。

|  |
| --- |
| 阳江市医疗保障局办公室 2024年12月27日印发 |

校对：黄小芳