化州市医疗保障局文件

化医保〔2025〕9号

化州市医疗保障局关于转发《茂名市人民政府关于印发<茂名市基本医疗管理办法>的通知》的通知

市各有关单位：

现将《茂名市人民政府关于印发<茂名市基本医疗保险管理办法>的通知》（茂府规〔2025〕2号）转发给你们，请认真贯彻执行。

化州市医疗保障局

2025年3月14日

茂名市人民政府文件

茂府规〔2025〕2号

茂名市人民政府关于印发《茂名市基本医疗保险管理办法》的通知

各区、县级市人民政府，各经济功能区管委会，市政府各工作部门、各直属单位：

《茂名市基本医疗保险管理办法》已先后经十三届市政府第119次常务会议、市委十二届第186次常委会会议审议通过，现印发给你们，请认真抓好落实。实施过程中遇到的问题，请径向市医保局反映。

茂名市人民政府

2025年3月6日

茂名市基本医疗保险管理办法

第一章 总则

第一条 为进一步健全完善我市基本医疗保险制度，实施公平适度的待遇保障机制，强化医药服务管理协同，切实减轻参保人员就医负担，根据《中华人民共和国社会保险法》《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《国务院办公厅关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》以及国家和省医疗保障待遇清单制度等规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内的基本医疗保险参保缴费、筹资机制、基金管理、待遇保障、管理服务等活动。

第三条 基本医疗保险制度包括职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保），实行分类保障。参保人员包括职工医保参保人员（以下简称参保职工）和居民医保参保人员（以下简称参保居民）。

第四条 坚持政府主导、部门协同，切实保障和改善民生。坚持应保尽保、保障基本，医疗保障依法覆盖全民。坚持尽力而为、量力而行，科学合理确定保障范围和标准。坚持促进公平、筑牢底线，强化制度公平可及，增强基础性、兜底性保障作用。坚持稳健持续、防范风险，加强统筹共济，确保基金可持续。坚持系统集成、协同高效，强化医疗、医保、医药协同发展和治理。

基本医疗保险制度实行权利与义务相对应、待遇与缴费相挂钩、缴费和补助相结合的原则，实行市级统筹，统一参保范围、保障对象、筹资机制、待遇标准、基金管理、经办服务、信息平台。

第五条 各级人民政府对实施基本医疗保险制度负总责，是本辖区内基本医疗保险制度扩面征缴工作的第一责任人，负责统筹协调，加强部门联动，形成工作合力，为积极推进全民参保计划和深化医疗保障制度改革创造条件，凝聚社会共识，维护医疗保障基金安全，保障人民健康。市、区（县级市、经济功能区）人民政府（管委会）将医疗保障事业纳入国民经济和社会发展规划。

第六条 市级医疗保障行政部门负责基本医疗保险政策的制定和调整，组织实施和监督管理。市级医保经办机构负责统筹指导全市基本医疗保险具体业务经办和管理服务工作，加强业务承办机构的监督管理。各级医疗保障部门负责辖区内基本医疗保险政策的组织实施和管理服务工作，依法对用人单位和个人医保参保登记业务实施监督检查和核定。

财政部门负责分类设立基本医疗保险基金财政专户，分配下达各级财政补助资金和落实配套资金，加强基金保障和使用监督管理工作，落实医疗保障相关工作经费纳入财政年度预算。

税务部门负责做好医保基金征管和服务，做好医保费申报受理、费款征收、会统核算、缴费检查、欠费追缴及违法处罚等工

作，加强与医保部门数据比对，及时传递征缴信息，参与做好医保扩面工作。

卫生健康部门负责深化医疗卫生体制改革，均衡区域医疗资源布局，优化医疗资源配置，加强医疗机构行为监督管理，督促指导定点医疗机构做好医疗服务工作，规范诊疗行为。

审计部门负责依法对医疗保障基金收支、管理和使用情况进行审计监督。

教育部门配合做好学生的参保工作，积极配合医保部门，加强工作协同与数据共享，不断提高学生基本医疗保险参保水平。

公安、民政、人力资源社会保障、农业农村、退役军人事务、政务和数据、残联等部门按照职能分工做好行业服务管理对象的信息确认、身份认定和精准识别工作，完善信息共享和业务协作机制，及时共享数据信息。

发展改革、市场监管、统计等部门按职能分工做好相关工作。

镇（街道）人民政府（办事处）、村（居）委员会负责辖区内医保扩面征缴工作的组织、宣传、发动，按照医疗保障经办政务服务事项清单要求，做好医保便民服务工作。

第七条 每年自公历1月1日起至12月31日止为一个医疗保险年度（以下简称医保年度）。

第二章 参保范围

第八条 用人单位及其职工依法参加职工医保。灵活就业人员可以按规定参加职工医保。

领取失业保险金期间的失业人员（以下简称失业人员）、因工致残被鉴定为一级至四级伤残的工伤职工（包括保留劳动关系和办理伤残退休手续的人员）应当按规定参加职工医保。

第九条 职工医保覆盖范围以外或按规定享有其他保障以外的我市城乡居民按规定参加居民医保，包括：我市户籍居民和居住证持有人、在我市居住且办理港澳台居民居住证的未就业港澳台居民、不具有本市行政区域内户籍的在校学生等。

正在服兵役的人员、正在服刑期间的人员以及按规定享有其他医疗保障的人员不纳入我市基本医疗保险制度覆盖范围。

第十条 同一参保人员在同一时间段内只参加一种国家实施的基本医疗保险制度，原则上不允许重复参保。医保经办机构应当有序清理重复参保，按以下规定只保留一个可享受待遇的参保关系：

（一）重复参加职工医保的，原则上保留现就业地参保关系。

（二）重复参加居民医保的，原则上保留常住地参保关系，也可经由征求参保人员意愿后，自行选择参保地。

（三）学生重复参保的，原则上保留学籍地或学校所在地参保关系。属于资助参保对象的学生，可以选择保留身份认定地参

保关系。

（四）跨制度重复参保且连续参加职工医保1年（含）以上的，原则上保留职工医保参保关系。

（五）非全日制、临时性工作等灵活就业形式的跨制度重复参保，保留一个可享受待遇的参保关系，暂停重复的参保关系。

第三章 筹资机制

第一节 筹资管理

第十一条 基本医疗保险基金遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，建立健全预决算制度、财务会计制度和内部审计制度，科学编制基金收支预算、加强预算执行监督，全面实施预算绩效管理。

第十二条 基本医疗保险基金纳入市级财政专户管理，下设基金财政专户子账户，按市本级、各区（县级市、经济功能区）分设明细账核算，实行预算管理、单独建账、分账核算、专款专用，不得挤占挪用。

第十三条 基本医疗保险基金银行存款实行统一计息办法。对存入收入户和支出户的活期存款实行优惠利率，按三个月整存整取定期存款基准利率计息。对存入财政专户的存款，利率比照同期居民储蓄存款利率管理。

基本医疗保险基金及其利息不计征税、费。

第十四条 建立基本医疗保险基金年度风险调剂金制度，按职工医保和居民医保分险种设立，按市本级、各区（县级市、经济功能区）分设明细账核算，按当年度基本医疗保险统筹基金总收入的3%计提，主要用于但不限于防范和垫付基本医疗保险基金待遇支付风险和收支缺口。

第十五条 加强基金中长期精算，构建收支平衡机制，健全基金运行风险评估、预警机制，职工医保统筹基金累计结余可支付月数应控制在12-18个月，居民医保统筹基金累计结余可支付月数应控制在6-9个月。

当基本医疗保险统筹基金累计结余可支付月数低于6个月时，各级医疗保障行政部门会同属地财政部门应当及时向本级人民政府和上一级行政主管部门预警报告，并附上相应的风险评估分析情况及处理意见建议。

