

**泰州市医疗保障局  
泰州市财政局  
泰州市卫生健康委员会 文件  
泰州市人力资源和社会保障局  
国家税务总局泰州市税务局**

泰医保规〔2020〕3号

---

**关于印发泰州市城乡居民基本医疗保险  
市级统筹实施办法的通知**

各市医疗保障局，各市（区）财政局、卫健委、人社局、税务局，市医疗保障局各分局：

现将《泰州市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法》印发给你们，请认真贯彻执行。

(此页无正文)



2020年6月30日

(此件主动公开)

# 泰州市城乡居民基本医疗保险市级统筹 实施办法

## 第一章 总则

**第一条** 为建立全市统一的城乡居民基本医疗保险（以下简称城乡居民医保）制度，实现城乡居民公平享有基本医疗保险权益，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》（中发〔2020〕5号）、《省政府办公厅关于实施基本医疗保险和生育保险市级统筹的意见》（苏政办发〔2019〕79号）、《市政府办公室关于印发泰州市基本医疗保险和生育保险市级统筹实施意见的通知》（泰政办发〔2019〕69号）等规定，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 城乡居民医保制度坚持保障水平与经济社会发展水平相适应；坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续；坚持权利和义务相对应；坚持以收定支、收支平衡、略有结余；坚持市级统筹、属地管理、分级负责。建立保障水平相对较高、基金抗风险能力相对较强、业务流程标准规范统一的城乡居民医保市级统筹制度。

**第三条** 城乡居民医保实行统一基本政策、统一待遇标准、统一基金管理、统一经办管理、统一定点管理和统一信息系统。

## 第二章 基本政策

**第四条** 城乡居民医保参保对象为具有泰州市户籍的城乡居民或持有泰州市居住证（外籍人员需持有《外国人永久居留身份证》）的人员，包括农村居民、城镇非从业居民、在校学生及非在校未成年人（以下简称未成年人）等。在本市范围内各类学校（含托幼机构）就读的在校学生参加城乡居民医保，不受户籍和国籍限制。

城乡居民医保按照个人缴费与财政补助相结合的办法统一筹集，并实行年度趸交的筹资制度。按照国家和省规定的筹资政策，结合本市实际合理制定全市筹资水平，政府财政补助纳入财政预算安排，个人缴费标准和财政补助标准由市医疗保障局会同相关部门另行规定。

**第五条** 建立城乡居民医保参保缴费登记制度，属地参管理。

**第六条** 符合条件的城乡居民（除在校学生外）凭身份证、户口簿或居住证到户籍或居住证所在地的街道（乡镇）人力资源和社会保障服务中心（所）或社区（行政村）人力资源和社会保障服务站办理参保手续，通过社区（行政村）社保一体机、指定银行网点、税务社保缴纳微信小程序等方式缴费。泰州市内在校学生参加城乡居民医保，由所在学校负责办理参保缴费手续，借读学生由实际就读学校办理。符合条件的困难对象参加城乡居民医保的个人缴费部分，由相关部门全额或部分资助参保缴费。

**第七条** 城乡居民医保的结算年度为每年1月1日至12月31日。每年10月1日至12月31日为集中缴费期，缴纳下一年度城乡居民医保费用。未在集中缴费期缴费的或中断参保的居民，自其参保缴费到账或再次参保并缴费到账之日起，三个月后享受城乡居民医保待遇。当年度大中专毕业生、外市户口迁入人员、退役人员、刑满释放人员从参保缴费到账次日起享受城乡居民医保待遇。

  新生儿在出生后三个月内参保缴费到账，自其出生之日起发生的医疗费用按规定报销，其中新生儿从出生到办理参保登记时涉及跨年度且不超过三个月的，足额缴纳2个年度的参保费用到账后，从出生之日起按规定享受相应待遇。

  首次参加本市城乡居民医保的新入学学生，入学当年在集中缴费期内足额缴纳下一年度城乡居民医保费用，自当年9月1日起按规定享受相应待遇。

  参保人员在集中缴费期内若出现出国定居、死亡、参军、转为参加职工基本医疗保险（以下简称职工医保）或医保关系转出本市等情形，已缴的次年城乡居民医保费用可办理退费，其他情形不得退费。

