附件2

中山市城乡居民医疗保险办法

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条【制定依据】为健全中山市医疗保障制度体系，确保参保人合理享受基本医疗保障权益，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》《国家医保局 财政部 国家税务总局关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》和《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管理办法>的通知》等有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条【基本原则】本市城乡居民医疗保险坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续发展的原则，构建与本市经济社会发展水平相适应全市统一的城乡居民基本医疗保险、大病保险、补充医疗保险、医疗救助等多层次城乡居民医疗保障制度体系。鼓励城乡居民在参加城乡居民医疗保险的同时，参加商业健康保险。

第三条【基金原则】城乡居民医疗保险基金的筹集和管理遵循以收定支、收支平衡、略有结余的原则；坚持个人缴费与集体扶持和政府补贴相结合的原则；城乡居民医疗保险制度遵循公平与效率相结合、权利与义务相对应、保障水平与社会生产力发展水平相适应的原则。

第四条【险种范畴】城乡居民医疗保险包括城乡居民基本医疗保险、城乡居民大病保险和城乡居民补充医疗保险。

第五条【部门职责】市医疗保障行政部门行使城乡居民医疗保险行政管理职能，负责本办法的组织实施。市医疗保障经办机构负责本市城乡居民医疗保险基金待遇给付等医保经办业务，指导和督促火炬开发区管委会、翠亨新区管委会、镇人民政府、街道办事处（以下简称镇街）做好医疗保障经办工作。各镇街应按相关规定执行医疗保障经办业务。

市财政部门应加强对城乡居民医疗保险基金财政专户的监督管理。税务部门作为社会保险费征收机构负责城乡居民医疗保险基金的筹集。市卫生健康部门负责规范医疗服务行为，完善控制医疗费用不合理增长的约束措施，坚决防止各种形式的欺诈骗保行为。市民政部门负责特困供养人员、散居孤儿和事实无人抚养儿童、最低生活保障对象和低收入家庭成员的资格核定、组织参保工作。市残联部门负责重度残疾人、精神和智力残疾人资格核定、组织参保工作。市审计部门负责对基本医疗保障扩面征缴、基金收支、管理和预算决算执行情况进行审计监督。市市场监督管理部门应加强对定点医药机构药品质量的监督。市教育和体育部门负责组织所属学校、幼儿园在册学生的参保工作。

其他有关部门按照各自职责协同实施本办法。

第六条【参保人员】下列人员可参加城乡居民基本医疗保险：（一） 本市户籍未就业的城乡居民（以下统称城乡居民）。

（二） 持本市居民居住证的人员（含办理港澳台居民居住证的未就业港澳台居民）（以下统称持居住证人员）。

（三） 在本市就读的全日制普通高等院校（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（含民办中职技校）（以下统称大中专学生）。

（四） 在本市就读的全日制教育基础教育学生（幼儿园至高中）(以下统称中小幼学生)。

以上（一）至（四）项人员统称为参保人。

第二章 城乡居民基本医疗保险的筹集

第七条【缴费基数和费率】城乡居民基本医疗保险费以上上年度城乡居民可支配收入为缴费基数，缴费基数取整为十位数，个位数下调为零。依以下规定按年缴纳：

（一） 城乡居民、持居住证人员个人按缴费基数1.4%的费率缴纳，市、镇街两级财政各按缴费基数0.6%的比例给予补贴。

（二） 大中专学生个人按缴费基数1%的费率缴纳，并根据国家、省有关规定，按学校隶属关系，由同级政府财政按缴费基数1.2%的比例给予补贴。

（三） 中小幼学生个人按缴费基数1%的费率缴纳，市、镇街两级财政各按缴费基数0.6%的费率给予补贴。

本市上上年度城乡居民可支配收入由市医疗保障行政部门于新医保年度前对外公布。

第八条【缴费方式】城乡居民基本医疗保险由医疗保险经办机构统一以自然年度按年征收医疗保险费，每年9月1日至12月31日为新年度的集中参保缴费期，一次性缴纳次年的城乡居民医疗保险费，次年1月1日至12月31日为待遇享受期。

