

盐城市城乡居民基本医疗保险办法

第一章 总 则

第一条 为建立统一的城乡居民基本医疗保险制度，保障城乡居民公平享有基本医疗保险权益，根据《社会保险法》的规定和江苏省人民政府《关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（苏政发〔2016〕178号）的要求，结合本市实际，制定本办法。

第二条 城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）坚持以收定支、收支平衡、略有结余、保障水平与经济发展水平相适应，全覆盖、保基本、权利与义务相对等，市级统筹、分级管理、责任共担相结合的原则。

第二章 参保对象及基金筹集

第三条 城乡居民医保制度覆盖对象：

- （一）具有本市户籍且未参加城镇职工基本医疗保险的人员；
- （二）在本市取得居住证的人员；
- （三）本市辖区内各级各类教学教育机构在校学生及托幼儿童。

第四条 城乡居民医保主要采取个人缴费和政府补助相结

合的筹资方式，鼓励集体、单位或其他社会经济组织给予扶持或资助。

第五条 城乡居民医保基金构成：

- (一) 参保居民个人缴纳的基本医疗保险费；
- (二) 各级政府的补助资金；
- (三) 城乡居民医保基金的利息收入；
- (四) 依法纳入的其他资金。

第六条 按照财政补助分级承担机制，城乡居民医保财政补助资金由市、县（市、区）财政列入年度预算。市区原城镇居民医保财政补助资金分担比例仍按原规定执行。

第七条 建立城乡居民医保稳定增长的长效筹资机制，筹资标准与居民人均可支配收入挂钩。每年由当地人力资源和社会保障部门会同财政、民政部门制定并公布筹资标准，其中地方财政补助标准不低于国家、省规定的标准。

第三章 参保缴费

第八条 县（市、区）负责辖区内城乡居民医保的组织实施工作，将城乡居民医保工作列入当地经济社会发展规划和年度工作计划，组织镇（街道）、村（社区）做好宣传发动和参保缴费工作，建立城乡居民医保参保工作激励约束和监督考核机制。

第九条 镇（街道）负责辖区内城乡居民医保的参保登

记、政策宣传、信息录入、保费收缴、社会保障卡发放等工作。村（社区）负责本辖区内城乡居民参保登记和医疗保险费征收工作。

第十条 学生、托幼儿童由所在学校（托幼机构）统一代征代缴医疗保险费。取得居住证的人员参保登记及缴费手续到居住地村（社区）办理。

第十一条 城乡居民医保实行年缴费制度。每年9月1日至12月31日为下一年度城乡居民医保的参保登记及缴费期，医疗保险待遇期为次年1月1日至12月31日。

第十二条 当年度退役军人、大中专毕业生、外市户口迁入等人员选择参加城乡居民医保的，自退役、毕业、户口迁入之日起3个月内办理参保登记，并按当年度个人缴费标准缴纳医疗保险费，缴费次日起享受当年度基本医疗保险待遇。新生儿在出生后3个月内办理参保登记并按当年度个人缴费标准缴纳医疗保险费的，可自出生之日起享受基本医疗保险待遇。

第十三条 对未在本十一条、十二条规定期限内参保缴费的城乡居民，自其参保缴费当月起，3个月后享受基本医疗保险待遇。在享受基本医疗保险待遇前发生的医疗费用，城乡居民医保基金不予补偿。

第十四条 城乡居民医保个人缴费标准暂实行“一制两档（一档、二档）、差别缴费”的办法，用3年的时间逐步过渡到全市统一缴费标准。缴费标准统一后，实行“一制一档、统一

待遇”。

第四章 基本医疗保险待遇

第十五条 参保居民在医疗保险定点医疗机构就医，符合江苏省基本医疗保险药品、诊疗项目（含特殊医用材料）、医疗服务设施“三个目录”的医疗费用，城乡居民医保基金按照规定进行补偿。市人力资源和社会保障部门负责确定全市城乡居民医保“三个目录”的支付标准和数据库基础信息的更新维护。

第十六条 下列医疗费用不纳入城乡居民医保基金支付范围：

- （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）按有关政策规定不予支付的其他情形。

第十七条 实行“一制两档，差别缴费”过渡期间，参保居民根据个人缴费的档次，享受对应的基本医疗保险待遇，年度城乡居民医保基金累计最高支付限额为全市上年度居民人均可支配收入8倍。

第十八条 门诊医疗

- （一）普通疾病

1、按照就近医疗、分级诊疗、协议管理的原则，镇（街道）医疗机构是参保居民普通疾病门诊就医的协议医疗机构，所属的村卫生室（社区卫生服务站）为医疗服务延伸网点。参保居民确因病情需要到其他医疗机构就医的，由协议医疗机构提出转诊意见，并办理转诊手续。医保经办机构与协议医疗机构结算医疗费用实行“按人头付费”。

