二、城镇居民医疗保险

（一）基本政策

1、哪些人可以参保

（1）应参加城镇职工基本医疗保险以外的、具有本统筹区户籍的所有城乡居民。中小学生和幼儿园、托儿所学生在就读地参保不受户籍限制。

（2）居住在本统筹区的《江苏省居住证》持有人。

（3）本统筹区内各类全日制高等学校（含民办高校、独立学院、成人高校）、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、全日制研究生；全日制职业高中、中专、技校在籍学生（以下统称“大学生”）。

注：已享受异地退休金或养老保险金待遇，退休后户籍迁入的人员，不属于本办法规定的参保范围。

2、如何办理及缴费

（1）办理方式及所需材料

①普通居民以家庭为单位，持户口本到户籍所在地社区劳动保障服务机构、村民委员会或经办机构委托的机构办理参保缴费手续。《江苏省居住证》持有人到居住地社区劳动保障服务机构、村民委员会办理参保缴费手续。非本统筹区户籍的中小学生和幼儿园、托儿所学生持户口本和在校生证明到就读学校所在地的社区劳动保障服务机构、村民委员会办理参保缴费手续。续保缴费人员到指定的代理银行或经办机构委托的机构缴费。

②大学生以学校为单位办理参保登记造册，统一到所属行政区医疗保险经办机构办理参保手续，并及时足额缴费。每年11月30日前，学校将收取的参保学生的医疗保险费统一缴至本统筹区城乡居民医保基金财政专户。

（2）缴费续费时间

城乡居民参保费用按年度一次性缴纳，每年9月1日至次年2月底为缴费期。新参保人员，可选择缴纳当年或次年参保费用。已进入待遇享受期的参保人员停保、退保时，缴纳的参保费用不予退回。续保缴费人员到指定的代理银行或经办机构委托的机构缴费。

（3）新生儿可享受的待遇

持户口本到户籍所在地社区劳动保障服务机构、村民委员会或经办机构委托的机构办理参保缴费手续。新生儿出生后6个月内办理参保缴费手续的，从出生之日起享受医保待遇；6-12个月内办理参保缴费手续的，自参保缴费到账开始享受医保待遇，参保缴费到账之前发生的费用不予结算；12个月以后办理参保缴费手续的，设定6个月的待遇享受等待期。

3、个人缴费标准是什么

2018年度市区城乡居民医保个人缴费标准统一调整为210元，同时一并缴纳当年的长期照护保险费用。长期照护险的标准为：一般居民缴纳30元，学龄前儿童、中小学校、大中专院校学生每人每年缴纳10元。具体如下：

（1）一般居民缴纳240元。（指满18周岁含以上）

（2）学龄前儿童、中小学、大中专院校学生缴纳220元。

（3）以下参保人员的个人缴费部分，由政府给予全额补贴，个人不需缴费：

a、医疗救助对象。按照《市政府关于印发〈徐州市市区困难群众医疗救助实施办法〉的通知》（徐政规〔2017〕1号）精神，医疗救助对象参加城乡居民医保个人应负担的费用，由医疗救助基金进行全额资助。

b、丧失劳动能力的残疾人员（持有残联核发的第二代残疾人证，且残疾等级为一级、二级的重度残疾人）。个人应缴纳的参保费用由参保地残联按规定的途径解决。

上述各类人群的财政补助待遇就高不就低，不重复享受。

4、如何选择定点医院及信息变更

市区一般城乡居民医保参保人员门诊（一级）、住院不再选择定点医院，可直接刷卡就医。

学龄前儿童、中小学生（指18周岁以下）可选择一家有儿科住院病房的综合医院就医，二级或三级医院只选一家，用于门诊就医，方可享受门诊统筹待遇。

变更定点医院，请到办理城乡居民医保参保手续时的社区经办机构办理（定点医院限每年变更一次）。可登录徐州市人力资源和社会保障局网站或手机“徐州人社”APP查询基本信息及个人缴费信息等。

