

连政发〔2017〕110号

## 市政府关于印发连云港市城乡居民 基本医疗保险办法的通知

各县、区人民政府，市各委办局，市各直属单位：

《连云港市城乡居民基本医疗保险办法》已经市政府研究同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

连云港市人民政府

2017年9月30日

（此件公开发布）

# 连云港市城乡居民基本医疗保险办法

## 第一条 目的和依据

根据《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）和《省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）精神，为保障本市城乡居民的基本医疗，建立城乡居民统一的基本医疗保险制度，结合实际，制定本办法。

## 第二条 适用对象

凡未参加本市城镇职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”），且符合以下条件之一的人员，可以参加城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）：

（一）具有本市户籍，年龄超过18周岁（截止当年12月31日）的成年居民；

（二）具有本市学籍的在校学生和本市户籍的未成年居民；

（三）在本市取得居住证且未在原籍参加基本医疗保险的常住人口。

## 第三条 管理部门

人力资源社会保障部门是城乡居民医保的行政主管部门，负责城乡居民医保政策的制定和组织实施。

财政、卫生计生、教育、民政、公安、扶贫办等部门及红十

字会、残联等社会团体按照各自职责，协同做好城乡居民医保的管理工作。

#### **第四条 统筹层次**

城乡居民医保实行市区、县（含赣榆区，下同）分级统筹、分级管理，在此基础上建立市级调剂金制度。市级调剂具体办法由市人力资源和社会保障局、市财政局另行制定。

#### **第五条 筹资标准**

城乡居民医保基金筹集坚持以收定支、收支平衡、略有结余原则。

城乡居民医保实行个人缴费和政府补助相结合，合理划分政府与个人的筹资责任，在提高政府补助标准的同时，适当提高个人缴费比重。同一统筹区内个人缴费实行同一标准。筹资标准和个人缴费标准，可结合实际情况适时调整，具体筹资方案由统筹区人力资源和社会保障局、财政局商定，报统筹区政府同意后公布执行。

政府补助由中央、省、市区、县级财政按有关规定执行。

#### **第六条 筹集部门**

各县（区）人民政府为城乡居民医保工作的责任主体，负责组织辖区内城乡居民医保参保和基金筹资工作；各乡镇人民政府、街道办事处具体负责辖区内城乡居民医保的参保登记缴费、政策宣传等工作，各级劳动保障经办机构、村民委员会协助乡镇政府（街道办事处）做好筹资与宣传发动工作，乡镇、村卫生机构要

参与参保工作；教育行政主管部门负责在校学生的参保筹资工作，在校学生以学校为单位登记缴费。组织城乡居民参保工作专项经费列入同级财政部门年度预算予以保障。

### **第七条 登记缴费**

城乡居民医保实行年度缴费，集中登记缴费期为每年的9月至12月，可选择委托银行代扣代缴、现金和网上缴费等方式参保缴费。参保人员在集中缴费期内缴费的，于次年1月1日至12月31日享受相应城乡居民医保待遇；除新生儿、当年退役士兵外，在次年1至6月份缴费的，自缴费6个月后享受当年度城乡居民医保待遇；次年7月以后不再受理当年登记缴费。

享受职工医保待遇的人员中断缴费2个月内参加城乡居民医保的，自缴费次日起享受当年度城乡居民医保待遇。当年退役士兵自缴费次日起享受当年度城乡居民医保待遇。新生儿出生后1个月（含）内参保缴费的，自出生之日起享受出生年度城乡居民医保待遇；出生后1个月以上至3个月（含）内办理参保缴费的，自缴费30天后享受当年度城乡居民医保待遇。

### **第八条 基金管理**

城乡居民医保基金的管理，按照国家、省社会保险基金管理的有关规定执行。城乡居民医保基金纳入社会保障基金财政专户，实行统一管理，单独列账，专款专用，并按照规定，接受财政、审计部门的监督。各统筹区城乡居民医保经办机构要设立银行基金归集账户并建立规范的监管制度。

## **第九条 支付管理**

城乡居民医保的诊疗项目、医疗服务设施和用药范围、支付标准以及定点医疗机构的管理等，参照本市职工医保的有关规定执行。具体由市人力资源社会保障部门另行制定。

国家与省另有规定的，从其规定。

## **第十条 就医管理**

参保人员就医凭证为本人的社会保障卡（或者医疗保险卡）。参保人员到统筹区范围内各定点医疗机构就医时，应当出示其医疗保险凭证。定点医疗机构应当为参保人员提供合理、必要的医疗服务。参保人员就医时，定点医疗机构应当对其就医凭证进行核验。任何个人不得冒用、伪造、变造、出借就医凭证。