2、在协议医疗机构及延伸网点就医的普通疾病门诊医疗费用补偿 50%，其中签订家庭医生服务的参保居民，在村卫生室（社区卫生服务站）就医的，其补偿比例提高 5 个百分点；办理转诊手续后到其他医疗机构就医的补偿 30%。对发生的“一般诊疗费”补偿 80%。年度累计纳入补偿的医疗费用最高限额为 1500 元。

（二）特定病种

1、城乡居民医保门诊慢性病、特殊病实行定点就医。参保居民应向当地医保经办机构申请慢性病、特殊病病种认定，认定后由医保经办机构纳入参保居民个人基础信息，并随个人病情的改变进行动态确认、更新。符合享受门诊慢性病待遇补偿条件的参保居民，选择一家医疗机构就医；符合享受门诊特殊病待遇补偿条件的参保居民，可选择两家医疗机构就医。需到非选定的医疗机构就医的，由选定的医疗机构提出转诊意见，并办理转诊手续。

2、慢性病

(1) 病种范围：高血压病（高危以上）、糖尿病Ⅱ型、溃疡性结肠炎、结核病、慢性肾小球肾炎、甲状腺功能减退症、银屑病、冠心病、肺气肿、扩张型心肌病、支气管哮喘、肺源性心脏病、慢性阻塞性肺疾病。

(2) 补偿比例：治疗确定的慢性病病种门诊医疗费用，在一级医疗机构就医的补偿 70%，在二级医疗机构或参保地三级县级医疗机构的补偿 60%，在三级医疗机构的补偿 50%。

(3) 费用限额：经确认有一种或多种慢性病的参保居民，年度累计纳入补偿的医疗费用最高限额为 3000 元。

3、特殊病（纳入重大疾病保障病种除外）

(1) 病种范围：恶性肿瘤、慢性肾脏病（CKD3-5 期）、再生障碍性贫血、精神病、脑卒中恢复期（2 年内）、慢性乙型肝炎、重症肌无力、系统性红斑狼疮、皮炎、强直性脊柱炎、帕金森病、肾病综合征、肝硬化、类风湿病。

(2) 补偿比例：治疗确定的特殊病病种门诊医疗费用，按一档缴费的补偿 70%，二档缴费的补偿 65%。确因病情需要到市外就医的，补偿比例对应降低 10 个百分点。

第十九条 住院医疗

(一) 参保居民在医疗机构住院治疗的医疗费用，起付标准以下（含起付标准）的部分，由个人负担；起付标准以上至年度纳入补偿的最高限额部分，由城乡居民医保基金按照一定比例补偿。

（二） 补偿待遇

1、 起付标准

在镇（街道）医疗机构的为 200 元/次；在一级医疗机构的为 300 元/次，在二级医疗机构或参保地三级县级医疗机构的为 500 元/次，在三级医疗机构的为 700 元/次。由基层向上级转诊的，仅需负担起付标准的差额费用；由上级向基层转诊的，不再负担基层的起付标准费用。转市外的为 1000 元/次。

2、 补偿比例

（1）按一档缴费的，在镇（街道）医疗机构的补偿 90%；在一级医疗机构的补偿 80%，在二级医疗机构或参保地三级县级医疗机构的补偿 70%，在三级医疗机构的补偿 60%。按二档缴费的，以上补偿比例对应降低 5 个百分点。

（2）办理转诊手续到市外约定的三级医疗机构住院治疗的，按一档缴费的补偿 55%，按二档缴费的补偿 40%。

（3）未办理转诊手续或未到约定的市外三级医疗机构住院治疗的，按一档缴费的补偿 40%，按二档缴费的补偿 35%。

（4）长期驻外人员在参保地或安置地住院治疗的，视同本地就医；在第三地住院治疗的，按转市外住院治疗的规定执行。

（三） 特殊医用材料费用补偿

特殊医用材料费合并纳入住院费用补偿。特殊医用材料与诊疗项目关联，参保居民住院治疗发生的诊疗项目为甲类、乙类的，所使用的特殊医用材料费用年度累计纳入补偿最高限额，

按一档缴费的为 5 万元，二档缴费的为 3 万元；诊疗项目为丙类的，由个人负担。

第二十条 重大疾病医疗

建立健全儿童白血病、儿童先天性心脏病、终末期肾病、乳腺癌、宫颈癌、重性精神疾病、艾滋病机会性感染、耐多药肺结核、血友病、慢性粒细胞白血病、唇腭裂、肺癌、食管癌、胃癌、急性心肌梗塞、I型糖尿病、甲亢、结肠癌、直肠癌、脑梗死、儿童苯丙酮尿症和尿道下裂 22 种重大疾病保障制度，实行按病种付费，明确救治对象、规范就诊程序、确定就治医院，统一结算标准，城乡居民医保基金支付达到病种付费标准的 70%。