每年9月1-30日为在校大中专、中小幼学生办理下一医保年度参保申报缴费手续时间，由所在学校统一办理参保申报手续。新入学学生可按一年半的缴费标准缴纳个人部分。

城乡居民、持居住证人员以个人身份办理参保申报手续。

村集体（含农村居民以村民委员会、经济联合社、农村股份合作社、村民小组等）可为其村居民办理缴费登记手续。

参保人可在规定时间内办理新年度的新增或停保手续，未办理停保手续的，视为自动续保。

第九条【财政补贴】市、镇街或村集体可根据自身经济情况，对个人缴费部分给予补贴。

第十条【参保资助】本市户籍特困供养人员、散居孤儿和事实无人抚养儿童、最低生活保障对象、低收入家庭成员、重度残疾人、精神和智力残疾人（以下统称困难群体）、纳入扶贫助学范围的各类全日制高等学校和中等职业学校非本市户籍学生等参加城乡居民基本医疗保险的，个人缴费部分由财政给予补贴。

1. 【中途参保】新生儿、新迁入本市户籍人员、新增困难群体、刑满释放人员、退役士兵、中途转入本市就读学生和中途停止以职工身份参加基本医疗保险的本市户籍等人员，可以中途参加城乡居民基本医疗保险，按当年度缴费标准一次性缴纳城乡居民医疗保险费，缴费到账的次月起享受城乡居民医疗保险待遇。

对特困供养人员、散居孤儿和事实无人抚养儿童、最低生活保障对象、低收入家庭成员参加城乡居民基本医疗保险开通“绿色通道”，中途参保或从职工基本医疗保险到城乡居民医保之间切换参保、转移接续参保关系的，实行“先登记参保、后补助缴费”，从完成参保登记、做好身份标识之日起即可享受医保待遇。

第十二条【新生儿补缴】本市户籍新生儿出生后90天内参加城乡居民基本医疗保险的，允许其一次性缴纳出生当年度城乡居民基本医疗保险费，缴费后自出生之日所发生的医疗费用按本办法规定享受医疗保险待遇。新生儿未在规定时间内参加城乡居民基本医疗保险的，不能享受城乡居民医疗保险待遇。

第十三条【医保退费】参保人缴纳城乡居民基本医疗保险费后，在相应待遇享受期开始前因重复缴费、死亡、出国、户口迁出、转参加职工基本医疗保险或其他统筹地区居民基本医疗医保以及符合享受退休人员医疗保险待遇的人员，可在终止本市城乡居民基本医疗保险参保关系的同时，依申请为个人办理退费。待遇享受期开始后，除医疗救助对象外，已缴纳的城乡居民基本医疗保险费的个人缴费不再退回。已通过医疗救助渠道享受参保缴费补贴的救助对象，可根据其需要终止的参保关系缴费渠道依申请完成退费。

第三章 基金管理

第十四条【缴费调整】城乡居民基本医疗保险基金、城乡居民大病医疗资金、城乡居民补充医疗保险基金实行全市统筹使用。参保人缴纳的城乡居民医疗保险费和财政补贴纳入城乡居民医疗保险基金。城乡居民医疗保险的缴费基数和缴费费率由市医疗保障行政部门会同有关部门根据本地经济社会发展水平、城乡居民医疗保险基金运行状况等提出调整方案报市政府批准及省医疗保障局同意后执行。

第十五条【基金管理】城乡居民医疗保险基金纳入市社会保险基金财政专户管理，专款专用。任何单位和个人不得贪污、挪用、截留和侵占城乡居民医疗保险基金，违者除责令如数归还外，依法追究其行政、法律责任。

第十六条【基金预算】全市城乡居民医疗保险基金实行预决算管理，科学编制收支预算。基金预算按制度分别编制，不得编制赤字预算。真实准确编制决算，严格决算审核和批复。

基金收不抵支时，采取动用结余基金、调整筹资标准等办法解决。因传染病流行、自然灾害和突发事件等因素造成城乡居民医疗保险基金不足支付或预支付能力不足时，由市政府协调解决。