## **第十一条 门诊待遇**

### **1.普通门诊统筹**

城乡居民医保的参保人员普通门诊统筹实行定点就医，年度内首次刷卡就医的基层定点医疗机构(包括下属的定点村卫生室)为本人门诊统筹定点医疗机构。普通门诊费用不设起付线，封顶线为400元。参保人员一个年度内在本人门诊统筹定点医疗机构发生的合规医疗费用（指符合基本医疗保险支付范围的费用，下同），在起付线和封顶线之间的部分，基本医疗统筹基金报销比例为50%，其余部分由个人负担。

### **2.门诊慢性病**

城乡居民医保门诊慢性病实行定点就医，参保人员经申请、

核实符合享受条件后，选择一家定点医疗机构作为其就医医疗机构。

门诊慢性病分甲、乙两类，具体病种由市人力资源和社会保障局另行制定。享受门诊慢性病待遇的患者，在门诊发生慢性病对应用药的合规医疗费用，起付线为 500 元，封顶线甲类疾病为 5000 元，乙类疾病为 3000 元；享受两种及以上门诊慢性病待遇的，在单病种医疗费用封顶线的基础上，每增加一个病种封顶线增加 500 元，最多增加 1000 元。起付线至封顶线之间的合规医疗费用，一级及以下、二级、三级定点医疗机构基本医疗统筹基金报销比例分别为 75%、70%、65%，其余部分由个人负担。

### 3. 门诊特殊病种

城乡居民医保门诊特殊病种实行定点就医，参保人员经申请、核实符合享受条件后，选择一家定点医疗机构作为其就医医疗机构。

门诊特殊病种共有五种，分别是：恶性肿瘤放化疗、慢性肾功能不全透析、器官移植术后抗排斥药物治疗、肺结核和精神病。享受门诊特殊病种待遇的患者，在门诊发生特殊病种对应用药、诊疗项目的合规医疗费用，基本医疗统筹基金报销比例为 90%，其余部分由个人负担。

### 4. 门诊意外伤害

参保学生（指参保年度内由学校或幼教机构统一组织参保缴费的学生和幼儿，下同）待遇享受期内，在校内遭遇到意外伤害

(无明确侵权人),如跌伤、烫伤、烧伤、中毒、电击等所发生的门、急诊合规医疗费用,一、二、三级定点医疗机构基本医疗统筹基金报销比例分别为80%、70%、60%,年度封顶线为3000元。

### 5.门诊特药

城乡居民医保门诊特药的药品种类及购药流程执行江苏省有关规定。

参保人员享受以上各类门诊待遇所涉及的流程、认定标准和用药范围等参照职工医保有关规定执行。

## 第十二条 住院待遇

城乡居民医保的参保人员可直接持就医凭证至统筹区内定点医疗机构住院就医。

1.参保成年居民在一级及以下定点医疗机构住院发生的合规医疗费用,起付线为200元,并按以下标准报销:

- (1)起付线200元(含200元)以下由个人自负;
- (2)200元以上至10000元(含10000元),报销80%;
- (3)10000元以上,报销85%。

2.参保成年居民在二级定点医疗机构住院发生的合规医疗费用,起付线为400元,并按以下标准报销:

- (1)起付线400元(含400元)以下由个人自负;
- (2)400元以上至10000元(含10000元),报销70%;
- (3)10000元以上,报销75%。

3.参保成年居民在三级定点医疗机构住院发生的合规医疗费

用，起付线为 800 元，并按以下标准报销：

- (1) 起付线 800 元（含 800 元）以下由个人自负；
- (2) 800 元以上至 10000 元(含 10000 元)，报销 65%；
- (3) 10000 元以上，报销 70%。

4.参保成年居民经批准转外（市外转诊）、长期居外住院发生的合规医疗费用，起付线为 1000 元，并按以下标准报销：

- (1) 起付线 1000 元（含 1000 元）以下由个人自负；
- (2) 1000 元以上至 10000 元(含 10000 元)，报销 60%；
- (3) 10000 元以上，报销 65%。

在校学生和未成年人住院医疗费用基本医疗统筹基金报销比例比成年居民提高 10 个百分点，100000 元以上部分，基本医疗统筹基金报销比例为 90%。

参保人员患肺结核、精神病在本市定点医疗机构住院，不设起付线，发生的合规医疗费用报销 90%。

参保人员年度基本医疗住院合规医疗费用封顶线为 300000 元。

参保人员转外、居外等有关手续参照职工医保有关规定执行。

未按规定办理手续直接在统筹区外医疗机构（限三级甲等医院）住院的，合规医疗费用部分先由个人自费 15%，其余部分再按市外转诊标准报销。

### **第十三条 家庭病床待遇**

家庭病床实行定点就医，参保人员经申请核实符合享受条件



后，选择一家基层定点医疗机构作为其就医医疗机构。家庭病床实行定额结算，定额标准为每天每床 30 元，每次建床不超过 60 天，定额内费用统筹基金支付 80%，超定额费用个人负担。

