

江门市基本医疗保险就医管理规程

第一章 总则

第一条 为规范本市基本医疗保险参保人员的就医管理，根据《广东省医疗保障局关于印发〈广东省基本医疗保险门诊特定病种业务经办规程（试行）〉的通知》（粤医保规〔2021〕3号）、《江门市基本医疗保险管理办法》（江府办〔2023〕12号）等文件，结合本市实际，制定本规程。

第二条 本规程适用于本市基本医疗保险参保人员（以下简称参保人）的就医管理，市县两级医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）负责做好参保人就医经办管理服务 work。

第三条 参保人可以按规定使用居民身份证、医保电子凭证或者社保卡（含电子社保卡，下同）等作为其就医有效凭证，未成年人可提供医保电子凭证或《江门市新生儿预参保登记表》或同时提供户口簿、监护人身份证等作为就医有效凭证。

第二章 普通住院

第四条 参保人在定点医疗机构住院治疗，并按规定办理住院医保登记的，由定点医疗机构的属地医保经办机构（以下简称属地医保经办机构）到定点医疗机构核实参保人身份及有关住院情况，包括查看参保人就医有效凭证和病历等资料，并根据以下相应情况要求参保人提供相关材料办理特殊情况就医审核手续：

（一）属于意外受伤就医的，参保人应填写《江门市基本医

疗保险参保人意外受伤就诊登记表》（附件1），说明受伤原因和有关赔偿情况，提供交警事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关材料复印件一份，无法提供的应填写个人承诺书。

（二）已认定或申请认定为工伤的，指引参保人按工伤保险相关规定办理住院费用结算手续。

第五条 属地医保经办机构经办人员在核实参保人身份及有关住院情况时，如发现以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医保待遇的，应移交属地医保行政部门依法处置。

第三章 家庭病床

第六条 家庭病床是指具备为参保人在其家庭设置病床治疗条件的医疗机构，根据治疗、护理的需要在参保人家庭开设的系统治疗型病床，对参保人进行检查、治疗和护理。

第七条 参保人申请开设家庭病床应同时具备以下条件：

（一）符合以下疾病或情形之一，且诊断明确、适合居家并需要医护人员定期上门实施治疗和护理，有近两年来二级及以上医疗机构的住院或门诊诊疗记录的：

- 1.慢性阻塞性肺疾病急性发作；
- 2.恶性肿瘤晚期（放疗、化疗、热疗除外）；
- 3.脑血管意外及其后遗症、重度老年痴呆、帕金森病或帕金森综合征生活不能自理；
- 4.需长期卧床休息的骨折（仅限股骨颈骨折、股骨头坏死或股骨头置换术后，髋关节骨折或置换术后）；

- 5.慢性心功能不全三级以上疾病;
- 6.慢性多器官功能衰竭;
- 7.肝硬化失代偿期;
- 8.长期卧床并发肺部感染或褥疮;
- 9.在家进行腹膜透析的尿毒症;
- 10.长期留置导尿管的重度尿路梗阻性疾病。

(二) 参保人因体弱行动不便、长期卧床等,到医疗机构连续就诊有困难,并存在生活部分不能自理的(指中度及中度以上功能障碍)。

(三) 家中至少有一名监护人或委托监护人,与建床医疗机构保持随时联系,并能协助医生、护士对参保人进行相关护理。

第八条 经参保人本人或其家属向家庭病床定点医疗机构提出申请,家庭病床定点医疗机构主诊医师将参保人病情、临床诊断等办理家庭病床申请开设的相关信息报送至属地医保经办机构审批后,可设立家庭病床。

在二、三级定点医疗机构住院的参保人向家庭病床定点医疗机构转诊并建立家庭病床的,二、三级定点医疗机构应填写转诊审核表,经定点医疗机构相关科室审核,并通过国家医疗保障信息平台上报属地医保经办机构备案。备案后,可减免其家庭病床治疗的起付标准。经批准符合开设家庭病床资格的定点医疗机构应严格按照规定,严把家庭病床建床准入条件关。

第九条 家庭病床定点医疗机构为符合条件的参保人办理家庭病床首次建床手续时,参保人申请时应提交近两年来二级及以上医疗机构开具的相关疾病诊断证明、病历,以及检查报告。参

保人因同一疾病申请再次建床的，相关检查报告可不重复提交。

第十条 基本医疗保险年度内参保人可申请建床2次。需增加建床次数的，由属地医保经办机构聘请医疗专家组会审后方可建床。家庭病床与老年病区互转的，应经医疗专家组会审。

第十一条 家庭病床按以下程序撤床：

（一）有下列情况之一的，应办理撤床：

- 1.经治疗疾病得到治愈；
- 2.经治疗及康复后病情稳定或好转，可停止或间歇治疗；
- 3.病情变化，受家庭病床服务条件限制，需转诊至医院进一步诊治；
- 4.参保人死亡；
- 5.参保人或其家属自行要求停止治疗或撤床。