  在泰州市范围内城乡居民医保参保关系转移的，仅可在集中缴费期内变更下年度参保关系。

**第八条** 已参加城乡居民医保的人员，就业后由单位缴纳职工医保的，在缴费到账次日起享受职工医保待遇；以灵活就业人

员身份参加职工医保的，仅可在城乡居民医保集中缴费期变更，变更当月缴费到账后按规定从下一自然年度享受职工医保待遇。已参加职工医保的人员因经济困难等原因转为参加城乡居民医保的，在其停缴职工医保后三个月内足额缴纳城乡居民医保参保费用的，自缴费到账次月起开始享受城乡居民医保待遇；超过三个月的，自缴费到账三个月后享受城乡居民医保待遇。

**第九条** 参保人员不能同时参加职工医保和城乡居民医保，不得重复享受职工医保和城乡居民医保待遇。已在不同统筹地区参保的，待遇不得重复享受。

**第十条** 参保人员就医实行基层首诊、分级诊疗、转诊备案、双向转诊的制度。参保人员到本市内二级及以上定点医疗机构住院需经一级医疗机构转诊，已转诊到二级医疗机构需要转三级医疗机构的，可直接在二级医疗机构办理转诊。因医疗条件限制需要转诊泰州市外定点医疗机构就诊的，需由泰州市内二级及以上定点医疗机构出具转诊备案相关材料。

### **第三章 待遇标准**

**第十一条** 城乡居民医保实行全市统一的药品目录、诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准。符合国家和省规定的基本医疗保险的药品目录、诊疗项目和医疗服务设施（以下简称医保目录）的医疗费用，纳入城乡居民医保基金支付范围。

**第十二条** 按时足额缴纳城乡居民医保参保费用的参保人员

按规定享受城乡居民医保待遇。

### （一）门诊统筹

一个结算年度内，参保人员连续合理治疗至痊愈（未有间断为一次，一般不超过7天），在本市门诊统筹定点医疗机构发生的政策范围内符合规定的门诊医疗费用，每次起付标准为30元，超过起付标准以上部分报销50%，年内累计最高报销500元。其中在实行乡镇一体管理的村卫生室、社区卫生服务站不设起付标准，年内累计最高报销150元。

### （二）门诊慢性病

参保人员经审核确认患风湿性关节炎/类风湿性关节炎、阿尔茨海默症、白塞氏病、癫痫、多发性肌炎/多发性皮炎、风湿性心脏病、干燥综合征、肝硬化（失代偿期）、肝功能衰竭、高血压（高危、极高危）合并靶器官损害或临床并发症、慢性心力衰竭、骨结核、冠心病（限冠状动脉旁路移植术后抗凝治疗和支架手术后抗凝治疗）、克罗恩病、溃疡性结肠炎、扩张型心肌病、淋巴结核、慢性病毒性肝炎、慢性肾脏病2期及以上、慢性肾炎、慢性萎缩性胃炎、慢性阻塞性肺病、脑血管意外后遗症、脑梗死、帕金森氏病、强直性脊柱炎、视网膜黄斑变性、糖尿病出现并发症、系统性红斑狼疮、系统性血管炎、系统性硬化症、银屑病、原发性血小板增多症、原发性血小板减少症、运动神经元病、再生障碍性贫血、真性红细胞增多症、重症肌无力、自身免疫性肝炎、自身免疫性溶血性贫血、耐多药肺结核、脑性瘫痪、

心脏瓣膜置换术后、肺纤维化、骨髓纤维化、骨髓增生异常综合症、颅内良性肿瘤等慢性病种，在定点医疗机构发生的政策范围内符合规定的门诊医疗费用报销比例为：一级及以下 60%、二级及以上 50%，转市外定点医疗机构 45%。门诊慢性病设立年度限额政策，限额标准另行制定。