第十七条【财政预算】市、镇街财政部门应将本级财政承担的基本医疗保险费补贴纳入当年财政预算。镇街负担的本级财政补贴部分由市财政在返还税收分成中予以扣收，资金纳入市医保部门年初部门预算。实行一级财政管理体制的功能类镇街，政府财政补贴由镇街财政全额承担，并按季度统一划入市社会保险基金财政专户。

第十八条【来源支出】城乡居民医疗保险基金的来源和支出：

（一）基金的来源

1.个人缴纳的城乡居民医疗保险费；

2.各级财政补贴；

3.城乡居民医疗保险基金的利息；

4.依法纳入城乡居民医疗保险基金的其他收入。

（二）基金的支出

1.支付参保人在医疗机构符合规定的医疗费用；

2.支付参保人在定点零售药店符合规定的费用；

3.划入城乡居民基本医疗保险统筹基金、城乡居民大病保险资金、城乡居民补充医疗保险统筹基金；

4.支付家庭医生服务的相关费用；

5.国家规定的城乡居民医疗保险基金的其他支出。

第十九条【免征税费】城乡居民医疗保险基金、补充医疗保险基金及其营运收益、各项待遇，按国家规定免征税、费。

第二十条【不得缓免】城乡居民医疗保险费非因不可抗力等法定事由不得缓缴、减免。

第二十一条【非支付范围】城乡居民医疗保险基金不予支付的范围按照《社会保险法》规定执行。

第四章 城乡居民基本医疗保险待遇

第二十二条【待遇时间】参保人按本办法规定缴纳城乡居民基本医疗保险费后，于次年1月1日至12月31日享受本办法规定的城乡居民基本医疗保险待遇；参保人未按规定时间缴纳城乡居民基本医疗保险费的，暂停享受次年城乡居民基本医疗保险待遇。按一年半缴费的新入学学生，享受当年9月至次年12月期间的城乡居民医疗保险待遇。

第二十三条【目录范围】城乡居民医疗保险基金支付范围由国家、省和市制定的药品、诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准等目录确定。

第二十四条【限额定义】城乡居民基本医疗保险统筹基金年度累计最高支付限额是参保人1个医保年度内一次或多次就医（门诊和住院）由统筹基金支付的最高支付总额。住院统筹支付费用、普通门诊统筹支付费用与门特统筹支付费用合并计算，纳入城乡居民基本医疗保险统筹基金年度累计最高支付限额，取整至个位数，小数点后位数下调为零。不可结转下一医保年度使用。

参保人参加城乡居民基本医疗保险统医保年度累计最高支付限额分别为本市上上年度城乡居民可支配收入的8倍。

第二十五条【待遇项目】参加城乡居民基本医疗保险的参保人，按本办法规定享受城乡居民基本医疗保险住院统筹待遇和门诊统筹待遇。

第二十六条【住院待遇】住院统筹待遇

（一）住院起付线

参保人住院需自付住院起付线以下的医保费用。一级以下定点医疗机构600元/次，二级定点医疗机构800元/次，三级定点医疗机构1000元/次。

同一医保年度，参保人因病情需要市内转院（仅限本市上下级定点医疗机构间）由转出定点医疗机构按规定为其办理转院手续后，参保人于24小时内在转入定点医疗机构办理入院手续的，可连续计算住院起付线。

（二）住院支付比例

参保人医保年度内发生超过起付线至最高支付限额以内的医保费用，统筹基金按以下规定支付：一级以下定点医疗机构92%，二级定点医疗机构90%，三级定点医疗机构80%，其余部分个人自付。

参保人跨月住院的，以出院日期所在医保年度的住院起付线标准、统筹基金支付比例和年度累计支付限额核算。参保人跨医保年度住院的，可在医保年度的最后5个工作日向定点医疗机构申请分段结算1次，分段结算后按新入院享受我市社会医疗保险待遇。

