附件：

《滁州市城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）》（滁政〔2017〕79号）和《滁州市城乡居民基本医疗保险门诊慢性病管理暂行办法》（滁医改发〔2018〕5号）摘要

**最高支付额。**一个年度内，城乡居民基本医疗保险待遇最高支付限额为300000元。

**住院医疗保险待遇。**

**1.起付线：**市内医疗机构分四类：一类（乡镇卫生院和社区卫生服务中心）150元、二类（县域内二级医院和城市一级医院）400元、三类（城市二级医院和县域内三级医院）500元、四类（城市三级医院）700元。市外医疗机构1200元。

**2.报销比例：**政策范围内的医疗费用，在起付线以上部分，一类、二类、三类、四类医疗机构报销比例分别为90%、85%、80%、70%。市外医疗机构在市内同类医疗机构报销比例的基础上下降十个百分点。

**3.保底报销：**参保城乡居民住院医疗费用，实际报销比例低于35%的，按35%保底报销（预警医疗机构除外）。

**其他医疗保险待遇。**

1.大病保险。参保居民患大病发生高额医疗费用，城乡居民基本医疗保险报销后个人负担的合规医疗费用超过2万元（不含起付线）的部分给予适度补偿，分段累计报销，起付线以上至5万元按50%、5-10万元按60%、10-20万元按70%、20万元以上按80%，上不封顶。超过大病保险起付标准的《药品目录》外的合规药品费用，由大病保险资金按50%的比例支付。

**2.住院分娩。**定额补助1000元，产后并发症和合并症的可报销费用10000元以下的按40%比例补偿，10000元以上的按同级医疗机构疾病住院补偿执行。

**3.意外伤害。**①住院费用报销：住院医药费用中可报销费用的起付线以上部分，按40%的比例给予补偿，年度封顶30000元，不实行保底报销政策，住院费用不纳入大病保险范畴。②在校学生发生无责任人的意外伤害直接导致死亡（未发生医疗费用），一次性补助10000元。③意外伤害门诊医疗待遇：见第四章第十六条。

**住院及转诊转院。**

**1.本市内住院：**在滁州市内医院住院治疗，可持身份证办理社保卡、持社保卡办理住院手续。出院时即直接办理医保结算，只需支付按规定需个人自付的费用。

**2.转诊转院：**

（1）转诊转院办理程序：有转诊外地住院医疗“转诊证明者”者，持身份证和转诊证明到滁州市医疗保障资金管理中心备案、办理社保卡、开通异地结算通道。在所转医院治疗出院时即直接办理医保结算，只需支付按规定由个人自付的费用。

（2）参保学生在市外或因急诊在非协议定点医疗机构就医发生的住院医疗费用，先由个人垫付，持有关资料到滁州市医疗保障资金管理中心办理报销手续。

（3）转诊转院报销比例按市外报销比例执行，未经转诊到市外（实行县域医共体的地区指县外）住院治疗的，报销比例再降低五个百分点。县域内双向转诊转院只计算最高一次起付线。

**门诊慢性病。**门诊慢性病是指需要长期或终身在门诊治疗且医疗费用较高的疾病，通过鉴定，可由基本医疗保险统筹基金按规定支付部分门诊医疗费用。门诊慢性病分为普通慢性病、特殊慢性病。现阶段本市居民医保纳入普通慢性病纳入26种，特殊慢性病纳入10种。随着基金承受能力和疾病谱的变化，可对病种范围进行适当调整。普通慢性病病种：Ⅱ期及以上高血压、心脏病并发心功能不全、饮食控制无效的糖尿病、失代偿期肝硬化、慢性阻塞性肺气肿及肺心病、系统性红斑狼疮、帕金森氏综合症、慢性肾病(非透析治疗)、慢性活动性肝炎、风湿类风湿性关炎、结核病、脑梗塞及脑出血后遗症期、冠心病(心肌梗塞)、癫痫、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、重症肌无力、强直性脊柱炎、溃疡性结肠炎、克罗恩病、干燥综合征、肝豆状核变性、脑性瘫痪、晚期血吸虫病、间质性肺炎、抽动症(障碍)。特殊慢性病病种：再生障碍性贫血、血友病、重性精神病、恶性肿瘤、慢性肾功能不全透析治疗、器官移植抗排治疗、心脏换瓣膜术后、血管支架置入术后、儿童先天性心脏病、骨髓增生异常综合症。

（1）门诊慢性病实行定点协议管理。参保居民治疗鉴定通过的慢性病需要在门诊慢性病定点协议医疗机构就诊结报。

（2）门诊慢性病申报与鉴定。

①普通慢性病鉴定程序：可携带本人身份证复印件、相关门诊住院病历资料复印件（原则上足够证明所申请病种的资料，包括诊断证明书、必要的就医记录、特殊治疗记录或手术记录、化验检查报告单、功能检查报告单等，并由病案室审核盖章确认)，到滁州市医疗保障资金管理中心申请、填表和接受鉴定。

②特殊慢性病鉴定程序：可携带同前相关资料到滁州市医疗保障资金管理中心及时申报，当场予以办理。

（3）门诊慢性病待遇。

①通过慢性病鉴定的参保居民自通过鉴定的当年1月1日起享受待遇。可报销费用仅限于门诊治疗相应慢性病及其特征性并发症的检查、治疗、药品费用。

②慢性病病种录入城乡居民医保系统后，原则上本地在慢性病定点医疗机构直接结算。

③普通慢性病限于一级以上医疗机构（含一级）发生的与鉴定疾病相关的门诊费用报销，起付线为150元，可报销费用报销比例为65%，年度封顶5000元。

④特殊慢性病限于一级以上医疗机构（含一级）发生的与鉴定疾病相关的门诊费用报销，起付线为150元，报销比例按照住院报销待遇执行。

⑤慢性病患者在预警医疗机构就医发生费用不予报销。

（4）门诊慢性病就医管理。

①门诊慢性病鉴定通过人员应凭社会保障卡或身份证在慢性病定点医疗机构就医，直接结算。

②异地居住或因病情需要到异地就诊的参保人员发生的门诊慢性病医疗费用先由个人垫付，按年度由患者或家属凭收费票据原件（盖章有效）、社会保障卡复印件或银行卡复印件，身份证复印件、慢性病就诊证、门诊病历原件或复印件、药品处方原件、大型检查报告单复印件到医保经办机构审核报销。

③如所就诊医疗机构（公立二级及以上）药品缺乏需外购，需提供发票原件及外购处方原件（医疗机构医保办公 室盖章）。

④参保人员住院期间不享受门诊慢性病医疗待遇。