第十六条 因各区（县级市、经济功能区）居民医保财政补助资金不到位扣减和多报、虚报参保人数追加扣减的补助资金，由各区（县级市、经济功能区）财政负责补足。

第十七条 基本医疗保险基金实行属地管理责任，建立责任分担机制，保障基金安全运行。

当基本医疗保险基金出现缺口时，按如下办法办理：

（一）基本医疗保险基金当期收不抵支时，由历年结余基金给予补足解决；历年结余基金支付不足时，先由风险调剂金垫付，

再由市县两级财政按照基金责任分担机制补足。各区（县级市、经济功能区）财政应于次年2月底前按基金分担的相应责任将缺口资金划入市级基本医疗保险财政专户。逾期不划入或划入资金不足的，由市级财政部门在次年3月底前从各地税务返还、均衡性转移支付和市级财政补助资金中抵扣，划入市级基本医疗保险财政专户。

（二）职工医保基金出现缺口时，如各区（县级市、经济功能区）完成当年省、市下达的职工医保扩面征缴目标任务的，由市级财政和各区（县级市、经济功能区）财政各负责50%；如未完成任务的，由各区（县级市、经济功能区）财政全额负责补足。

（三）居民医保基金出现缺口时，如各区（县级市、经济功能区）完成当年省、市下达的居民医保扩面征缴目标任务的，由市级财政和各区（县级市、经济功能区）财政按3:7比例负责；如未完成任务的，由各区（县级市、经济功能区）财政全额负责补足。

第二节 职工医保筹资机制

第十八条 职工医保统筹基金的来源：

（一）用人单位缴费收入（含生育保险费）；

（二）个人缴费收入；

（三）财政对困难人员代缴收入；

（四）财政补贴收入；

（五）滞纳金收入；

（六）利息收入；

（七）国家、省、市规定的其他收入。

第十九条 生育保险和职工医保合并实施，由税务部门统一征收管理。

在职职工实行按月缴费，自缴费次月起享受待遇，停止缴费次月起停止待遇。

参保职工达到法定退休年龄时累计缴费达到我市规定年限的，退休后不再缴纳基本医疗保险费，按规定享受基本医疗保险待遇；未达到规定年限的，可以缴费至规定年限。

第二十条 职工医保（含生育保险）费由用人单位和职工个人按规定的缴费基数和缴费费率共同按月足额缴纳，分别建立统筹基金和个人账户。

用人单位按本单位职工缴费工资总额的7%（含职工医保6.5%和生育保险0.5%）缴纳职工医保（含生育保险）费，职工个人按本人工资收入的2%缴纳职工医保费，职工个人不缴纳生育保险费。

灵活就业人员参加职工医保的，按个人申报工资收入的8.5%（其中用人单位的6.5%和个人的2%均由个人承担）缴纳职工医保费。

第二十一条 失业人员参加职工医保，按我市上上年度全口

径城镇单位就业人员月平均工资的9%（含用人单位的7%和个人的2%）缴纳职工医保（含生育保险）费，按规定从失业保险基金中支付，个人不缴纳职工医保费。

失业人员自符合失业保险金领取条件的次月起享受相应的职工医保待遇。

第二十二条 在我市领取伤残津贴的因工致残被鉴定为一级至四级伤残的工伤职工参加职工医保，按工伤职工伤残津贴的9%（含用人单位的7%和个人的2%）缴纳职工医保费。

已办理伤残退休手续的一级至四级伤残职工，按工伤职工伤残津贴的8.5%（含用人单位的6.5%和个人的2%）缴纳职工医保费，应当由用人单位缴纳的职工医保费按规定从工伤保险基金中支付，个人按规定缴费或可从其伤残津贴中扣缴。

第二十三条 职工医保（含生育保险）的缴费基数上限和下限分别按照我市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资（以我市城镇非私营单位就业人员平均工资和城镇私营单位就业人员平均工资加权计算，下同）的300%和60%确定，由市级医疗保障行政部门会同市级财政、税务行政部门于每年12月底前向社会公布。

第二十四条 我市执行全省统一的职工医保缴费年限政策。到2030年1月1日，我市参保职工达到法定退休年龄时累计缴费年限统一为男职工30年，女职工25年。

（一）2023年1月1日前，已达到法定退休年龄的参保人

员，在我市参加职工医保实际缴费年限累计须满10年。

（二）2023年1月1日起，我市男职工达到法定退休年龄时，其职工医保累计缴费年限实行逐年均衡调整：2023年须达到12年6个月，2024年须达到15年，2025年须达到17年6个月，2026年须达到20年，2027年须达到22年6个月，2028年须达到25年，2029年须达到27年6个月，2030年及以后须达到30年。

（三）2023年1月1日起，我市女职工达到法定退休年龄时，其职工医保累计缴费年限实行逐年均衡调整：2023年须达到12年，2024年须达到14年，2025年须达到16年，2026年须达到18年，2027年须达到20年，2028年须达到22年，2029年须达到24年，2030年及以后须达到25年。

符合本条第（二）（三）项规定的参保职工按其达到法定退休年龄时所在自然年对应的累计缴费年限标准计算。

第二十五条 参保人员在省内和省外各统筹区参加职工医保的实际缴费年限互认，合并计算为我市职工医保累计缴费年限。军人服现役年限视同为我市职工医保实际缴费年限，与入伍前和退出现役后参加职工医保的缴费年限合并计算。

第二十六条 参保职工达到法定退休年龄时，缴费年限同时符合下列条件的，退休后不再缴纳职工医保费，按照规定享受我市职工医保退休人员待遇：

（一）参加职工医保的累计缴费年限符合本办法第二十四条

规定的职工医保累计缴费年限要求。

（二）在我市参加职工医保实际缴费年限累计满10年。

不得将办理职工医保退休人员待遇与在当地按月领取基本养老金绑定。

第二十七条 参保职工不符合我市规定的职工医保缴费年限要求的，按照以下规定确定其职工医保退休后待遇享受地：

（一）参保人员在我市有职工医保参保缴费记录的，可选择在我市缴费至规定年限后，在我市享受职工医保待遇。在我市没有职工医保参保缴费记录的，不能将我市确定为其职工医保退休后待遇享受地。

（二）参保人员不选择在我市缴费至规定年限，但符合曾参保地职工医保规定的，可转回该曾参保地享受职工医保待遇。

（三）参保人员不符合上述情形的，可选择在参保人员实际缴费年限最长的其他曾参保地或有职工医保参保缴费记录的户籍所在地，并按当地职工医保规定缴费至规定年限后，在该地享受职工医保待遇。

退休后待遇享受地是指参保职工达到法定退休年龄时，其职工医保缴费年限符合当地职工医保规定的地级以上市，或参保人员按当地职工医保规定继续缴纳职工医保费的地级以上市。

第二十八条 参保职工达到法定退休年龄时，其职工医保缴费年限不符合我市规定，在确定我市为退休后待遇享受地后，可按以下规定缴费至规定年限：

（一）选择按月缴纳职工医保费。按我市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的6.5%，由参保人员退休时所在单位按月缴纳职工医保费至规定年限。按月缴费期间，参保人员享受职工医保在职人员待遇，不计发个人账户，缴满至规定年限后，次月1日起享受职工医保退休人员待遇。

（二）选择一次性缴纳职工医保费。按我市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的6.5%，由参保人员退休时所在单位办理一次性缴纳职工医保费至规定年限后，次月1日起享受职工医保退休人员待遇。