第二十七条【门诊待遇】门诊统筹待遇

门诊统筹待遇包括普通门诊统筹待遇和门诊特定病种统筹待遇

（一）普通门诊统筹待遇

1.普通门诊统筹建立基层首诊和双向转诊机制。参保人应选定一家镇街社区定点医疗机构管理机构，该管辖范围内的所有社区定点医疗机构及相关联的镇街级定点医疗机构均为其就医点。参保人选择的社区定点医疗机构管理机构所在镇街未设镇街级定点医疗机构的，只能在该镇街范围内社区定点医疗机构就医，不能再选择其他镇街的定点医疗机构就医。市级医疗机构下辖的医疗门诊部及市外医疗机构，暂不纳入普通门诊统筹服务范围。

参保人如需变更就医点的，应按有关规定办理变更手续，自办理变更手续的次月起，到变更后的定点医疗机构就医，按本办法规定享受相应的医保待遇。

2.参保人在选定的镇街社区定点医疗机构就医发生的医保费用，城乡居民基本医疗保险基金支付70%，个人自付30%；在选定的镇街级定点医疗机构就医的，城乡居民基本医疗保险基金支付20%，个人自付80%。因病情需要，从社区定点医疗机构转诊到镇街级定点医疗机构就医的，享受社区定点医疗机构同等待遇；从镇街级定点医疗机构转诊到市级定点医疗机构就医的，享受镇街级定点医疗机构同等待遇。未经转诊或到未选定的其他医疗机构就医的，城乡居民基本医疗保险基金不予支付。

3.城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹年度最高支付限额为本市上上年度城乡居民可支配收入0.04倍；年度最高支付限额取整至个位数，小数点后位数下调为零。

4.参保人在享受普通门诊统筹待遇后，个人自付医疗费用按规定享受门诊特定病种统筹待遇。

（二）门诊特定病种统筹待遇

1.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。参保人须经具有诊治资格的定点医疗机构确认并选定符合条件的定点医疗机构作为本人就诊医疗机构，选定医疗机构原则上医保年内不变更，确因病情需要或居住地迁移等情形需要变更选定医疗机构的，可到市医疗保障经办机构申请办理变更手续。门诊特定病种实行分类管理，具体分为一类门特、二类门特。

2.门特不设起付线。一类门特按本办法规定的市内同级别住院支付比例报销。二类门特由城乡居民基本医疗保险统筹基金支付70%，个人自付30%；二类门特中的高血压、糖尿病由城乡居民基本医疗保险统筹基金支付80%，个人自付20%。

一类门特和二类门特病种范围和支付限额见附表。

参保人享受门诊特定病种统筹待遇后，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。

第二十八条【异地待遇】参保人异地就医，所发生的医疗费用按以下规定予以支付：

（一）长期异地就医：长期异地就医人员备案后，按照本市相应等级医疗机构报销比例支付。选择的异地统筹地区即为其本人的住院和门特的就医统筹区。

（二）异地转诊：异地转诊人员办理异地就医备案手续后，按照本市相应等级医疗机构报销比例支付。

（三）异地急诊：符合参保地规定的异地急诊人员，按照本市相应等级医疗机构报销比例支付。

（四）未办理长期异地或转诊就医的：

1.参保人未按规定办理长期异地或转院手续自行到非本市社会医疗保险定点医疗机构诊治所发生符合本市规定的住院医疗费用，按本市相应等级医疗机构的实际报销费用的50%予以支付，其余50%由参保人个人自费且不纳入合规医疗费用范围；自行到市内外非医保定点医疗机构所发生的医疗费用，除急诊、抢救外，城乡居民基本医疗基金不予支付。

2.参保人符合转诊条件但自行到市外定点医疗机构治疗门特病种发生的门诊医疗费用，按本市相应等级医疗机构的实际报销费用的50%予以支付，其余50%由参保人个人自费且不纳入合规医疗费用范围。参保人不符合转诊条件自行到市外定点医疗机构治疗门特病种发生的门诊医疗费用或自行到市内外非医保定点医疗机构所发生的医疗费用，除急诊、抢救外，城乡居民基本医疗基金不予支付。

