

主动公开

FSBG2023090 号

# 佛山市医疗保障局文件

佛医保〔2023〕46号

## 佛山市医疗保障局关于印发《佛山市基本医疗保险住院管理办法》的通知

各区人民政府，市各有关单位：

《佛山市基本医疗保险住院管理办法》已经市人民政府同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

佛山市医疗保障局

2023年11月30日

# 佛山市基本医疗保险住院管理办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步完善我市基本医疗保险住院管理制度，保障参保人员合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》（2018年修订）、《社会保险经办条例》（国令第765号）、《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《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）等有关规定，结合本市实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于本市职工基本医疗保险（以下称“职工医保”）和城乡居民基本医疗保险（以下称“居民医保”）住院（含日间手术，下同）管理工作。

**第三条** 基本医疗保险制度遵循广覆盖、保基本、可持续、公平与效率相结合、权利与义务相对应、保障水平与社会经济发展水平相适应的原则。

**第四条** 医疗保障行政部门负责组织实施本市住院相关政策，对定点医药机构进行监督检查。

医疗保障经办机构负责制定经办操作指引，做好经办管理服务工作，负责定点医药机构协议管理工作，并协助医疗保障行政部门对定点医药机构开展监督检查。

卫生健康部门负责对定点医疗机构进行管理和监督，规范医

疗行为，加强医疗服务，完善转诊制度。

## 第二章 待遇保障

**第五条** 住院起付标准按照下列标准执行：

（一）职工医保起付标准为：三级定点医疗机构 1000 元/次，二级定点医疗机构 500 元/次，一级及以下定点医疗机构 250 元/次。

（二）居民医保起付标准为：三级定点医疗机构 1200 元/次，二级定点医疗机构 600 元/次，一级及以下定点医疗机构 300 元/次。

（三）日间手术的起付标准为 500 元/次。

（四）参保人员因严重精神障碍住院治疗的，不设起付标准。参保人员每次住院支付一次起付标准，连续住院治疗时间达到 90 天（含）的参保人，定点医疗机构可中途结算 1 次。

**第六条** 定点医疗机构按照临床转院标准为参保人员办理市内转院，转入医疗机构起付标准高于转出医疗机构的，起付标准为转入医疗机构与转出医疗机构起付标准的差额；转入医疗机构起付标准低于或等于转出医疗机构的，不需再计算起付标准。

**第七条** 参保人员在市内定点医疗机构发生的起付标准以上纳入统筹基金支付范围的医疗费用，统筹基金支付比例如下：

（一）职工医保：一级及以下定点医疗机构 95%，二级定点医疗机构 91%，三级定点医疗机构 87%。

（二）居民医保：一级及以下定点医疗机构 95%，二级定

点医疗机构 90%，三级定点医疗机构 85%。

**第八条** 职工医保和居民医保最高支付限额按照下列执行：

（一）职工参保人员连续参保缴费未满 3 个月的，职工医保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 1 倍；连续参保缴费满 3 个月不满 12 个月的，职工医保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 4 倍；连续参保缴费满 12 个月及以上的，职工医保年度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 5 倍。

（二）退休人员年度最高支付限额在在职职工年度最高支付限额的基础上提高 10%。

（三）居民医保年度最高支付限额为在职职工参保人年度最高支付限额的 80%。

计算相应最高支付限额时，结果四舍五入取整到个位数。

**第九条** 参保人员因病情需要到市外定点医疗机构住院的，按下列规定执行：

（一）参保人员经转诊指定定点医疗机构按照临床转院标准转诊备案，有效期为 6 个月，备案有效期内可根据病情需要多次到备案地的定点医疗机构住院，发生的政策范围内医疗费用，统筹基金按照本市同级别定点医疗机构起付标准和支付比例支付。

参保人员因同一转诊疾病由转入定点医疗机构（须为三级综合甲等医院）再次转诊到备案地外其他定点医疗机构，按照医疗保障经办机构规定办理手续，发生的政策范围内医疗费用，统筹

基金按照本市同级别定点医疗机构起付标准和支付比例支付。

(二) 参保人员经指定定点医疗机构转诊，超过备案有效期后因同一转诊疾病需再次到备案地定点医疗机构复诊住院，按照医疗保障经办机构规定办理手续，有效期为 6 个月，有效期内发生的政策范围内医疗费用，统筹基金按照本市同级别定点医疗机构起付标准和支付比例支付。

(三) 参保人员因急诊抢救在 市外定点医疗机构或非定点医疗机构入院的，按照医疗保障经办机构规定办理手续，有效期为 6 个月，有效期内发生的政策范围内医疗费用，统筹基金按照本市同级别定点医疗机构起付标准和支付比例支付。