（三）没有单位依托的参保人员，由本人按照上述规定自愿向医保经办机构申请按月缴纳职工医保费或一次性缴纳职工医保费，按规定享受相应待遇。

（四）2023年1月1日前，我市已达到法定退休年龄并按月缴纳过渡性基本医疗保险费的退休人员，调整按我市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的6.5%，按月缴纳至规定年限，按原过渡性基本医疗保险费政策规定享受我市职工医保退休人员待遇。

参保人员按月缴费期间，可申请调整选择一次性缴纳职工医保费至规定年限，按规定享受相应待遇。

第二十九条 参保人员不愿意补缴或无力补缴的，按规定参加居民医保，各地医保经办机构应保留其职工医保缴费年限记录，中途可按本办法规定确定退休后待遇享受地后并选择按月或

一次性缴费至规定年限，按规定享受相应待遇。

第三十条 用人单位及其职工因各种原因停缴欠费的，自停止缴费次月起停止享受相应待遇，按规定重新缴费并将停缴欠费期间的职工医保（含生育保险）费及滞纳金一并清缴补缴后，职工医保年限予以计算，待遇予以追溯，次月起恢复享受相应待遇。

灵活就业人员参加职工医保出现停缴欠费的，自停止缴费次月起停止享受相应待遇。中断缴费3个月（含）以内的，经清缴补缴后，职工医保年限予以计算，待遇予以追溯；中断缴费3个月以上的，不予补缴，职工停缴欠费期间医保年限不予计算，待遇不予追溯，按规定重新参加职工医保后，自缴费次月起享受相应待遇。

停缴欠费期间发生的医疗费用已由第三方承担的，医保不再重复追溯支付。

第三十一条 用人单位与职工存在事实劳动关系，且用人单位未按规定及时足额为其职工申报缴纳和代扣代缴职工医保（含生育保险）费的，应主动向属地医保经办机构申请办理应参未参补缴手续，用人单位申报的缴费工资基数不低于补缴所属年度我市规定的职工医保（含生育保险）缴费基数下限值，缴费费率按本办法规定执行。用人单位应在规定时间内及时到税务部门进行清缴，与滞纳金一并清缴补缴后，职工医保年限予以计算，待遇不予追溯，欠缴期间发生的医疗费用由用人单位承担，切实维护职工合法权益。

第三节 居民医保筹资机制

第三十二条 居民医保统筹基金的来源：

（一）个人缴费收入；

（二）中央、省、市、县财政补助收入；

（三）医疗救助资助收入；

（四）财政对困难人员代缴收入；

（五）利息收入；

（六）社会捐赠；

（七）集体扶持；

（八）国家、省、市规定的其他收入。

第三十三条 居民医保实行年度缴费，按参保年度享受待遇，原则上每年9月至12月为我市居民医保下一医保年度集中征缴期，次年1月1日起至12月31日止为居民医保待遇享受期。

第三十四条 我市居民医保费征缴实行以家庭（户）为单位登记参保信息的模式，医保经办机构办理参保登记，税务部门统一征收。

在校学生原则上参加学籍地或学校所在地居民医保，由学校所在地政府部门统一组织参保、统一收缴费用、统一登记造册。

第三十五条 居民医保实行个人缴费和财政补助相结合的筹资方式，按照不低于国家和省规定的最低缴费标准确定我市筹资标准。

各级财政补助按照国家、省和市有关文件执行，由省财政统筹中央和省级资金分担85%支出责任，由市级财政统筹市和县（市、区）级资金按3:7比例分担15%支出责任。

每年居民医保个人缴费标准和财政补助标准由市级医疗保障行政部门会同市级财政、税务部门按照本办法规定报市人民政府审批确定，在每年第四季度开展下一医保年度居民医保集中参保缴费时执行，并在居民医保集中征缴期前向社会公布。

第三十六条 实行新生儿预参保政策，确保新生儿及时享受医疗保障待遇。新生儿不受户籍地或居住地限制，自孕期28周起至出生180天内按照我市规定的个人缴费标准参加我市居民医保的，其出生之日起所发生的符合规定的医疗费用纳入医保支付范围。新生儿出生180天内因死亡无法办理户籍的，可凭死亡医学资料在父亲或母亲户籍地参加居民医保，医保待遇按规定核销后及时办理终止参保及注销手续。

新生儿出生180天后在当年度内参加我市居民医保的，次月起按规定享受相应待遇。新生儿出生后两年再参加我市居民医保的，则按规定设置参保后固定待遇等待期和变动待遇等待期。

第三十七条 我市收入型医疗救助对象参加资格认定地居民医保，个人缴费部分由政府给予全额资助，新增的收入型医疗救助对象在有关部门认定其医疗救助对象资格前已参加当年度居民医保的，按规定资助其下一年度居民医保。我市收入型医疗救助对象不设置待遇享受等待期，从相关职能部门认定其医疗救助

对象身份之日起享受医疗保障待遇。

第三十八条 大中专院校新入学的学生在居民医保集中征缴期内按照我市规定的个人缴费标准参保缴费的，不设待遇享受等待期，自参保缴费之日起至次年12月31日止按规定享受居民医保待遇，但不得重复享受医保待遇。

第三十九条 符合条件的退役士兵、刑满释放人员等其他特殊群体，在退出现役、刑满释放当年度内参加我市居民医保的，参保缴费次月起按规定享受相应待遇，若退出现役、刑满释放两年后再参加我市居民医保的，则按规定设置参保后固定待遇等待期和变动待遇等待期。

第四十条 自2025年起，除新生儿等特殊群体外，对未在居民医保集中参保期内参保或未连续参保的人员，按照我市规定的个人缴费标准参加我市居民医保的，设置参保后固定待遇等待期3个月。其中，未连续参保的，每多断保1年，在固定待遇等待期基础上增加变动待遇等待期1个月。参保人员可通过缴费修复变动待遇等待期。参照当年我市规定的个人缴费标准缴费修复，每多缴纳1年可减少1个月变动待遇等待期，连续断缴4年及以上的，修复后固定待遇等待期和变动待遇等待期之和不少于6个月。待遇等待期间不能享受相应居民医保待遇。

第四十一条 参保人员缴纳居民医保费后，未进入居民医保待遇享受期前，因死亡、户籍迁出我市、服刑、重复缴费、参加职工医保或其他统等区基本医疗保险的，可在终止或中止其居

民医保参保关系的同时，依申请办理退费。进入居民医保待遇享受期开始后暂停居民医保参保关系的，个人缴费不再退回。

市级医疗保障行政部门和税务部门建立居民医保费退费协同机制，共同做好退费相关工作。

重复参保涉及的财政补助资金扣减原则按国家和省相关规定执行。

第四节 职工个人账户

第四十二条 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%，用人单位缴纳的基本医疗保险费全部划入统筹基金。

退休人员个人账户由职工医保统筹基金按每人每月107元的定额标准划入。未建立个人账户的退休人员不适用本条规定。

灵活就业人员职工医保个人账户计入标准参照执行。

第四十三条 参保职工个人账户实行省内跨市使用，在全省范围内实现家庭共济，可用于支付参保人员本人及其近亲属（包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女等法律法规规定的范围，下同）以下费用：

（一）在定点医疗机构发生的由个人负担的医疗费用和符合规定的中医“治未病”费用。

（二）在定点医疗机构使用除国家免疫规划、国家基本公共

卫生服务项目外的预防接种疫苗费用。

（三）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。

（四）参保人员近亲属参加居民医保等的个人缴费。

（五）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。

（六）参保人员本人及其近亲属购买城市定制型商业补充医疗保险等商业健康保险费用。

（七）其他符合国家、省规定的费用。

第四十四条 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。

第四十五条 当参保人员出现以下各种特殊情况时，各级医保经办机构应及时处理个人账户资金。

（一）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，原则上不划转、不提现。参保人员跨省转移职工医保关系的，个人账户资金原则上随其划转。特殊情况无法转移时可以划入本人银行账户。