#### **第十四条 生育待遇**

连续参加城乡居民医保缴费满 12 个月的人员，其符合国家和省计划生育政策的合规生育医疗费用纳入城乡居民医保基金支付范围。住院分娩实行限额报销，其中顺产报销 1800 元，剖宫产报销 3500 元；产前检查（含新生儿疾病筛查）定额报销 300 元。

#### **第十五条 城乡居民大病保险**

在城乡居民医保基础上，建立与经济社会发展、医疗消费水平及承受能力相适应、覆盖城乡的大病保险制度。

##### **1.保障对象**

城乡居民医保的正常参保缴费人员。

##### **2.资金来源及筹资标准**

城乡居民大病保险筹资从城乡居民医保基金中划拨，市人力资源和社会保障局根据城乡居民医保基金的筹资标准、报销比例等情况，适时调整城乡居民大病保险筹资标准。

##### **3.保障范围**

对参保人员经基本医疗保险报销后，个人负担超过一定水平的住院、门诊慢性病和门诊特殊病种的合规医疗费用进行再报销。

##### **4.保障水平**

城乡居民大病保险起付线为 10000 元，封顶线为 300000 元。

个人自付的医疗费用超过 10000 元以上部分的费用实行分段报销。具体报销标准为：10000 元以上至 20000 元的部分，按 50% 比例报销；20000 元以上至 50000 元的部分，按 60% 比例报销；50000 元以上至 100000 元的部分，按 70% 比例报销；100000 元以上至 200000 元的部分，按 75% 比例报销；200000 元以上部分的费用，按 80% 比例报销。

### 5. 经办方式

大病保险实行商业保险机构承办。由市人力资源和社会保障局按省有关规定，通过公开招标形式确定商业保险公司。各统筹地区分别与中标的商业保险公司签订经办服务协议。

### 第十六条 不予支付情形

下列医疗费用不纳入城乡居民医保基金支付范围：

1. 应当从工伤保险基金中支付的；
2. 应当由第三人负担的；
3. 应当由公共卫生负担的；
4. 在境外就医的；
5. 因犯罪、打架、斗殴、酗酒、吸毒、蓄意违章、交通事故、医疗事故和违反法律、法规规定的其他情形所发生的医疗费用；
6. 其他按规定不予报销的医疗费用。

### 第十七条 医保待遇调整

城乡居民医保门诊和住院起付标准以及基金支付比例等，可结合实际情况适时调整。具体调整方案，由市人力资源和社会保障局

障局、市财政局等有关部门商定，报市政府同意后公布执行。

各县也可结合自身实际制定具体的调整方案，由统筹区政府报经市政府同意后公布执行。

### **第十八条 医保待遇经办管理**

各级人社部门医保经办机构负责本统筹区城乡居民医保待遇支付、费用结算及监督检查等管理经办业务。

鼓励建立竞争经办机制，创新经办服务模式，推进管办分开，在确保基金安全和有效监管的前提下，以政府购买服务的方式委托具有资质的商业保险机构等社会力量参与基本医保的经办服务，激发经办活力。

鼓励发展商业健康保险，满足城乡居民多层次医疗保障需求。

### **第十九条 医疗费用结算方式**

医疗保险经办机构与定点医疗机构在谈判协商的基础上，可以采取总额控制结算、病种结算、人头结算、服务项目结算、服务单元结算等方式结算医疗费用，逐步建成与基本医疗保险制度发展相适应，激励与约束并重的复合式医保支付方式。

### **第二十条 医疗救助**

对最低生活保障对象、特困供养人员、具有本地户籍的临时救助对象中的重大病患者、享受民政部门定期定量生活补助费的20世纪60年代精减退职职工、重点优抚对象、享受政府基本生活保障的孤儿、市和县（区）总工会核定的特困职工等7类救助

对象，以及低收入农户中的老年人、未成年人、重度残疾人、重病患者，全额资助参加城乡居民医保。其他困难群体的参保资助办法按上级文件规定执行。

建立城乡居民医保、医疗救助和扶贫大病特惠保等同步即时结算机制，具体标准和条件按各级民政、扶贫、财政等部门有关规定执行。

### **第二十一条 施行日期**

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相关政策文件同时废止。

### **第二十二条 本办法由市人力资源和社会保障局负责解释。**

---

抄送：市委各部门，市人大常委会办公室，市政协办公室，市法院，市检察院，连云港警备区，市各人民团体，驻连部、省属单位。

---

连云港市人民政府办公室

2017 年 9 月 30 日印发

---