(四) 参保人员非因急诊抢救自行前往市外定点医疗机构住院的，按照医疗保障经办机构规定办理手续后，发生的政策范围内医疗费用，起付标准按照本市同级别定点医疗机构标准，支付比例在市内定点医疗机构标准的基础上降低 20 个百分点。

**第十条** 异地安置退休、异地长期居住、常驻异地工作人员等长期在参保地以外工作、居住生活的人员，按照医疗保障经办机构规定办理备案手续后，备案长期有效，在备案地及参保地定点医疗机构发生的政策范围内医疗费用，统筹基金按照本市同级别定点医疗机构起付标准和支付比例支付。

办理异地就医备案手续的参保人员因病情需要转诊的，按照医疗保障经办机构规定办理转诊手续后，发生的政策范围内医疗费用，统筹基金按照本市同级别定点医疗机构起付标准和支付比

例支付。

参保人员以个人承诺方式办理异地长期居住人员备案手续的，应履行承诺事项，仅在备案地享受医保待遇，在补齐相关备案材料后可在备案地和参保地双向享受医保待遇。

以个人承诺方式办理备案手续的，设置变更或取消备案时限为自备案之日起 6 个月；其他备案情形不设置变更或取消备案时限。

**第十一条** 大中专学生在寒暑假和休学、实习期间离开本市，因疾病在家庭所在地或者实习所在地定点医疗机构住院的，按照医疗保障经办机构规定办理备案手续后，发生的政策范围内医疗费用，统筹基金按照本市同级别定点医疗机构起付标准和支付比例支付。

**第十二条** 住院及家庭病床执行《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》及国家、省和市规定的相关医保支付标准。定点医疗机构项目单价低于相关医保支付标准的，统筹基金按实际价格支付；单价超过相关医保支付标准以上部分的费用，统筹基金不予支付。

医保药品目录中，甲类药品不设个人先行自付比例，乙类药品个人先行自付比例为 5%。

诊疗项目目录中，单价在 300 元及以下的，不设个人先行自

付比例；单价在 300 元以上的，职工医保按 5% 个人先行自付比例执行，居民医保按 10% 个人先行自付比例执行。其中诊疗项目未定价的统筹基金不予支付。以《佛山市公立医院基本医疗服务项目和价格》规定的价格作为医疗机构的医保支付标准。

医用耗材目录中，在最高医保支付限价内，职工医保按 25% 个人先行自付比例执行，居民医保按 30% 个人先行自付比例执行，其中透析治疗材料在其最高医保支付限价内不设个人先行自付比例，超过其最高医保支付限价的按本规定执行。医用耗材单价超过以下最高医保支付限价以上的部分，统筹基金不予支付。

（一）国家、省等集中采购的医用耗材，执行国家、省等规定的医保支付标准。

（二）透析治疗材料单价为 500 元。

（三）人工耳蜗和主动脉支架单价为 76000 元。

（四）前三款外的医用耗材单价为 48000 元。

异地住院的支付范围按照国家、省有关规定执行。

**第十三条** 参保人员年度内参保险种发生转换的，按转换后的在保险种享受基本医疗保险待遇，转换后基本医疗保险年度最高支付限额从高执行。

参保人员在住院期间发生基本医疗保险险种变更的，分段结算，按入院日期只计算一次起付标准。

**第十四条** 生育医疗费用按照下列情况执行：

（一）职工医保按照《佛山市职工生育保险管理办法》有关

规定执行。

(二) 居民医保按以下标准执行:

1. 生育及计划生育住院医疗费用按照本办法规定执行, 不设起付标准。

2. 符合规定的产前检查和门诊终止妊娠、门诊计划生育的门诊基本医疗费用, 统筹基金支付比例为 80%, 计入居民医保最高支付限额。

**第十五条** 基金不予支付的范围:

(一) 应当从工伤保险基金中支付的;

(二) 应当由第三人负担的;

(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、省规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。

医疗费用依法应由第三人负担的, 第三人不支付或者无法确定第三人的, 按本办法及有关规定支付。

### **第三章 管理与服务**

**第十六条** 参保人员同一次住院已享受外市基本医疗保险待遇的, 不再重复享受我市基本医疗保险待遇。

参保人员在住院期间, 不得同时享受普通门诊和门诊特定病种待遇, 另有规定除外。

**第十七条** 参保人员凭本人有效身份凭证到定点医疗机构就医，应当配合定点医疗机构执行卫生健康部门规定的入院、出院标准及住院管理规定。定点医疗机构须认真核验参保人员身份，及时办理医保登记手续。

居民参保人员生育就医管理参照《佛山市职工生育保险管理办法》执行。

参保人员不符合入院标准发生的住院医疗费用，统筹基金不予支付。

参保人员符合出院标准但拒绝出院的，自定点医疗机构医嘱出院日次日起发生的费用，统筹基金不予支付。

参保人员非因急诊抢救在非定点医药机构发生的医疗费用，统筹基金不予支付。

**第十八条** 参保人员医疗费用按照以下方式结算：

（一）参保人员在市内定点医药机构及市外联网医疗机构发生的医疗费用应直接结算。属于个人负担部分的医疗费用由参保人员直接与各定点医药机构结算；起付标准以上应由统筹基金支付的，医疗保障经办机构按照有关结算管理办法的规定与定点医药机构结算。