（二）跨省异地安置退休人员经本人申请，可将个人账户资金划入本人银行账户。

（三）参保人员在参保期间应征入伍，经本人申请，个人账户资金可划入本人银行账户。

（四）参保人员死亡后，经申请，其个人账户资金可一次性

划入本人银行账户或者按规定继承。

（五）参保人员出境（包括港澳台地区）定居的，经本人申请，其个人账户资金可划入本人银行账户。

第四章 门诊保障

第一节 普通门诊

第四十六条 参保人员按规定享受门诊诊查费、一般诊疗费、家庭医生签约服务费和普通门诊统筹等普通门诊待遇。

第四十七条 普通门诊统筹基金用于保障参保人员符合规定的普通门诊待遇。

职工医保普通门诊统筹基金总额以职工月工资为基数（在职职工以月缴费工资为基数，退休人员以上上年度城镇单位在岗职工月平均工资为基数），按每人每月1.3%的标准，从职工医保统筹基金中等集。

居民医保普通门诊统筹基金总额以当年度居民医保筹资总额为基数，按每人每年10%的标准，从居民医保统筹基金中等集。

基本医疗保险普通门诊统筹基金当年度结余基金滚存计入当年度基本医疗保险统筹基金当期结余，统筹使用。

第四十八条 参保人员在二、三级公立定点医疗机构门诊就医可享受每人每次3元的门诊诊查费定额报销待遇。在基层定点

医疗机构（含乡镇卫生院、一级及以下定点医疗机构、村卫生站，下同）门诊就医，可享受门诊一般诊疗费报销待遇，支付比例70%，最高支付限额不超过每人每次6.3元。

第四十九条 参保人员的家庭医生签约服务费，由基本医疗保险、基本公共卫生服务项目经费和签约居民个人按照3.5:3.5:3比例均衡负担。其中，医保基金按照每人每月3.5元标准负担，纳入普通门诊统筹基金支付范围，不单独设项目结算支付。

第五十条 普通门诊统筹不设起付标准，实施选点就医政策，参保人员在选定的定点医疗机构普通门诊发生的政策范围内医疗费用，由医保统筹基金按规定支付。参保人员未办理选点手续或办理选点手续前发生的普通门诊医疗费用，医保基金不予支付。

职工医保普通门诊实施多个选点就医政策，巩固拓展门诊共济改革成效，参保职工在当年度原则上选定3家定点医疗机构（其中1家必须为基层定点医疗机构）作为门诊就医选点。

居民医保普通门诊实施基层选点就医政策，参保居民在当年度原则上选定2家基层定点医疗机构作为门诊就医选点。

参保人员应在每年12月底前选定下一医保年度的门诊就医选点，到期未办理的，系统将默认上一医保年度门诊就医选点作为下一医保年度有效选点，原则上在一个医保年度内限变更选点1家次。

第五十一条 在职职工普通门诊就医在选定的乡镇卫生院（含村卫生站）支付比例为80%，在选定的一级（含未定级）定点医疗机构支付比例为70%，在选定的二级定点医疗机构支付比例为60%，在选定的三级定点医疗机构支付比例为50%。退休职工的支付比例分别提高5个百分点。

参保居民普通门诊统筹支付比例为50%。

参保人员凭选定的我市“双通道”定点医疗机构责任医师开具的普通门诊外配处方、就医凭证，可按规定在我市“双通道”定点零售药店配药，按开具外配处方的“双通道”定点医疗机构普通门诊支付比例执行。

第五十二条 职工医保普通门诊统筹基金年度支付限额标准以我市上上年度城镇单位在岗职工年平均工资的2%确定（采用四舍五入法取整数）。

居民医保普通门诊统筹基金年度支付限额标准以上一年度居民医保人均筹资总额的25%确定（采用四舍五入法取整数）。

普通门诊统筹基金年度支付限额标准由市级医保经办机构于每年12月底前向社会公布下一年度限额标准。

参保居民在选定的定点医疗机构门诊发生的符合规定的产前检查相关费用纳入普通门诊统筹保障，支付比例为50%，最高支付限额标准为500元/孕次，从居民医保普通门诊统筹基金总额中列支，单独核算。未办理选点手续或办理选点手续前发生产前检查费用，医保不予支付。

第五十三条 普通门诊统筹基金年度支付限额含门诊诊查费、一般诊疗费、家庭医生签约服务费基本医疗保险支付部分等费用，当年内有效、不累计、不滚存。

第五十四条 已办理异地就医备案手续的参保人员按规定在选定的定点医疗机构异地就医发生的普通门诊费用按我市普通门诊统筹支付比例和最高支付限额结算。

第五十五条 参保人员在住院期间，不得同时享受普通门诊统筹待遇。

第五十六条 完善与普通门诊统筹相适应的付费机制，普通门诊统筹原则上实行年度总额控制，月度限额预结算，年度清算的按人头付费方式。对不宜打包付费的门诊费用，可按项目付费。

具体结算规程由市级医保经办机构另行制定，报市级医疗保障行政部门审定后执行。

第二节 门诊特定病种

第五十七条 门诊特定病种（以下简称门特）是指诊断明确、病情相对稳定、需在门诊长期治疗或诊疗方案明确的疾病。门特医疗费用由医保统筹基金按规定支付。

第五十八条 全市执行统一的门特病种范围和年度最高支付限额标准（详见附表）。

门特年度最高支付限额纳入基本医疗保险统筹基金年度累

计最高支付限额计算，当年内有效，不滚存、不累计。门特资格认定首年的门特年度最高支付限额按其当年具备享受待遇资格的月数计算。

第五十九条 我市参保人员如同时患两个或两个以上门特的，参保居民和参保职工取年度支付限额标准较高的病种确定其年度最高支付限额标准并分别增加1200元/年和2400元/年。白内障（门诊手术）、泌尿系结石（门诊体外碎石）以及不设年度最高支付限额的门特病种除外。

参保人员在门诊因不孕不育辅助生殖技术治疗发生的“取卵术”等8个辅助生殖类诊疗项目费用参照我市门特政策予以保障，该病种年度最高支付限额不与其他门特病种待遇限额叠加。

第六十条 参保人员已办理门特待遇认定的，应按规定选定符合条件的3家定点医疗机构作为本人相应门特就医定点医药机构，原则上一年内不变更。参保人员未办理选点手续或办理选点手续前发生的门特医疗费用，医保基金不予支付。

第六十一条 门特不设起付标准，参保人员因门特在选定的定点医疗机构门诊就医购药的，按相应级别医疗机构住院支付比例执行。

参保人员凭选定的我市“双通道”定点医疗机构责任医师开具的门特外配处方、就医凭证，可按规定在我市“双通道”定点零售药店配药，按开具外配处方的“双通道”定点医疗机构住院支付比例执行。

第六十二条 经认定为精神分裂症门特资格的参保人员，且符合卫生健康部门规定的需要使用长效针剂治疗产生的医疗费用纳入门特保障范围，不纳入该病种年度最高支付限额计算，直接计入基本医疗保险统筹基金年度累计最高支付限额。

第六十三条 参保人员门特医疗费用经基本医疗保险支付后，其个人负担的合规医疗费用按规定纳入大病保险、医疗救助保障范围。

第六十四条 参保人员因门特在经批准开展互联网诊疗活动的定点医疗机构，发生的互联网复诊的网上就诊诊查费和药品费用，纳入医保统筹基金支付范围。

在经批准开展互联网诊疗活动的定点医疗机构复诊的网上就诊诊查费按我市普通门诊诊查费的标准收费。网上就诊诊查费和药品费用纳入相应定点医疗机构门特结算范围。

第六十五条 我市定点医疗机构和“双通道”定点零售药店应当按规定向属地医保经办机构申请或变更门特服务资格，包括诊断（待遇认定）资格和治疗资格，由各级医保经办机构按规定向社会公布，并向市级医保经办机构报备。