基本信息变更，请到各行政区的区级医保经办机构办理。

（二）待遇政策

1、普通门诊有什么待遇政策

统筹支付范围：门诊统筹基金主要支付在基层医疗机构发生的医保甲类药品（含基本药物）、一般诊疗费和其他符合规定的诊疗费用，以及医疗保险支付范围内的中药饮片费用（单味使用不予支付的中药饮片和颗粒剂除外）。

起付标准与补助比例：在基层医疗机构发生的门诊费用（不含一般诊疗费），实行基本药物零差率销售的基层医疗机构不设起付标准，其他定点医疗机构每次起付标准30元，统筹基金补助比例为50%。镇卫生院、社区卫生服务中心一般诊疗费支付比例为60%，村卫生室、社区卫生服务站一般诊疗费支付比例为80%。

最高统筹支付限额：一个统筹年度门诊最高补助限额为每人500元。纳入家庭医生签约服务管理的参保人员，一个统筹年度门诊最高补助限额提高至800元。

2、如何享受门诊特定项目待遇政策

（1）项目

门特包括尿毒症透析、器官移植的抗排异治疗、恶性肿瘤放疗化疗、血友病、白血病、重症精神病（包括精神分裂症、重症抑郁症、伴有精神病症状的躁狂症、双相情感障碍症，下同）、难治性肾病综合症、系统性红斑狼疮、重型β-地中海贫血、恶性淋巴瘤、再生障碍性贫血、慢性活动性肝炎、肝硬化失代偿、慢性肾功能不全（非透析治疗）、肝豆状核变性、巩固期精神病等16个病种。

（2）待遇



同时患上述两种及两种以上门特病种的参保人员，在享受一个病种统筹基金最高补助限额的基础上，按同时患上述另一统筹基金最高补助限额病种的补助额的60%进行再补助。

（3）办理流程

参保人员须通过专家鉴定（同职工医保）并选择本统筹区内1家二级以上（含二级）定点医疗机构就医，方可享受门特待遇。

3、住院费用如何结算

（1）起付标准

市内同一统筹年度住院治疗的起付标准：三级医疗机构1100元；二级医疗机构700元；一级医疗机构、社区卫生服务机构400元。享受最低生活保障人员、持有《徐州市特困职工证》的家庭成员和丧失劳动能力的残疾人员（重残一、二级）按以上标准的50%执行。一个统筹年度内多次在一、二、三级医疗机构住院治疗的，起付标准依次递减100元，但三级医疗机构最低不低于700元，二级医疗机构最低不低于300元，一级医疗机构最低不低于100元。

（2）报销比例

市区参保人员在不同级别的定点医疗机构住院治疗，统筹基金起付标准以上、最高支付限额以下的医疗费用，统筹基金支付比例见下表。

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗费用段（以上含本数，以下不含本数） | 定点医疗机构级别 |
| 一级 | 二级 | 三级 |
| 起付标准以上至10000元以下 | 85% | 80% | 75% |
| 10000元至50000元 | 90% | 85% | 80% |
| 50000元以上 | 95% | 90% | 85% |

（3）补助上限

同一统筹年度所有医疗费用统筹基金最高支付限额为20万元。

4、家庭病床的设立有何规定

家庭病床起付标准和管理办法参照职工医保有关规定执行。起付标准以上属于城乡居民医保支付范围内的医疗费用，由统筹基金支付60%。

5、大病保险补助标准是什么

（1）起付标准：徐州市区居民起付标准为1.5万元。

（2）补助比例：起付标准以上0～5万元（含）：补助50%

5万～10万元：补助60%

10万元（不含）以上：补助70%

（三）异地就医及转外就医

异地就医如何办理与结算

（1）办理条件：

退休后在异地安置的；

长期在异地居住、工作、学习在6个月以上的；

在异地突发疾病的（急诊）。

（2）费用结算方式：

1）刷卡直接结算：

参保人持社会保障卡在异地就医联网医疗机构就医时，可刷卡直接结算。

2）先垫付后报销：

参保人先自己全额垫付医疗费，再凭疾病诊断证明、费用发票等回参保地医保经办机构报销。

（3）办理流程：

参保人（代办人需携带代办人身份证）携带本人江苏省统一社会保障卡（以下简称“社会保障卡”）及相关材料至市各经办机构申请办理，或下载“徐州人社”手机APP，按提示录入信息并上传有关资料，经审核通过后完成备案；