（二）参保人员因故未能在联网医疗机构直接结算且未能办理补记账手续或在非联网医疗机构发生的医疗费用，由个人垫付后按照医疗保障经办机构的规定申请零星报销。

**第十九条** 参保人员在市内同一家定点医疗机构发生的下

列住院前医疗费用纳入该次住院医疗费用合并结算。

（一）住院前门诊急救、抢救医疗费用；

（二）住院前 3 天内的门诊留观医疗费用；

（三）住院前 10 天内与当次住院手术相关联的门诊必需检验检查医疗费用。

**第二十条** 参保人员日间手术所发生的医疗费用，按本办法有关规定予以核报。日间手术期间出现手术并发症或术后并发症、合并症及其他意外情况需转住院治疗的，其日间手术发生的费用纳入住院费用合并结算。

**第二十一条** 参保人员住院期间因病情需要，且所在医疗机构不具备诊治条件，经该医疗机构同意，到院外发生的检验检查医疗费用，纳入该次住院费用合并结算。

**第二十二条** 参保人员同时参加基本医疗保险和商业保险的，应先核报基本医疗保险待遇。

**第二十三条** 定点医药机构实行协议管理。医疗保障部门应完善协议管理，细化协议内容，通过协议强化医疗服务监管。

医疗保障经办机构应当与符合规定的医药机构签订定点医药机构服务协议，并向社会公布定点医药机构名单。

**第二十四条** 在总额控制的原则下，医疗保障经办机构采取按照疾病诊断相关分组（DRG）付费方式为主的多元复合方式与定点医药机构结算。具体结算办法由市医疗保障行政部门另文规定。

居民医保生育产前检查（含门诊终止妊娠）及计划生育手术（节育或复通手术）的结算办法参照《佛山市生育医疗费用结算办法》执行；居民医保生育产前检查（含门诊终止妊娠）的门诊基本医疗费用定额结算标准，按职工生育保险定额结算标准的80%执行。

**第二十五条** 医疗保障部门应严格执行医保基金预算管理制度，加强基金稽核制度和内控制度建设，强化基金风险防控。

**第二十六条** 医疗保障部门应建立和完善医保监控系统，加强对住院医疗服务的监管。定点医药机构和参保人员应当严格执行医保政策，不得骗取医疗保障基金。

#### **第四章 附 则**

**第二十七条** 本办法下列用语含义如下：

（一）医保年度，是指每年1月1日至12月31日。

（二）年度最高支付限额，指参保人员1个医保年度内住院、家庭病床、门诊特定病种、居民医保生育医疗费用由统筹基金支付部分的累计支付总额。

（三）退休人员，是指达到法定退休年龄时符合享受退休医疗保险待遇的人员。

（四）严重精神障碍，是指双相情感障碍（躁狂抑郁性精神病）、精神分裂症、分裂情感性障碍、持久的妄想性障碍（偏执性精神病）、癫痫所致精神障碍和精神发育迟滞伴发精神障碍。

（五）转诊指定定点医疗机构，是指本市范围内三级综合甲

等（乙等）医院、三级甲等中医医院、三级甲等妇幼保健院和市直专科医院。

（六）急诊抢救，参照门诊共济急救抢救范围执行。

（七）有效身份凭证包括医保电子凭证、电子社保卡、社会保障卡、有效期内居民身份证（含电子证照）；身份证遗失或过期的提供临时身份证；未成年人尚未办理身份证的可提供户口簿；港澳居民来往内地通行证；港澳台居民居住证（含电子证照）；外籍人员提供护照；参保人员死亡并注销户籍的，提供死亡证明或户籍注销证明。

**第二十八条** 本办法实施前参保人员发生的医疗待遇按原政策规定执行，以出院日期计算。

**第二十九条** 本办法由佛山市医疗保障局负责解释。

**第三十条** 本办法自 2023 年 12 月 1 日起施行，有效期至 2026 年 12 月 31 日。此前规定与本办法不一致的，以本办法为准。国家和省有新规定，从其规定。