第二十一条 生育医疗

（一）享受条件：符合国家和省人口与计划生育法律、法规规定。

（二）待遇标准：产前检查费纳入普通门诊疾病补偿范围。住院分娩费用补偿不设起付标准，按一档缴费的补偿 70%，二档缴费的补偿 60%。

（三）医保经办机构按不高于参加生育保险职工在同级别生育医疗机构生育的医疗费用结算标准，与定点生育医疗机构实行定额结算。

第五章 大病保险

第二十二条 大病保险制度是对城乡居民医保制度的补充。城乡居民大病保险对参保居民经基本医疗保险补偿后，个人负担超过一定水平的住院和门诊特殊病种等项目的合规医疗费用进行再补偿。

第二十三条 大病保险由商业保险机构承办，全市统一通过政府招标方式确定承办机构。实施城乡居民大病保险所需资金，从城乡居民医保基金中划拨。

第二十四条 大病保险保障对象为城乡居民医保参保缴费的人员。

第二十五条 大病保险补偿不设最高费用限额，起付标准为上年度城乡居民人均可支配收入的 50% 左右，经基本医疗保险补偿后，大病保险再补偿的总体水平须高于 50%。降低对医疗救助对象、建档立卡低收入人员的起付标准，提高其补偿比例。大病保险的筹资标准、待遇标准、保障范围实行动态调整。

第六章 医疗服务管理

第二十六条 城乡居民医保实行定点医疗机构协议管理。原城镇居民医保和新农合定点医疗机构（含村卫生室、社区卫生服务站）按照先纳入、后规范的原则，整体纳入城乡居民医保定点范围。全市统一医疗机构协议管理办法，建立健全考核

评价机制和动态准入退出机制。

第二十七条 医保经办机构与定点医疗机构签订医保服务协议，明确双方的责任、权利和义务等内容。市医保经办机构负责拟定全市统一的服务协议基础文本。

第二十八条 医保经办机构要优化转诊就医医保结算流程，引导形成合理的就医流向。

第二十九条 社会保障卡作为参保居民身份识别工具，用于参保缴费、结算医疗费用、收取报销款项等。社会保障卡不得出借、转让或恶意使用。

第三十条 参保居民就医时，无特殊情况必须使用社会保障卡就诊和结算费用。

第三十一条 参保居民持社会保障卡在医疗机构就医的医疗费用，个人应承担的部分，由个人负担；城乡居民医保基金应支付的部分，由医保经办机构与医疗机构结算、并按月足额拨付。市医保经办机构定期组织各县（市、区）之间结算异地就医费用。

第三十二条 参保居民因非直接结算而由个人垫付的医疗费用，应在票据产生之日起到次年3月底前申请报销。医保经办机构应将审核报销的参保居民医疗费用直接划转到个人社会保障卡金融账户。

第三十三条 医保经办机构与医疗机构之间应建立谈判协商机制、风险分担机制。在医疗机构实行医疗费用总额控制的

基础上，系统推行按人头付费、按病种付费、按床日付费等多元复合支付方式改革。

第七章 基金管理和监督

第三十四条 城乡居民医保基金纳入社会保障基金财政专户管理，实行收支两条线，独立核算，专款专用，任何单位和个人不得侵占或者挪用。

第三十五条 城乡居民医保基金执行统一的社会保险基金预决算制度、财务会计制度和内部审计制度。结合基金预算管理，合理控制基金当年结余率和累计结余率，当年结余率控制在10%以内。

第三十六条 城乡居民医保基金实行市级统筹，分级管理，建立风险调剂金制度，逐步向基金统收统支过渡。

市级设立城乡居民医保市级统筹风险调剂金财政专户。各县（市、区）每年按当期城乡居民医保筹资总额的规定标准提取风险调剂金，上解市财政专户，实行专款专用、收支两条线管理。

第三十七条 人力资源和社会保障部门对城乡居民医保基金的收支、管理和运营情况进行监督检查。财政部门、审计机关按照各自职责，依法对城乡居民医保基金收支、管理和运营情况实施监督。

第三十八条 人力资源和社会保障部门应对医保经办机构

和定点医疗机构及其工作人员执行医疗保险法律法规和协议的情况开展监督检查，就发现的问题，提出整改建议，依法作出处理决定或者向有关行政部门提出处理建议。

第三十九条 人力资源和社会保障部门应建立健全有关投诉、检查、监督等考核管理制度，严肃查处相关人员违反城乡居民医保管理规定的行为。卫生计生部门应切实加强对医疗机构的监管，督促其规范诊疗行为。

第八章 附 则

第四十条 市人力资源和社会保障部门根据本办法制定相关配套政策。

第四十一条 本办法自 2018 年 1 月 1 日起施行，原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗政策及相关规定同时废止。