符合高血压、糖尿病（以下简称“两病”）诊断标准且需采取药物治疗的患者，但不符合上述慢性病条件的“两病”患者按规定办理备案手续后，在市内二级及以下定点医疗机构门诊就医，对门诊发生的符合规定的降血压或降血糖药品费用，一个医保结算年度内，起付标准为 200 元，一级及以下定点医疗机构（含实行乡镇一体化管理的村卫生室、社区卫生服务站）报销 60%、二级定点医疗机构报销 50%，患有“两病”之一的，医保基金最高支付限额为 800 元，同时患有“两病”的，医保基金最高支付限额为 1000 元。“两病”患者按规定办理异地就医备案后，在市外二级及以下定点医疗机构门诊就医的，待遇标准与市内一致；按规定办理转外就医的，报销比例降低 5 个百分点；未按规定要求直接到市外定点医疗机构门诊就医的，报销比例降低 10 个百分点。

### （三）门诊特殊病

参保人员在门诊进行白血病、恶性肿瘤、器官移植后的抗排异治疗、血友病、终末期肾病透析等疾病治疗时，按照规定经备案后，一个结算年度内发生的符合规定的门诊费用参照住院费用管理规定结算，起付标准为 400 元，报销比例为 75%。



门诊特殊病的辅助性治疗用药费用参照门诊慢性病报销办法报销。

患情感性精神病（含躁狂型、抑郁症）、精神分裂症（不包括单纯型）两类病种的参保人员，在专科医院门诊治疗发生的符合基本医疗保险范围的门诊费用按实报销，每月限额 1000 元，超出限额的费用由个人自付。

#### （四）门诊一般诊疗费、诊察费

一般诊疗费按相关规定实行定额报销。基层定点医疗机构（包含社区卫生服务中心、乡镇卫生院、社区卫生服务站、村卫生室）当年实际发生的一般诊疗费（基金支付部分）低于总额基数的按实结算，超过总额基数的按总额基数结算。

总额基数计算方法：依据社区卫生服务中心（乡镇卫生院）、社区卫生服务站（村卫生室）前两年参保人员实际发生门诊平均人次（一日内多次门诊按一次计算）的 80% 确定该机构一般诊疗费的门诊人次数，每门诊人次分别按 8 元、4 元支付，计算出当年一般诊疗费总额基数。

参保人员在实施公立医院医药价格改革的医疗机构发生的门诊诊察费，城乡居民医保基金按最高不超过 6 元/次的标准报销（不足 6 元的按实报销）。超标准的部分不纳入门诊统筹、门诊慢性病、门诊特殊病统筹报销范围。

#### （五）学生和未成年人意外伤害待遇

学生和未成年人因意外伤害而发生的政策范围内符合规定

的门诊医疗费用，100元（含100元）以内不予报销，100元以上部分按照90%的比例予以报销，一个结算年度内报销总额最高不超过8000元。

#### （六）住院医疗待遇

参保人员在定点医疗机构发生的政策范围内符合规定的住院医疗费用，实行起付标准以下由个人承担、起付标准以上按比例报销的办法。

##### 1.起付标准

同一结算年度内，泰州市内一级及以下定点医疗机构400元，二级定点医疗机构600元，三级定点医疗机构800元，转泰州市外定点医疗机构1100元。年度内二次及以上住院起付标准减半，但不低于400元；15日内再次入院视同一次住院，如在不同级别医疗机构住院，起付标准按就高原则收取；普通病种同一年度内连续住院时间每超过90天，视同另一次住院，需再次收取起付标准费用；患恶性肿瘤、肾功能衰竭需透析以及器官移植的，其门诊放疗、化疗、透析及服用抗排异药物的费用，同一结算年度内只收取一次起付标准费用；跨年度连续住院的，本次住院出院时新的结算年度内费用不收取起付标准费用，新的结算年度再次入院的按年度第一次住院起付标准收取。