第六十六条 我市具备相应门特诊断（待遇认定）资格的定点医疗机构可开展相应门特的诊断和待遇认定。我市具备相应门特治疗资格的定点医疗机构和“双通道”定点零售药店均可开展相应门特治疗服务。

市外可开展相应门特诊断及治疗的定点医疗机构和“双通

道”定点零售药店范围按就医地医保部门确定的范围。

在非定点医疗机构、非“双通道”定点零售药店或不按规定在“双通道”定点零售药店发生的门特医疗费用，医保不予支付。

第六十七条 门特实施备案管理。参保人员罹患门特范围的疾病，申请门特待遇认定和续期，应选择具备相应门特诊断资格的定点医疗机构办理，办理时限不得超过3个工作日。

第六十八条 门特待遇享受有效期自定点医疗机构按照规定将参保人员门特认定信息上传至医保信息系统备案之日起，按照自然日计算，到期自动终止。

参保人员应当在其相应门特待遇认定有效期满前30日内或在前一有效期终止后30日内（含30日）申请办理续期，续期有效期自前一有效期满后次日起，按照自然日计算，到期自动终止。

第六十九条 艾滋病门特待遇认定实行免申请和患者信息保密管理。由艾滋病定点收治医疗机构予以诊断和待遇认定。艾滋病门特患者到我市卫生健康部门明确的艾滋病定点收治医疗机构门诊就医的相关诊疗费用方可报销，国家和省另有规定的，依照其规定。

第七十条 门特准入标准和待遇享受有效期统一按省有关规定以及诊疗规范执行。市级医保经办机构可结合实际参照省规定另行制定有关经办规程。

第七十一条 定点医疗机构应明确专门科室，专人专责做好门特资格申请的业务管理、资料审核和归档，相关材料应当保存10年备查。

定点医疗机构应积极优化便民举措，探索设立医疗保障服务工作站（点），将医疗保障政策宣传、经办、服务前移，为参保人员提供“一站式”门特服务。

第七十二条 定点医疗机构按照因病施治、合理用药的原则，可根据长期处方管理规范结合病情需要将门特单次处方医保用药量适当延长，最长不超过12周。

第五章 住院保障

第七十三条 参保人员在本市内乡镇卫生院、一级（含未定级）、二级、三级定点医疗机构住院，统筹基金支付的住院报销起付标准分别为200元、200元、500元、700元。

参加居民医保的特困供养人员和孤儿、事实无人抚养儿童在本市内定点医疗机构住院享受零起付线。

已定级的乡镇卫生院的起付标准和支付比例按照乡镇卫生院待遇执行。

第七十四条 参保人员在本市内医疗联合体（含辖区内城市医疗集团和紧密型县域医共体）上下转诊，视为同一次住院，按照连续的诊疗过程累计计算起付线。即按规定向上转诊患者，上级医疗机构执行收取与下级医疗机构起付线的差额部分；向下转诊患者，取消下级医疗机构起付线。

医疗联合体要牵头定点医疗机构制订规范的双向转诊就医

管理机制，促进医疗联合体内部的双向转诊，及时与医疗联合体内各定点医疗机构签订协议，并按规定将双向转诊机制和相关协议报属地卫生健康行政部门和医保经办机构备案，医疗联合体内医保有关政策待遇从备案通过后次月起计算。

第七十五条 参保职工在一个医保年度内多次住院的，从第二次住院开始，降低起付标准，每多住院一次起付标准降低10%，最高不超过30%。

第七十六条 参保职工在本市内乡镇卫生院、一级（含未定级）、二级、三级定点医疗机构住院的，在职职工的统筹基金支付比例分别为90%、90%、80%、80%，退休职工的统筹基金支付比例分别为92%、92%、85%、85%。

参保居民在本市内乡镇卫生院、一级（含未定级）、二级、三级定点医疗机构住院的，统筹基金支付比例分别为90%、85%、75%、65%。

参加居民医保的特困供养人员和孤儿、事实无人抚养儿童在乡镇卫生院、一级（含未定级）、二级、三级定点医疗机构住院的，统筹基金支付比例分别为90%、85%、80%、70%。

第七十七条 参保人员在本市内的县级公立医院综合改革试点的定点医疗机构住院治疗的，可在其原支付比例的基础上提高5个百分点。

第七十八条 参保职工因严重精神障碍疾病在本市内乡镇卫生院、一级（含未定级）、二级、三级定点医疗机构住院的，在

职职工的统筹基金支付比例分别为90%、90%、85%、85%，退休职工的统筹基金支付比例分别为92%、92%、85%、85%。

参保居民因严重精神障碍疾病在本市内乡镇卫生院、一级(含未定级)、二级、三级定点医疗机构住院的，统筹基金支付比例分别为90%、85%、75%、75%。

参加居民医保的特困供养人员和孤儿、事实无人抚养儿童因严重精神障碍疾病在本市内乡镇卫生院、一级（含未定级）、二级、三级定点医疗机构住院的，统筹基金支付比例分别为90%、85%、80%、75%。

第七十九条 参保居民因肝硬化失代偿期、恶性肿瘤、慢性肾功能不全（尿毒症期）、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、规定项目组织器官（肝脏、肾脏、心脏、肺脏）移植后抗排斥治疗、心脏病合并心功能不全Ⅲ级及以上、地中海贫血、儿童先天性心脏病、白血病、原发性血小板增多症、多器官功能衰竭、重型颅脑损伤、特重度烧伤、髋关节置换术、全身多处骨折和骨髓增生异常综合症等17种特定病种，在本市内三级定点医疗机构住院的，统筹基金支付比例为75%。

第八十条 参保人员在本市外定点医疗机构住院的起付标准为1200元。异地长期居住人员在备案的就医地和参保地享受的医保支付比例一致。异地转诊人员和异地急诊抢救人员在就医地享受的医保支付比例降低10个百分点，非急诊且未转诊的其他临时外出就医人员在就医地享受的医保支付比例降低20个百分

点。

严重精神障碍疾病参保患者办理异地转诊、异地长期居住就医备案的，其本市外住院发生的医疗费用，按本市内同级别医疗机构支付比例支付。

第八十一条 参保居民按规定在定点医疗机构发生的分娩、终止妊娠或者施行计划生育手术的符合规定的生育医疗费用，纳入居民医保支付范围，按住院政策执行。

第八十二条 参保人员因病住院，在同一定点医疗机构发生的入院前24小时内与本次住院治疗直接相关的普通门诊、急诊留观、急诊抢救等医疗费用，纳入当次住院医疗总费用中合并计算，按住院报销政策执行。

急诊抢救死亡的，参照住院报销政策执行。

第八十三条 参保人员在我市定点医疗机构的日间病房住院进行日间手术和日间化疗的，其在日间病房发生的符合基本医疗保险政策范围内的合规医疗费用（含日间手术住院期间的医疗费用，以及日间手术住院前在同一定点医疗机构发生的与本次日间手术治疗直接相关的门诊医疗费用），按规定纳入基本医疗保险支付范围，按住院报销政策执行。

第八十四条 职工医保年度最高支付限额（叠加职工大病保险）不低于我市上上年度城镇单位在岗职工年平均工资的8倍。居民医保年度最高支付限额（叠加居民大病保险）不低于我市上上年度居民年人均可支配收入的8倍。