3.办理长期异地就医备案的参保人在本市发生的普通门诊医疗费用可按规定享受普通门诊统筹待遇。

第二十九条【生育费用】参保人发生的符合计划生育政策规定的产前检查、分娩和计划生育费用，按照规定纳入城乡居民基本医疗保险基金支付范围。

第三十条【险种转换待遇处理】从职工医疗保险到城乡居民医疗保险转换的，以就诊或出院日期上月参保险种的起付线和支付比例享受待遇、已累计的个人自付费用连续计算；基本医疗保险的年度最高支付限额按城乡居民基本医疗保险的最高支付限额给予。

第三十一条【不得重复】参保人同一次就医不得同时享受两个以上基本医疗保险统筹地区社会医疗保险待遇（含新型农村合作医疗），医疗保险待遇不得重复申领。

户籍迁入本市且已在异地享受退休人员职工医疗保险待遇的人员,不再参加本市城乡居民医疗保险。

第五章 城乡居民大病保险

第三十二条【参保范围】已参加本市城乡居民基本医疗保险的参保人，享受城乡居民大病医疗保险待遇。

第三十三条【划拨标准】每年从上年征收的城乡居民基本医疗保险统筹基金划拨2%作为城乡居民大病保险资金。参保人不再另行缴费。城乡居民大病保险资金可接受公益慈善等多渠道来源的资金。

第三十四条【大病待遇】城乡居民大病保险按规定享受以下待遇：

（一）城乡居民大病保险起付线及支付比例

城乡居民大病保险起付线为15000元。参保人就医发生的医保费用，享受城乡居民基本医疗保险待遇后，同一医保年度内个人支付的医保费用累计超过15000元至30000元以内的，由城乡居民大病保险资金支付60%；超过30000元至最高支付限额以内的，由城乡居民大病保险资金支付65%。

（二）城乡居民大病保险年度最高支付限额

城乡居民大病保险年度最高支付限额为本市上上年度城乡居民可支配收入的4倍。

（三）本市户籍特困供养人员、最低生活保障对象、扶贫部门建档立卡的贫困人员和困境儿童等人员的城乡居民大病保险起付线为3000元。以上人员在享受城乡居民基本医疗保险待遇后，同一医保年度内个人支付的医保费用累计超过3000元至6000元以内的，由城乡居民大病保险资金支付80%；超过6000元的部分，由城乡居民大病保险资金支付85%。不设年度最高支付限额。

第三十五条【结算方式】城乡居民大病保险经办机构应依托本市医疗保险信息系统，为参保人提供联网即时结算服务，为患者提供便捷的医疗费用结算服务，及时足额支付参保人城乡居民大病保险待遇。

第三十六条【结算方式】城乡居民大病保险经办机构由市政府按有关规定确定。城乡居民大病保险经办机构未明确前，本市城乡居民大病保险具体业务暂由市医疗保障经办机构经办。

第三十七条【不足解决】城乡居民大病保险资金当年出现收不抵支时，先由城乡居民大病保险历年累计结余资金支付，不足部分再由城乡居民基本医疗保险统筹基金支付，仍不足的由市政府协调解决。

第六章 城乡居民补充医疗保险

第三十八条【参保范围】本市户籍城乡居民可在参加城乡居民基本医疗保险的基础上，自愿参加城乡居民补充医疗保险。

第三十九条【缴费比例】城乡居民补充医疗保险费以上上年度城乡居民可支配收入为缴费基数，参保人按缴费基数3%的比例按年缴纳城乡居民补充医疗保险费，由个人全额缴纳，与城乡居民基本医疗保险同步征收。

第四十条【补充待遇】城乡居民补充医疗保险的起付线为2500元。参保人因病就医发生的医保费用，享受城乡居民基本医疗保险和大病保险待遇后，医保年度内个人支付的医保费用累计超过 2500元至最高支付限额以内的，城乡居民补充医疗保险统筹基金支付90%，年度最高支付限额为上上年度城乡居民可支配收入的8倍。