##### 2.分段报销比例

一个结算年度内发生政策范围内符合规定的住院医疗费用，起付标准以上6万元以下的，市内定点医疗机构一级及以下报销

85%，二级报销 70%，三级报销 63%；6 万元及至 20 万元的，报销 63%；按转诊规定到泰州市外定点医疗机构报销 58%。

#### （七）其他

1.患情感性精神病（含躁狂型、抑郁症）、精神分裂症（不包括单纯型）的参保人员，定点专科医院住院治疗发生的政策范围内费用实行按床日付费。支付标准为：一级及以下定点专科医院为 150 元/天，二级及以上定点专科医院为 210 元/天。超出支付标准的费用，在本市医院治疗的由医院承担，在市外医院治疗的由参保人员承担。

2.参保人员住院当日及前一日的门诊医疗费用按规定参照住院待遇报销。

3.参保人员经抢救后即住院治疗或抢救无效死亡的，政策范围内门诊抢救费用按规定参照住院待遇报销。

4.特药、日间手术、护理院、残疾人辅助器具等其他待遇按有关规定执行。

**第十三条** 按时足额缴纳城乡居民医保参保费用的参保人员门诊特殊病、住院所发生的医疗费用，经基本医保基金报销后，剩余的政策范围内个人自付费用可按规定享受大病保险待遇。

大病保险起付标准为 1.5 万元，补偿标准为：1.5 万元至 10 万元（含）报销比例为 60%；10 万元以上报销比例为 70%。参保人员属于符合规定的困难群体的，起付标准为 5000 元，5000 元至 10 万元（含）报销比例为 70%，10 万元以上报销比例为 80%。

**第十四条** 符合国家人口和计划生育政策的参保人员，因住院分娩发生的政策范围内符合规定的生育医疗费用纳入城乡居民医保基金支付范围，实行限额补助，限额标准 2000 元。低于限额补助标准的，按实补助；高于或等于限额补助标准的，按限额标准补助。

**第十五条** 异地长期居住人员和异地转诊人员需要在异地就医的，应按规定办理异地就医或转诊备案手续后，享受规定的待遇。按规定办理了异地就医备案的参保人员，各类统筹待遇与在本市内相同。

未按规定办理转诊或异地就医备案手续直接到市内二级及以上或市外定点医疗机构就诊的，除部分定额、限额结算的项目外报销比例在转诊待遇的基础上降低 10 个百分点。

**第十六条** 参保人员在市外旅游、因公出差、求学、探亲、回原户籍地等情形突发急、危、重病抢救或医疗机构认为须立即治疗，就近在市外医疗机构发生的急诊医疗费用，按照市内相同医疗机构等级的报销政策执行。

**第十七条** 以下费用医疗保险基金不予支付：

- (一) 应当从工伤保险基金中支付的费用；
- (二) 应当由第三人负担费用；
- (三) 应当由公共卫生负担的费用；
- (四) 在境外就医的费用；
- (五) 国家规定的医疗保险基金不予支付的其他费用。

## 第四章 经办和定点管理

**第十八条** 全市执行统一的经办服务规范，市医疗保障部门会同相关部门负责拟定全市统一的城乡居民医保参保登记、缴费申报、保费征缴、待遇支付、档案和财务管理等业务经办工作流程和服务规范。

**第十九条** 全市建立统一规范的内控机制、内部考核办法和医疗费用结算办法，提高标准化管理水平，推进实现一站式、一窗式服务模式。加强医疗保障公共服务标准化、信息化和便利化建设，明确各级经办机构职责，建立经办机构间分工协作的医疗服务监管机制。

**第二十条** 参保人员应持本人社会保障卡（或电子社保卡）在定点医药机构就医、购药。所发生的医药费用，属个人负担的部分由个人支付，其他由经办机构与协议定点医药机构按规定结算。未能实时结算的费用，可凭相关材料到参保地经办机构按规定结算。

**第二十一条** 全市执行统一的各类各级定点医药机构准入条件、评估规则、协议文本和考核办法，对申请纳入协议管理医药机构按照“自愿申请、现场验收、社会公示、协商签约”原则，执行统一的准入条件、评估规则和工作流程；明确权利责任义务，细化违约情形及相应处理措施。