（4）驻外人员异地就医备案：

1）申请需提交材料。

异地务工人员：异地务工单位接收证明（公章）。

其他参保人员需提供以下材料之一（原件及复印件）：

本人异地房产证；本人异地户口本；本人异地暂住证；投靠亲属的异地房产证或异地户口本以及亲属关系证明。

2）参保人选择异地就医结算方式：

刷卡直接结算；回参保地报销；

3）参保地医保经办机构核对，将参保人信息上传至省异地就医平台。

2、转外就医如何办理与结算

（1）办理条件

因疾病诊断或治疗需要，受本市技术和设备条件限制，经市内定点三级医院诊断仍不能解决者，由该医院负责转外市规定医院就诊。

（2）办理流程

①在我市三级定点医疗机构办理市外转诊转院手续；

②因病转外就医人员要选定就医地1家医院；

③参保人选择异地就医结算方式（①刷卡直接结算；②回参保地报销）；

④如选择刷卡结算需到参保地医保经办机构备案，由医院在医保交互平台备案，医院端用高拍仪上传转诊转院备案表发送至经办机构，由经办机构复核信息后，将参保人信息上传至省异地就医平台。

（3）异地转诊转院备案有效期

①同一类疾病在同一就医地直接联网刷卡结算的，转诊转院有效期为备案当年自然年度内有效。

②异地转诊转院在就医地未联网刷卡直接结算，采取零星报销方式报销医疗费用的，转诊转院有效期为当次（含当次的门诊、住院）有效。

③备案有效期内办理入院手续的，无论本次出院日期是否超出备案有效期，均属于有效备案。

④备案有效期满再次转诊转院就医的，需要重新办理转诊转院手续备案登记。

3、居民医保异地就医、转外就医如何支付

省内跨市异地就医/转外就医：住院、门诊均可直接刷卡，采用参保地医保目录库。

跨省异地就医/转外就医：住院可直接刷卡；门诊需自行垫付，后至医保中心报销，采用就医地医保目录库。

（四）居民、个体灵活就业人员生育业务办理指南

1、待遇申领需要什么条件

①参加居民医疗保险在待遇期内生育的，住院生育的医疗费用由居民医保基金支付。

②灵活就业人员在医疗保险待遇期内的分娩、流产、引产或者实施计划生育手术的医疗费用，参照职工生育保险基金支付标准，由基本医疗保险统筹基金支付。

2、申请报销需要提交什么材料

（1）办理生育医疗费用刷卡结算备案手续时，提交申请需提供以下材料：

1）生育：

①身份证（原件、复印件）；

②生殖健康服务证或准生证（原件、复印件）；

③结婚证（原件、复印件）；

以上申请材料经审核后，证件复印件加盖医保中心业务窗口专用章，入院时由个人交至定点医疗机构。

（2）居民医保、灵活就业人员零星报销申报，需提供以下材料：

1）住院生育费用

①发票（原件）；

②费用明细清单（原件，医院盖章）；

③出院记录或出院小结（原件、复印件，医院盖章）；

④出生医学证明（原件、复印件）；

⑤生殖健康服务证或准生证（原件、复印件）；

⑥异地费用须提供医院等级证明；个人情况说明并提供支持其异地生育原因的补充材料（如居住证明、暂住证明、单位异地工作证明等）。

2）门诊生育（含流产\计生）

①发票（原件）；

②费用明细清单（原件，医院盖章）；

③门诊病历；

④3月以上引产需要计生部门提供符合计生标准的相关证明；

⑤异地费用须提供医院等级证明；个人情况说明并提供支持其异地生育原因的补充材料（如居住证明、暂住证明、单位异地工作证明等）。

注：除提供以上资料外，由本人领取的生育医疗费用需要提供参保人员本人身份证（原件、复印件）和本人银行卡（存折）账户复印件。

（3）定点医疗机构每月与医保中心结算居民保险生育、个人灵活就业生育医疗费用需提供材料：

①徐州市市区居民保险或个人灵活就业生育（单病种）费用结算申请书；

②徐州市市区居民保险或个人灵活就业医疗费用申报花名册（电子及纸质盖章）。

3、如何办理

每月5日后各工作日内市医保中心服务大厅随时受理单位、个人报送的参保人员生育申请，对符合规定的进行住院前备案。如所需提供材料不齐全，工作人员当场退回并告知需补齐内容。