我市职工医保统筹基金年度最高支付限额为30万元，职工大病保险年度最高支付限额为60万元；居民医保统筹基金年度最高支付限额为20万元，居民大病保险年度最高支付限额为40万元。

第八十五条 参保人员在我市范围内定点医疗机构住院（含日间手术）发生的医疗费用，由医保经办机构按照“预算管理、总额控制、病种赋值、月预结算、年度清算”的原则，与定点医疗机构实行按病种分值付费（以下简称DIP）结算，结算办法由市级医疗保障行政部门会同市级财政、卫生健康行政部门另行制定和调整，按程序报市人民政府审定后实施。

参保人员与定点医疗机构的住院医疗费用结算按本办法规定结算和享受，不受DIP结算政策影响。

第六章 管理服务

第一节 医保目录管理

第八十六条 我市严格执行《广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目目录》《广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医用耗材目录》，未列入的药品、诊疗项目和医用耗材，医保基金不予支付。

我市按照国家和省统一部署实行动态调整并执行目录，各地不得自行制定目录或调整医保限定支付范围。

第八十七条 部分药品、诊疗项目和医用耗材规定了医保限定支付范围，是指符合规定情况下参保人员发生的医疗费用，可按规定由医保基金支付。医保经办机构在支付费用前，应核查相关证据。

临床医师根据病情提供诊疗服务、开具处方，参保人员购买与使用药品等不受医保药品、诊疗项目和医用耗材目录的限制。

第八十八条 “人工耳蜗”列入基本医疗保险基金支付部分费用的医用材料类项目，应当同时满足以下条件：

（一）双耳重度或极重度感音神经性聋患者。

（二）7周岁以下的语前聋患者或经听力语言康复后有一定听力言语基础的18周岁以下语前聋患者。

第八十九条 按照国家和省有关规定，积极推进省内和跨省异地就医医疗费用直接结算，异地就医执行就医地规定的基本医疗保险药品、诊疗项目和医用耗材目录及支付标准等有关规定；基本医疗保险的起付标准、支付比例和最高支付限额等待遇执行参保地政策。

第二节 医保支付标准

第九十条 我市严格执行国家和省制定的医保支付标准。医

保支付标准以内的部分，由医保统筹基金按比例支付，超出医保支付标准的部分，由参保人员个人自付。

医保基金依据医保支付标准以及医保支付规定向定点医疗机构和定点零售药店支付费用。

第九十一条 医保药品目录分甲乙类管理，除西药“甲类”和中成药“甲类”药品外，其余西药和中成药以及协议期内国家谈判药品、中药饮片、医院制剂等均按照“乙类”药品支付。

我市严格执行国家和省制定的医保药品甲乙类管理规定和调整规则。

第九十二条 我市纳入医保“乙类”管理的药品，参保人员个人先行自付比例为10%，纳入医保“乙类”管理的中成药、中药饮片、医院制剂，参保人员个人先行自付比例为5%。

我市纳入医保“甲类”管理的西药、中成药以及医保目录内的“岭南名方”制剂，参保人员不先行自付，按100%纳入基本医疗保险支付范围。

第九十三条 诊疗项目和医用耗材的医保政策标识和先行自付比例按照《茂名市基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目目录医保政策标识》《茂名市基本医疗保险、工伤保险和生育保险医用耗材目录医保政策标识》规定执行。

第九十四条 下列情形产生的医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：

（一）应当从工伤保险基金支付的；

（二）应由第三方承担的；

（三）应当由公共卫生负担的；

（四）在境外就医的；

（五）体育健身、养生保健消费、健康体检；

（六）国家规定不予支付的其他费用。

第九十五条 参保人员产生的医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或无法确定第三人的，个人可以按照国家和省有关规定向参保地医保经办机构书面申请医疗保障待遇先行支付，并告知造成其伤病的原因和第三人不支付医疗费用或者无法确定第三人的情况。

个人已经从第三人获得医疗费用的，应主动将先行支付金额中应当由第三人承担的部分退还给医疗保障基金，医保经办机构不再向第三人追偿。

个人拒不退还的，医保经办机构可以从以后支付的相关待遇中扣减其应当退还的数额，或者向人民法院提起诉讼。

医保经办机构按规定先行支付医疗费用后，有关部门确定了第三人责任的，应当要求第三人按照确定的责任大小依法偿还先行支付数额中的相应部分。第三人逾期不偿还的，医保经办机构应当依法向人民法院提起诉讼。

第三节 药品单独支付

第九十六条 参保人员就医期间使用国家和省规定的单独支

付药品时，药品费用由基本医疗保险统筹基金与定点医疗机构单列结算，不纳入相关额度。我市执行全省统一的单独支付药品范围和医保支付标准，其限定支付范围与医保药品目录保持一致。

第九十七条 参保人员在定点医疗机构普通门诊就医发生的单独支付药品费用，由基本医疗保险统筹基金单独支付，不设起付线，不纳入门诊统筹按人头包干额度，不单独设立最高支付限额，直接计入基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额，政策范围内支付比例按相应级别医疗机构住院支付比例执行。

第九十八条 参保人员因门特就医发生的单独支付药品费用仍执行我市现行门特政策，不实行单独支付。

当参保人员门特费用超出其门特年度最高支付限额后，参保人员在门诊就医发生的单独支付药品费用按上一条规定执行予以保障。

第九十九条 参保人员在定点医疗机构住院、急诊留院观察、日间病房等发生的单独支付药品费用，由基本医疗保险统筹基金单独支付。

第一百条 参保人员在定点医疗机构发生的单独支付药品费用，经基本医疗保险支付后，按规定纳入大病保险、医疗救助、城市定制型商业健康保险等支付范围。

第四节 药品“双通道”

第一百零一条 强化医保药品处方流转管理。我市“双通道”

定点零售药店凭我市“双通道”定点医疗机构开具的外配处方调剂和销售药品，不接受我市以外的定点医疗机构外配处方。

依托统一的医保信息平台，推广应用医保电子处方流转平台功能，确保电子处方顺畅流转。自2025年起，我市“双通道”定点医疗机构和“双通道”定点零售药店均需通过电子处方平台流转外配处方，不再接受纸质外配处方。

第一百零二条 我市“双通道”定点医疗机构和“双通道”定点零售药店执行统一的医保药品目录、支付标准和限定支付政策。

第一百零三条 “双通道”定点医疗机构是“双通道”药品供应的主体，是谈判药品临床合理使用的第一责任人，应优先采购、使用“双通道”药品，建立院内药品配备与医保药品目录调整联动机制，确保应配尽配，暂时无法配备但确需使用的药品，应建立外购药品使用目录，为参保人员提供必要的处方外配服务并加强外购药物管理，实行动态调整。

第一百零四条 “双通道”定点医疗机构应建立健全外配处方责任医师管理目录，实行动态调整，根据医疗服务需要明确能开具外配处方的责任医师，原则上为治疗相应疾病的临床医师，责任医师目录应报属地医保经办机构备案。

责任医师应当开具药品通用名处方，经院内药方审核后，通过电子处方流转平台提供外配处方服务。

第一百零五条 我市“双通道”定点零售药店必须符合以下

条件:

（一）已取得我市医保定点零售药店资格，近3年无医保、市场监管、卫生健康等部门行政处罚的情形，未受过暂停或解除医保服务协议的情形。

（二）应至少配备1名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师须签订1年以上劳动合同且在合同期内。

（三）已贯彻执行医疗保障信息业务编码标准并通过验收。已接入规范统一的医保电子处方流转平台，能够实现电子处方流转和外购药物“一站式”结算服务。店内所售药品“进、销、存”数据已实现定期上传至广东省医保信息平台和广东省智慧药监平台，实现药品全流程信息化追溯。