**第二十二条** 经办机构与定点医疗机构结算医疗保险费用，实行以总额控制为基础，按病种付费与按床日付费、按人头付费、

按项目付费等相结合的多元复合式付费方式，探索开展按疾病诊断相关分组付费方式试点，市医疗保障部门会同市财政、卫健等部门可根据国家、省相关要求，另行制定医保付费办法，健全科学的总额控制管理制度并严格执行，保障基金安全可持续运行。

**第二十三条** 按照国家和省的规范和标准，建立统一的基本医疗保险业务信息系统。实现数据向上集中、服务向下延伸，满足基金统收统支、协议管理、经办服务、监督管理等要求。

## **第五章 基金管理**

**第二十四条** 城乡居民医保基金根据社会保险基金管理有关规定和“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，市级统一编制基金预、决算，下达所辖各市年度收支计划。基金统一纳入市级财政社保专户，实行“收支两条线”管理，专款专用，分级核算。

**第二十五条** 市级财政部门按规定开设市级基金财政专户，下设子账户，分别核算市级及所辖各市基金收支；市级及所辖各市经办机构开设基金支出户。全市税务部门征收的基金收入统一解缴市级国库。各级财政对城乡居民医保的补助统一缴入市级财政社保专户，原则上于每年6月底前上缴50%，9月底前完成各级财政补助的清算。各市（区）如未严格执行缴费政策形成的基金收入缺口，由各市（区）负责补足或追缴到位，确保基金安全、完整。

**第二十六条** 所辖各市要盘清基金结余账目，对于统筹前形成的债权、债务，由所辖各市实施清算，并负责处理统筹前历史遗留问题，市级牵头统一组织专项审计，确保基金安全。所辖各市按照 2019 年月均基金支出金额一次性预交 3 个月的周转金，剩余的累计结余基金可暂存放原统筹地区基金财政专户，由市级统一管理和调度使用。各区累计结余基金于今年年底前全额解缴至市级财政社保专户。

**第二十七条** 基金预算执行必须严格按照批准的预算和规定的程序执行，不得随意调整。在执行过程中因特殊情况需调整收支预算的，应当编制基金预算调整方案，按照社会保险基金预算调整程序经批准后执行。所辖各市年度收支计划因特殊情况需要调整的，需经市级相关部门审核和批准。

在预算年度内，所辖各市完成年度收支计划的，如当年基金收支相抵出现缺口，由市级通过缺口地区累计基金结余补足；如缺口地区基金累计结余不足的，由市级通过统筹累计结余补足；如市级统筹结余不足的，根据“以收定支、收支平衡”的原则适当调整医保政策。

**第二十八条** 所辖各市经办机构于每月末向市级经办机构书面申请下月基金用款计划，市级经办机构审核汇总后统一向市级财政社保专户申报月度用款计划，市级财政社保专户按月进行拨付。所辖各市月度用款由市级财政社保专户拨付至其财政专户，再由其财政专户拨付至具体支出户。

**第二十九条** 城乡居民医保基金不得用于平衡一般公共预算，不得挤占、调剂。城乡居民医保基金的收支、管理和投资运营全过程应当接受人大、审计相关行政部门以及社会的监督。

**第三十条** 医疗保障及相关部门应当依法履行监督职责，建立健全基金监督检查、运行风险预警、医疗保障信用档案等制度，畅通投诉举报渠道，规范执法检查程序，强化部门联动，共享基金监督信息，确保基金运营安全。

**第三十一条** 相关单位及其工作人员、参保人员违反有关医疗保障规定的，根据相关法律法规、服务协议等处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

## **第六章 附则**

**第三十二条** 本办法规定的缴费标准、起付标准、报销比例及封顶限额等政策，将根据城乡居民医保基金的运行情况以及社会经济发展水平，由市医疗保障部门会同有关部门适时调整，及时向社会公布。

**第三十三条** 本办法由市医疗保障局负责解释。

**第三十四条** 本办法自2021年1月1日起实施。