第七章 城乡居民医疗保险的管理

第四十一条【统一信息】城乡居民医疗保险统一使用国家医疗保障信息系统，实现医保信息统一化、业务标准化、财务一体化。

第四十二条【目录范围】城乡居民医疗保险基金支付范围由国家、省和市制定的药品、诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准等目录确定。

第四十三条【参保登记】 市教育和体育部门组织学校做好大中专、中小幼学生参保工作。各镇街负责困难群体的参保工作。市民政部门和市残联负责困难群体的身份认定和标记工作。

第四十四条【中断缴费】中途参保的参保人已连续参加本市基本医疗保险2年以上的，在规定集中参保缴费期结束后不超过3个月，可补缴当年城乡居民基本医疗保险费，补缴成功后，开通当年住院待遇及自缴费成功之日起的门诊医疗保险待遇；在规定集中参保缴纳期结束后超过3个月的，不可补缴，当年发生的医疗费用由参保人自行负担。

第四十五条【制度间转换中断】参保人已连续参加本市基本医疗保险2年以上的，因就业等个人状态变化由职工医保切换到居民医保且中断缴费时间不超过3个月的，补缴成功后，开通当年住院待遇及自缴费成功之日起的门诊医疗保险待遇缴费后。中断缴费时间超过3个月的，不可补缴，当年发生的医疗费用由参保人自行负担。

第四十六条【定点管理】城乡居民医疗保险实行定点医疗机构和定点零售药店（以下简称定点医药机构）服务协议管理。建立定点医药机构退出机制，实现动态管理。

第四十七条【检查考核】建立定点医药机构考核评价机制，评价结果与医保支付挂钩。市医疗保障经办机构根据本办法和服务协议的有关规定和约定，对定点医药机构执行城乡居民医保政策及提供医疗服务情况进行不定期检查、定期检查和专项检查。

第四十八条【费用结算】参保人凭本人社会保障卡或医保电子凭证等有效证件在定点医疗机构就医，并凭本人社会保障卡或医保电子凭证等有效证件进行费用结算。

第四十九条【遗失冒用】参保人社会保障卡遗失而未挂失或医保电子凭证盗用等导致其医保基金被冒用的，造成的医保统筹额度损失由其本人承担。

第五十条【待遇享受顺序】参保人员同时参加城乡居民医疗保险和商业保险的，应按城乡居民医疗保险的规定先行结算。如商业保险先行赔付的，已赔付的医疗费部分，按比例在结算时予以扣除。

第五十一条【基金监督】本市城乡居民医疗保险基金的监督按国家、省有关规定执行。

第五十二条【违法处理】医疗保障行政部门、社会保险费征收机构、医疗保障经办机构和镇街及其工作人员，医疗保险定点医药机构和参保人等违反医疗保险有关法律法规的，按《社会保险法》和《广东省社会保险基金监督条例》等有关规定处理。

第八章 附 则

第五十三条【制度调整】本办法所称的医保年度是指每年1月1日至12月31日。参保人在实施前已累计的个人自付费用可在实施后的当年年度连续计算；实施后年度各险种的最高支付限额须扣减同一医保年度内以城乡居民身份已享受的基本医疗保险、补充医疗保险、大病医疗保险和医疗救助统筹金额。

第五十四条【过渡期】2021年7月1日-12月31日为本办法实施后的过渡期。为确保过渡期间缴费与待遇均无缝衔接，过渡期间，以上上年度城乡居民可支配收入/12为缴费基数，按月缴纳城乡居民医疗保险费和财政补贴，当月缴费，当月享受待遇。6月1-30日在校大中专、中小幼学生缴纳2021年7-12月城乡居民医疗保险费。