（四）已建立健全医保、药品、财务、信息化和档案等管理制度；为参保患者建立购取药和医保结算档案，实行“一人一档”，包含外配处方、购药和结算清单等，留存备查。

（五）承诺并严格执行统一的医保支付政策。

（六）国家、省和市医疗保障部门规定的其他条件。

上述条件为我市“双通道”定点零售药店准入的必要条件，市级医保经办机构可在上述条件的基础上按照公平、公正、公开原则细化具体准入规则，按程序向社会公开我市“双通道”定点零售药店名单。

第一百零六条 本办法实施后6个月内，市级医保经办机构

应督促指导各地按本条规定对“双通道”定点零售药店的准入条件进行评审，责令不符合条件的药店限期对标整改，建立药店自主申请退出机制，并及时向社会公告。

第一百零七条 “双通道”定点零售药店为参保人员调剂外配处方时，应认真检查处方的真实性、合规性和规范性，核准处方用药信息、有效期等以及参保人员信息，并通过医保电子处方流转平台下载定点医疗机构电子处方，按处方进行调剂，电子处方存档备查。

“双通道”定点零售药店要加强药品质量管理，应具备药品储存、配送等资质和能力，应按照医保部门关于药品追溯码有关规定，应用药品追溯码，确保调剂外配处方药品可追溯。

第五节 异地就医

第一百零八条 我市异地就医人员分为异地长期居住人员、临时外出就医人员和异地生育就医人员三类：

（一）异地长期居住人员。包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保地外工作、居住、生活的人员。

（二）临时外出就医人员。包括异地转诊人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他临时外出就医人员。

（三）异地生育就医人员。包括在异地产前检查、分娩、终

止妊娠或施行计划生育手术的人员。

第一百零九条 参保人员应按分级诊疗的相关规定有序就医，确因病情需要到市外异地就医的，可通过我市具有转诊资质的定点医疗机构开具的转诊转院材料或使用个人承诺书办理异地转诊就医备案手续。

第一百一十条 参保人员申请异地就医备案时，直接备案到就医地市或直辖市等，并在就医地已开通异地就医直接结算服务的定点医药机构享受就医购药医疗费用直接结算服务。

异地急诊抢救人员视同已备案，其他临时外出就医人员无需备案。

第一百一十一条 已办理省内或跨省异地就医住院费用直接结算备案的参保人员，可同步开通普通门诊和门诊特定病种省内或跨省异地就医医疗费用直接结算服务，无需再重新办理备案。已办理生育保险异地就医备案手续的职工，其基本医疗保险同步备案至就医所在地。

异地就医参保人员出院结算前补办异地就医备案手续的，医疗费用实行联网直接结算；出院自费结算后按规定补办备案手续的，可向参保地医保经办机构申请医保手工报销手续，按备案类型享受相应的医保报销待遇。

第一百一十二条 参保人员在异地就医备案有效期内可在备案的就医地多次就诊并享受异地就医医疗费用直接结算服务。

（一）异地长期居住人员登记备案后，未申请变更备案信息

或参保状态未发生变更的，备案长期有效，可在备案地和参保地双向享受医保待遇。

（二）参保人员以个人承诺方式办理异地就医备案手续的，应履行承诺事项，可在补齐相关备案材料后在备案地和参保地双向享受医保待遇；未补齐相关备案材料的，只保留在备案地享受医保待遇，确需回参保地就医的，在取消异地就医备案后次日起可在参保地正常享受医保待遇。

（三）异地转诊人员登记备案后，备案有效期为6个月。

（四）异地急诊抢救人员未办理异地就医备案的视同已备案，备案有效期为6个月。

（五）异地生育就医人员登记备案后，备案有效期为成功备案之日起，至所填备案时间的第30日止。

第七章 关系转移

第一百一十三条 本章主要适用于参保人员因省内跨市就业、户籍或常住地变动按规定在省内转移基本医疗保险关系。参保人员达到法定退休年龄时按规定选择我市作为职工医保退休后待遇享受地的按照本章规定执行。已享受职工医保退休人员待遇的参保人员不适用于本章。

第一百一十四条 参保人员跨市流动，不得重复参保、不重复享受待遇，职工医保的缴费年限不重复计算。

（一）职工医保制度内转移接续。流动就业人员跨市就业时，应按规定参加劳动关系所在地职工医保，办理职工医保关系转移接续手续。

（二）居民医保制度内转移接续。非就业人员参加居民医保后，因户籍或常住地变动需跨市流动，原则上当年度在转入地不再办理基本医疗保险转移接续手续，可按规定参加转入地下一年度居民医保。

（三）职工医保和居民医保跨制度转移接续。参保职工跨市流动后未重新就业的，按规定参加转入地居民医保，可办理基本医疗保险转移接续手续。

参保居民跨市流动并在转入地就业的，按规定参加转入地职工医保，可办理基本医疗保险转移接续手续。

第一百一十五条 参保职工在省内转移接续的，参保人员在转出地最后一次缴费的次月，原则上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，参保人员在我市参加职工医保后，原则上自缴费次月起享受职工医保待遇，若参保人员在转出地为停止缴费当月起停止待遇的，在我市自缴费当月起享受待遇，确保待遇享受无缝衔接。

第一百一十六条 办理职工医保关系转移接续转入我市的参保人员，在转移接续前中断缴费3个月（含）以内的，可按规定在我市办理中断缴费期间的职工医保费补缴手续。

办理补缴时，参保人员以灵活就业人员身份，按我市上上年

度全口径城镇单位就业人员月平均工资的8.5%（含用人单位的6.5%和个人的2%）缴纳职工医保费，办理一次性补缴职工医保费，职工大病保险费可按规定一并办理补缴。补缴后，参保人员职工医保关系转移接续前后保持连续参保缴费的，不设待遇享受等待期，缴费当月即可在我市按规定享受待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受，但不得重复享受待遇。

参保人员在转移接续前中断缴费3个月以上的，中断缴费期间的职工医保费不予补缴，待遇不予追溯，按规定在我市参加职工医保后，自缴费次月起享受相应待遇。

在本市内办理职工医保关系转移接续的，参照上述规定执行。

第一百一十七条 参保人员已连续2年（含）以上参加基本医疗保险，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系，关系转移接续转入我市时，按以下规定执行：

（一）属于职工医保跨制度转居民医保的参保人员，按规定在我市参加居民医保，在跨制度转移接续前中断缴费3个月（含）以内的，不设待遇享受等待期．缴费当月即可在我市按规定享受居民医保待遇，中断期间的待遇可按规定追溯享受，但不得重复享受待遇。

（二）属于居民医保跨制度转职工医保的参保人员，在跨制度转移接续前中断缴费3个月（含）以内的，可按本办法规定在我市办理中断缴费期间的职工医保费补缴手续和享受相应待遇。

（三）参保人员在跨制度转移接续前中断缴费3个月以上的，中断缴费期间的医保费不予补缴，待遇不予追溯，按规定在我市参加基本医疗保险后，自缴费次月起享受相应待遇。

在本市内跨制度转移接续的，参照上述规定执行。

第一百一十八条 跨省转移接续基本医疗保险关系时，转入我市的，按本办法规定执行；转出省内市外的，按省政策和转入地政策规定执行；转出外省的，按国家政策规定执行。

第八章 附则

第一百一十九条 本办法所称用人单位及其职工，是指我市行政区域内的国家机关、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职工；有无军籍职工的军队、武警部队所属用人单位及其无军籍职工；有雇工的个体工商户及其雇工；法律、法规、规章规定的其他单位和人员。