参保人员应在住院生育分娩、引产、流产和实施计划生育手术前到医保中心二楼窗口提交申请备案（备案有效期为30天。逾期需重新备案），然后至选择的生育定点医疗机构办理入院手续；

参保人员住院引产、流产、分娩属于急诊、急救可以入院后（出院结算前）补办手续，发生的费用直接在生育定点医疗机构结算报销。补办生育备案手续的提供其准确的入出院时间。

4、生育的医疗费用支付标准是什么

①产前检查，妊娠3个月以上7个月以下，因生育而引起流产、引产的，产前检查定额支付标准为300元。妊娠7个月以上的产前检查定额支付标准为400元

②灵活就业参保人员住院分娩或因生育而引起的流产、引产和实施计划生育手术，在二级及二级以下医疗机构发生的符合计划生育规定的医疗费用，基本医疗统筹基金按单元定额标准、按病种付费标准全额结算。

③灵活就业参保人员在三级医疗机构发生的符合生育保险规定的医疗费用，由基本医疗统筹基金参照职工生育定额标准、按病种付费标准的80%结算（见表1），参保人员个人自付20%；

参保人员个人自付金额计算方式：医疗总费用扣除特需服务费用后，实际费用低于结算标准时，灵活就业人员按照实际费用的20%自付；等于或高于结算标准时，按照结算标准的20%自付。

④灵活就业参保人员住院分娩期间因生育引起的部分并发症、合并症（见表2），不实行按病种付费。发生的符合生育保险或医疗保险规定的医疗费用，由参保人员个人按20%的比例支付。

以上生育的住院分娩的医疗费用（不含门诊），居民医保按单病种结算定额标准的70%比例由居民医保统筹基金支付，居民个人自负比例30%。居民住院分娩期间因生育引起的部分并发症、合并症（见表2），不实行按病种付费。发生的符合生育保险或医疗保险规定的医疗费用，由居民个人按30%的比例支付。其余符合生育保险或医疗保险规定的部分，通过医保中心零星报销业务手工结算。

生育保险定额标准表（表1）



部分并发症、合并症病种（表2）

|  |
| --- |
| **1**、产后出血 |
| 2、产褥感染 |
| 3、弥漫性血管内凝血（DIC） |
| 4、子宫破裂 |
| 5、羊水栓塞 |
| 6、妊娠子痫 |
| 7、妊娠期糖尿病 |
| 8、产后急性肾功能衰竭 |
| 9、妊娠急性脂肪肝 |
| 10、子宫肌瘤（含卵巢囊肿）手术摘除 |

5、异地生育费用如何报销

因异地生育政策导致的个人无法刷卡结算生育医疗费用的，经由医保中心零星报销结算后支付到个人提供的银行账户内。

注：

如有以下情况，基金不予支付相关费用：

①违反国家、省人口和计划生育法律、法规规定，生育或者实施计划生育手术的生育医疗费用；

②不符合生育保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准的费用；

③应当由基本医疗保险基金支付的费用；

④应当由公共卫生或者其他公共服务项目以及按照规定由免费的计划生育技术服务项目负担的费用；

⑤属于医疗事故等，应当由第三人负担的费用；

⑥在国外以及港澳台地区发生的生育医疗费用；

⑦新生儿疾病筛查、护理和医疗的费用；

⑧未经批准在非定点医疗机构就医的生育医疗费用（急诊、抢救的除外）；

⑨国家和省规定的不属于保险基金支付的其他费用。