（二）主治医师应开具家庭病床撤床证，指导参保人或其家属按规定办理撤床手续。其中建床参保人或其家属要求停止治疗或撤床的，主治医师应将该情况记录在撤床记录中，经参保人或其家属签字后办理撤床手续。

第十二条 设立家庭病床期间，普通门诊、门诊特定病种医疗费用，基本医疗保险基金不予支付；如因病情需要转入医疗机构住院的，应及时办理撤去家庭病床结算手续，发生重复住院医疗费用的基金不予支付。

第四章 老年病区

第十三条 老年病区是指定点医疗机构经卫生行政部门核准设立的老年病住院病区。参保人在定点医疗机构老年病区接受住

院治疗发生的医疗费用，应同时符合以下条件：

- （一）年龄在 60 周岁（含 60 周岁）以上；
- （二）病情符合住院条件；
- （三）生活重度或完全不能自理（指重度功能障碍，评价指标按《江门市基本医疗保险老年病区日常生活能力评定量表》）；
- （四）属于以下情形之一：
 - 1.因病情需长期保留胃管、气管套管、胆道外引流管、造瘘管、深静脉置管等各种管道的；
 - 2.需要长期依靠呼吸机等医疗设备维持生命体征的；
 - 3.因各种原因导致昏迷，短期住院治疗不能好转的；
 - 4.患各种严重慢性病且瘫痪的；
 - 5.医疗专家组会审同意的其他情形（医疗专家组由属地医保经办机构负责组织）。

第十四条 符合以下情形之一的参保人可停止老年病区结算方式并办理费用结算手续：

- （一）经治疗疾病得到治愈；
- （二）经治疗及康复后病情稳定或好转，可停止或间歇治疗；
- （三）病情变化，受定点医疗机构服务条件限制，需转医院进一步治疗；
- （四）参保人死亡；
- （五）参保人自行要求停止治疗或出院。

第五章 门诊特定病种

第十五条 参保人罹患门诊特定病种范围的疾病，申请门诊

特定病种待遇认定和续期，应当选择具备相应门诊特定病种诊断资格的定点医疗机构办理。既往已确诊的参保人员，定点医疗机构可以根据既往化验单、诊断书等，结合实际病情予以办理。

定点医疗机构应严格按照省、市相应病种准入标准及流程为参保人办理门诊特定病种待遇认定，并将认定信息推送至医保经办机构。

第十六条 因异地就医但就医地定点医疗机构无法上传门诊特定病种认定、续期备案信息等情况的，参保人可在当地具备相应门诊特定病种诊断资格的定点医疗机构诊断门诊特定病种后，向参保地经办机构申请，同时提供以下材料：

- （一）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡等有效凭证（委托办理的，还应提供代理人身份证件供查验）；
- （二）《门诊特定病种待遇认定申请表》（附件2）；
- （三）病历资料或检查资料。

第十七条 参保人应当在其相应门诊特定病种待遇认定有效期届满前30日内办理续期，续期有效期自前一有效期届满当日起，按照自然日计算，到期自动终止。续期手续适用本规程第十五条、第十六条规定。

未按规定办理续期手续的参保人在前一有效期终止后30日内（含第30日）补办的，可继续享受待遇，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。

第十八条 参保人在定点医疗机构结算门诊特定病种待遇的，由定点医疗机构核实参保人身份及有关门诊情况，包括查看参保人就医有效凭证、处方明细等资料。

第六章 普通门诊

第十九条 参保人到定点医疗机构普通门诊就医，应先进行普通门诊选点登记。参保人申请办理普通门诊定点机构选定登记时，可持身份证、医保电子凭证或社保卡，通过自助服务终端机、网站、相关服务应用程序，或到定点医疗机构、本市各级医保经办机构等办理普通门诊定点选点手续。参保人在医保经办机构前台办理的，应填写《江门市基本医疗保险门诊定点机构登记表》（附件3）。

第二十条 参保人门诊定点机构选定后，基本医疗保险年度内原则上不得变更。下一基本医疗保险年度需变更的，须在本年10月至12月办理变更手续。未办理变更手续的，视为继续选定原门诊定点机构。

参保人申请办理下一基本医疗保险年度普通门诊定点机构选定变更时，可持身份证、医保电子凭证或社保卡，通过自助服务终端机、网站、相关服务应用程序，或到定点医疗机构、本市各级医保经办机构等办理。参保人在医保经办机构前台办理的，应按要求填写《江门市基本医疗保险门诊定点机构变更表》（附件4）。