本办法所称灵活就业人员，是指在法定劳动年龄内且就业地在我市的无雇工个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员，依托电子商务、网络约车、网络送餐、快递物流等新业态平台实现就业且未与新业态平台企业建立劳动关系的新型就业形态从业人员，以及国家、省规定的其他灵活就业人员。

本办法所称医保待遇分为缴费后享受医保待遇和无需缴费

享受医保待遇。即参保居民、在职参保职工、达到法定退休年龄时累计缴费未达到规定缴费年限的参保职工，缴费后按规定享受医保待遇；达到法定退休年龄时累计缴费达到规定缴费年限的参保职工，无需缴费即可按规定享受医保待遇。

本办法所称严重精神障碍疾病包括精神分裂症、分裂情感性障碍、持久的妄想性障碍（偏执型精神病）、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。

本办法所称缴费费率，是指我市职工医保（含生育保险）用人单位和职工个人的缴费费率标准。根据国家和省要求，2025年12月31日前，我市职工医保（含生育保险）用人单位缴费费率按6.5%（含职工医保6.0%和生育保险0.5%）执行，2026年1月1日起，按本办法规定的缴费费率标准执行。

本办法所称定点医疗机构（含依托实体医疗机构设立的互联网医院），是指自愿与医保经办机构签订医保协议，为参保人提供医疗服务的医疗机构。

本办法所称定点零售药店，是指自愿与医保经办机构签订医保协议，为参保人提供药品服务的实体零售药店。

本办法所称“双通道”是指通过符合条件的医保定点医疗机构和医保定点零售药店两个渠道，满足我市参保人员因门诊或住院在谈判药品、慢性病用药供应保障以及临床使用等方面的合理需求，并同步纳入我市医保支付的机制。“双通道”定点医疗机构是指具备通过医保电子处方中心提供处方外配服务的定点医

疗机构。“双通道”定点零售药店是指具备通过医保电子处方中心为参保人提供外配处方调剂和销售药品服务并按规定纳入医保统筹基金支付范围的定点零售药店。

第一百二十条 我市基本医疗保险制度有关筹资方式、筹资标准、缴费费率、起付标准、支付比例和支付限额等方面的调整，由市级医疗保障行政部门会同市级财政等部门根据国家和省有关规定，结合我市经济社会发展、医疗费用水平、医保基金运行等情况适时提出调整方案，报市人民政府审定后实施。

第一百二十一条 基本医疗保险有关经办规程由市级医疗保障部门另行制定。

第一百二十二条 本办法由市医疗保障局负责解释。

第一百二十三条 本办法自印发之日起施行，有效期5年。《印发〈茂名市城镇职工基本医疗保险暂行规定〉的通知》（茂府〔2000〕45号）、《转发市劳动和社会保障局关于进一步完善茂名市市区职工基本医疗制度的意见的通知》（茂府办〔2003〕14号）、《茂名市城镇职工基本医疗保险市级统筹试行办法》（茂府〔2010〕54号）、《关于印发〈茂名市城乡居民基本医疗保险暂行办法〉的通知》（茂府〔2012〕46号）、《关于提高我市基本医疗保险待遇的通知》（茂府办〔2013〕41号）、《关于调整我市城乡居民基本医疗保险有关规定的通知》（茂府办〔2016〕34号）、《关于印发〈茂名市基本医疗保险和生育保险基金市级统筹实施办法〉的通知》（茂府办〔2018〕14号）、

《茂名市人民政府关于印发〈茂名市职工基本医疗保险门诊共济保障实施细则〉的通知》（茂府规〔2022〕8号）等文件同时废止。此前规定与本办法不一致的，按本办法执行。国家和省有新规定的，从其规定。

附表：茂名市基本医疗保险门诊特定病种目录

附表

茂名市基本医疗保险门诊特定病种目录

序号	病种名称	年度统筹基金最高支付限额标准		备注
		居民	职工	
1	慢性阻塞性肺疾病	3600	4800	
2	高血压病	1200	3600	
3	糖尿病	1200	3600	
4	冠心病	3600	4800	
5	慢性心功能不全	3600	4800	
6	肝硬化（失代偿期）	3600	6000	
7	慢性乙型肝炎	3600	4800	
8	丙型肝炎（HCVRNA 阳性）	3600	4800	
9	肾脏移植术后抗排异治疗	12000	60000	
10	心脏移植术后抗排异治疗	12000	60000	
11	肝脏移植术后抗排异治疗	12000	60000	
12	肺脏移植术后抗排异治疗	12000	60000	
13	造血干细胞移植后抗排异治疗	12000	60000	
14	类风湿关节炎	3600	4800	
15	地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）	24000	30000	
16	再生障碍性贫血	24000	30000	
17	血友病	统筹基金最高支付限额		
18	帕金森病	3600	4800	
19	癫痫	3600	4800	

序号	病种名称	年度统筹基金最高支付限额标准		备注
		居民	职工	
20	脑血管疾病后遗症	3600	4800	
21	艾滋病	4800	6000	
22	活动性肺结核	3600	4800	
23	耐多药肺结核	48000	60000	
24	系统性红斑狼疮	3600	4800	
25	精神分裂症	4800	6000	
26	分裂情感性障碍	4800	6000	
27	持久的妄想性障碍（偏执性精神病）	4800	6000	
28	双相（情感）障碍	4800	6000	
29	癫痫所致精神障碍	4800	6000	
30	精神发育迟滞伴发精神障碍	4800	6000	
31	强迫性神经症	4800	6000	
32	抑郁症	4800	6000	
33	狂躁症	4800	6000	
34	慢性肾功能不全（非透析治疗）	30000	30000	
35	慢性肾功能不全（血透治疗）	统筹基金最高支付限额		
36	慢性肾功能不全（腹透治疗）	统筹基金最高支付限额		
37	恶性肿瘤（非放化疗）	3600	6000	
38	恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗、免疫治疗）	统筹基金最高支付限额		
39	恶性肿瘤（放疗）	统筹基金最高支付限额		
40	白血病（非放、化疗）	3600	6000	
41	白血病（放、化疗）	统筹基金最高支付限额		
42	白内障（门诊手术）	2000元/眼	4000元/眼	
43	泌尿系结石（门诊体外碎石）	初诊：1000元/次；复诊：700元/次		

序号	病种名称	年度统筹基金最高支付限额标准		备注
		居民	职工	
44	肾病综合征	3600	4800	
45	原发性血小板增多症	3600	4800	
46	老年性痴呆症	3600	4800	
47	儿童先天性心脏病	3600	-	
48	肺动脉高压	48000	60000	
49	支气管哮喘	4800	6000	
50	骨髓纤维化	18000	24000	
51	骨髓增生异常综合症	18000	24000	
52	C型尼曼匹克病	48000	60000	
53	肢端肥大症	24000	30000	
54	多发性硬化	48000	60000	
55	强直性脊柱炎	8400	12000	
56	银屑病	6000	8400	
57	克罗恩病	6000	8400	
58	溃疡性结肠炎	6000	8400	
59	湿性年龄相关性黄斑变性	12000	15000	
60	糖尿病黄斑水肿	12000	15000	
61	脉络膜新生血管	12000	15000	
62	视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿	12000	15000	
63	新冠肺炎出院患者门诊康复治疗	12000	15000	
64	不孕不育辅助生殖技术治疗	5000	10000	

公开方式：主动公开

抄送：市委各部委办，市人大办，市政协办，茂名军分区，市中级人民法院，市人民检察院，武警茂名支队，中央、省驻茂单位，各人民团体，各高等院校，各新闻单位。

茂名市人民政府办公室　　2025年3月6日印发

公开方式：主动公开

化州市医疗保障局办公室　　2025年3月14日印发