第五十五条【历年结余去向】本办法实施后，原基本医疗保险和原大病医疗保险历年结余的50%并入城乡居民基本医疗保险基金。

原门诊基本医疗保险历年结余并入城乡居民基本医疗保险基金，原补充医疗保险历年结余并入城乡居民补充医疗保险基金。

原按照《中山市社会医疗保险约定医疗机构奖励办法》(中劳社〔2001〕27号)文件设立的社会医疗保险优质服务奖励金专户结余资金并入城乡居民基本医疗保险基金。

第五十六条【名词解释】本办法所称医保费用，是指纳入我市基本医疗保险药品、诊疗项目、医疗服务设施范围及支付标准等目录内，属基本医疗保险基金支付范围的费用。

本办法所称本市定点医疗机构是指本市行政区域内与市医疗保障经办机构签订服务协议，为城乡居民医疗保险参保人提供医疗服务的医疗机构。市外定点医疗机构是指本市之外的统筹地区当地的医疗保险定点医疗机构。本办法所称定点零售药店是指本市行政区域内与市医疗保障经办机构签订服务协议，为城乡居民医疗保险参保人提供处方外配和非处方药等零售服务的药店。

第五十七条【配套文件】市医疗保险行政部门根据本办法制定中山市基本医疗保险实施细则、医疗保险费用结算办法和医疗保险诊疗项目管理办法等相关配套文件。

第五十八条【本数自定义】除另有规定外，本办法所称“以上”、“以下”含本数，“超过”不含本数。

第五十九条【实施时间及废止文件】本办法自2021年7月1日起施行，有效期5年。过去本市有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。《关于完善中山市城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的实施意见（试行）》（中山医保发〔2020〕19号）同时废止。