参保人确因居住地迁移、定点医疗机构等级变更等情形需要在基本医疗保险年度内变更选定定点医疗机构的，可向参保地医保经办机构申请办理变更手续。

第二十一条 参保人到定点医疗机构门诊就医的，由定点医疗机构核实参保人身份及有关门诊情况，包括查看参保人就医有效凭证、处方明细等资料。

第二十二条 参保人因病情需要，符合门诊转诊条件的，由参保人选定的定点医疗机构提出申请，填写《江门市基本医疗保险转院（诊）申请表》（附件5），经定点医疗机构医务科（医保科）审核后盖章，由定点医疗机构通过国家医疗保障信息平台推送备案信息至参保地医保经办机构。

第七章 零星报销

第二十三条 参保人在已开通直接结算的定点医疗机构就诊的，应在定点医疗机构直接结算符合医疗保障规定的医疗费用。参保人因各种原因未能直接结算医疗费用的，先由个人垫付医疗费用，自出院、门诊特定病种或普通门诊统筹就诊之日起（其中，医疗费用依法应当由第三人负担，参保人申请先行支付的，自确定第三人不支付或者无法确定第三人之日起）3年内到参保地医保经办机构办理零星报销手续。

第二十四条 参保人在普通门诊就诊时，因以下情况未能直接结算门诊医疗费用的，可到参保地医保经办机构按规定办理零星报销：

- 1.参保人属异地安置退休人员或异地长期居住人员；
- 2.参保人属用人单位派驻市外异地工作并已办理长期异地就医备案手续；
- 3.因国家医疗保障信息平台故障等原因无法直接结算的。

第二十五条 办理零星报销应提交的申请资料，按照国家、省、市医疗保障经办政务服务事项清单要求执行，符合先行支付条件的，参保人需填写《江门市医疗保险基金先行支付申请表》

（附件 6）。

第八章 异地就医备案

第二十六条 市外异地长期居住或临时外出就医的参保人办理异地就医备案后可以享受异地就医直接结算服务。其中，市外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；临时外出就医人员包括异地转诊就医人员、异地急诊抢救人员以及其他临时外出就医人员。市外异地长期居住人员按照国家、省、市医疗保障经办政务服务事项清单要求执行。

第二十七条 临时外出就医人员备案

（一）异地转诊人员：指参保人因病情复杂、危重，经当地二级以上（含二级）定点医疗机构（专科医院除外）诊疗，无法确诊或不具备诊疗救治条件，需市外转院诊疗的。

异地转诊人员备案由符合条件的定点医疗机构办理。由定点医疗机构提出申请，填写《江门市基本医疗保险转院（诊）申请表》，经医务科（医保科）核实后盖章，由定点医疗机构通过国家医疗保障信息平台推送备案信息至参保地经办机构。

（二）异地急诊抢救人员：指因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员。医疗机构为参保人员办理门诊结算或“入院登记”时，按接口标准规范要求如实上传“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”。对于“门诊急诊转诊标志”或“住院类型”为“急诊”的，视同已备案，允许参保人员按我市异地急诊抢救相关待遇标准直接结算相关门诊、住院医疗费用。

（三）其他临时外出就医人员：省内跨市异地就医可免备案直接结算相关住院医疗费用；跨省异地就医按国家相关规定执行。

第二十八条 参保人可通过参保地经办机构窗口、指定的线上办理渠道或国家医保服务平台 APP、国家异地就医备案小程序、“粤医保”小程序等多种渠道申请办理登记异地就医备案手续。申请备案相关材料按政务服务事项清单要求执行。

第二十九条 参保人通过线上备案渠道办理异地就医备案的，原则上参保地经办机构应在 2 个工作日内办结；通过线下办理的，经办人应当场对提交材料进行核实，资料完整有效且符合就医条件的，即予受理。否则，不予受理，退回资料并说明原因。

第三十条 市外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，原则上 6 个月内不得变更或取消。临时外出就医人员备案有效期为 6 个月。

第三十一条 参保人办理异地就医备案后，备案有效期内可在就医地多次就诊并享受异地就医直接结算服务。备案有效期内已办理入院手续的，不受备案有效期限限制，可正常直接结算相应医疗费用。

第三十二条 参保人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，在补齐相关备案材料后按我市规定的相应待遇标准在备案地和参保地双向享受医保待遇。

第三十三条 参保人住院时未办理异地就医备案，住院期间可申请办理备案，出院结算前补办异地就医备案的，异地联网定点医疗机构提供异地就医直接结算服务。

第九章 附则

第三十四条 本规程自 2024 年 4 月 1 日起施行，有效期至 2028 年 12 月 31 日。

附件：1.江门市基本医疗保险参保人意外受伤就诊登记表
2.门诊特定病种待遇认定申请表
3.江门市基本医疗保险门诊定点机构登记表
4.江门市基本医疗保险门诊定点机构变更表
5.江门市基本医疗保险转院（诊）申请表
6.江门市医疗保险基金先行支付申请表