附表

中山市城乡居民医疗保险门诊特定病种待遇表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **病种名称** | **原病种名称** | **病种类型** | **基金累计支付限额** | **基金支付比例** |
| 1 | 精神分裂症 | 精神分裂症 | 一类门特 | 6000 | 市内同级别住院支付比例 |
| 2 | 分裂情感性障碍 | 分裂情感性障碍 | 一类门特 | 6000 | 市内同级别住院支付比例 |
| 3 | 持久的妄想性障碍（偏执性精神病） | 持久的妄想性障碍（偏执性精神病） | 一类门特 | 6000 | 市内同级别住院支付比例 |
| 4 | 双相（情感）障碍 | 双相（情感）障碍 | 一类门特 | 6000 | 市内同级别住院支付比例 |
| 5 | 癫痫所致精神障碍 | 癫痫所致精神障碍 | 一类门特 | 6000 | 市内同级别住院支付比例 |
| 6 | 精神发育迟滞伴发精神障碍 | 精神发育迟滞伴发精神障碍 | 一类门特 | 6000 | 市内同级别住院支付比例 |
| 7 | 慢性肾功能不全（血透治疗） | 慢性肾功能衰竭（透析治疗） | 一类门特 | 70000 | 市内同级别住院支付比例 |
| 8 | 慢性肾功能不全（腹透治疗） | 慢性肾功能衰竭（透析治疗） | 一类门特 | 70000 | 市内同级别住院支付比例 |
| 9 | 恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗） | 各类恶性肿瘤（放疗、化疗） | 一类门特 | 25000 | 市内同级别住院支付比例 |
| 10 | 恶性肿瘤（放疗） | 各类恶性肿瘤（放疗、化疗） | 一类门特 | 25000 | 市内同级别住院支付比例 |
| 11 | 慢性阻塞性肺疾病 | 慢性阻塞性肺气肿并肺源性心脏病 | 二类门特 | 8000 | 70% |
| 12 | 高血压病 | 高血压病二期（含二期）以上 | 二类门特 | 8000 | 80% |
| 13 | 冠心病 | 冠心病（反复发作的心绞痛或心肌梗塞） | 二类门特 | 8000 | 70% |
| 14 | 慢性心功能不全 | 慢性心功能衰竭（心功能Ⅱ级以上） | 二类门特 | 8000 | 70% |
| 15 | 肝硬化（失代偿期） | 肝硬化（失代偿期） | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 16 | 慢性乙型肝炎 | 慢性病毒性肝炎（乙类、丙类、活动期) | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 17 | 丙型肝炎（HCV RNA阳性） | 慢性病毒性肝炎（乙类、丙类、活动期) | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 18 | 慢性肾功能不全（非透析治疗） | 慢性肾功能衰竭（非透析治疗） | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 19 | 肾脏移植术后抗排异治疗 | 肾移植术后 | 二类门特 | 40000 | 70% |
| 20 | 造血干细胞移植后抗排异治疗 | 骨髓移植术后 | 二类门特 | 10000 | 70% |
| 21 | 糖尿病 | 糖尿病 | 二类门特 | 8000 | 80% |
| 22 | 类风湿关节炎 | 类风湿性关节炎 | 二类门特 | 8000 | 70% |
| 23 | 恶性肿瘤（非放化疗） | 各类恶性肿瘤 | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 24 | 地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血） | 珠蛋白生成障碍性贫血（地中海贫血） | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 25 | 再生障碍性贫血 | 再生障碍性贫血 | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 26 | 血友病 | 血友病 | 二类门特 | 60000 | 70% |
| 27 | 帕金森病 | 帕金森氏综合征 | 二类门特 | 8000 | 70% |
| 28 | 癫痫 | 癫痫 | 二类门特 | 8000 | 70% |
| 29 | 脑血管疾病后遗症 | 脑血管疾病后遗症(脑梗塞、脑出血和脑梗塞等疾病引起的后遗症） | 二类门特 | 8000 | 70% |
| 30 | 艾滋病 | 艾滋病 | 二类门特 | 5000 | 70% |
| 31 | 活动性肺结核 | 肺结核（包括耐多药肺结核） | 二类门特 | 5000 | 70% |
| 32 | 耐多药肺结核 | 肺结核（包括耐多药肺结核） | 二类门特 | 5000 | 70% |
| 33 | 系统性红斑狼疮 | 系统性红斑狼疮 | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 34 | 心脏移植术后抗排异治疗 | 心移植术后（限抗排斥治疗） | 二类门特 | 30000 | 70% |
| 35 | 肝脏移植术后抗排异治疗 | 肝移植术后 | 二类门特 | 30000 | 70% |
| 36 | 肺脏移植术后抗排异治疗 | 肺移植术后（限抗排斥治疗） | 二类门特 | 30000 | 70% |
| 37 | 肺动脉高压 | 新增 | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 38 | 支气管哮喘 | 新增 | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 39 | 骨髓纤维化 | 新增 | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 40 | 骨髓增生异常综合症 | 新增 | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 41 | C型尼曼匹克病 | 新增 | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 42 | 肢端肥大症 | 新增 | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 43 | 多发性硬化 | 多发性硬化 | 二类门特 | 8000 | 70% |
| 44 | 强直性脊柱炎 | 强直性脊柱炎 | 二类门特 | 8000 | 70% |
| 45 | 银屑病 | 新增 | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 46 | 克罗恩病 | 克罗恩病 | 二类门特 | 8000 | 70% |
| 47 | 溃疡性结肠炎 | 新增 | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 48 | 湿性年龄相关性黄斑变性 | 新增 | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 49 | 糖尿病黄斑水肿 | 新增 | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 50 | 脉络膜新生血管 | 新增 | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 51 | 视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿 | 新增 | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 52 | 新冠肺炎出院患者门诊康复治疗 | 新增 | 二类门特 | 12000 | 70% |
| 53 | 重症肌无力 | 重症肌无力 | 二类门特 | 8000 | 70% |
| 54 | 小儿脑性瘫痪 | 小儿脑性瘫痪 | 二类门特 | 8000 | 70% |
| 55 | 房颤（抗凝治疗） | 房颤（抗凝治疗） | 二类门特 | 8000 | 70% |
| 56 | 甲状旁腺功能减退症 | 甲状旁腺功能减退症 | 二类门特 | 8000 | 70% |
| 57 | 肾病综合征 | 肾病综合征 | 二类门特 | 12000 | 70% |