# **靖江市城乡居民医保政策**

****一、参保范围****

具有靖江市户籍的城乡居民或持有本市居住证（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等）应参加靖江市城乡居民基本医疗保险。各类学校（含托幼机构）就读的在校学生参加城乡居民基本医疗保险，不受户籍限制。

城乡居民基本医疗保险2023结算年度为2023年1月1日至12月31日。首次参加本市城乡居民医保的新入学学生，在集中缴费期内足额缴纳2023年度城乡居民基本医疗保险费，自2022年9月1日开始享受相应待遇。

****二、参保程序****

靖江市城乡居民（不含在校学生）持身份证、户口簿或居住证（外籍人员需持有《外国人永久居留身份证》），到户籍所在地或居住证领取地的镇（街道、园区、办事处）为民服务中心、社区（村）便民服务站等基层服务平台办理参保手续。

靖江市在校学生以学校为单位参加城乡居民基本医疗保险，由学校统一组织办理参保登记和个人保费代征缴工作；靖江市户籍18周岁以下不在校就读的少年儿童，由其家长或法定监护人持户口簿等资料到基层服务平台办理参保缴费手续。

靖江市重点医疗救助对象中的最低生活保障家庭成员、特困供养人员、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、低收入家庭中的重度精神病患者、残联认定的其他重残人员、总工会核定的特困职工、建国前老党员、独生子女死亡家庭中的夫妻、麻风病患者，个人缴费部分由政府全额资助，每年集中缴费期前统一办理参保手续。取消相应对象身份的，不再享受医疗救助待遇，不再享受资助参保，应自主缴纳城乡居民基本医疗保险费。

****三、缴费标准****

2023年，靖江市城乡居民个人缴费标准440元/人****（其中20元为长期护理保险费）；未成年人和在校学生个人缴费标准为220元/人****。

****四、医保缴费****

城乡居民未在集中缴费期参保缴费的，将从缴费到账3个月后享受待遇。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”参保，自参保缴费到账次日起享受待遇。当年出生的婴儿在出生后三个月内参保并足额缴纳相关年度费用，自其出生之日起发生的医疗费用按城乡居民基本医疗保险政策报销。

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；以灵活就业人员参加职工医保的，仅可在城乡居民医保集中缴费期变更，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，因生活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。

****五、就医程序****

****（一）基层首诊****

参保居民（不含在校学生和未成年人）应到门诊统筹定点医疗机构门诊就医，在定点社区卫生服务中心或卫生院住院就医，就医时应携带社会保障卡，在院端实时结算。

****（二）分级诊疗****

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（不含在校学生和未成年人）到泰州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。

****（三）转诊转院****

因医疗条件限制需要转诊泰州市外定点医疗机构就诊的，需经我市二级及以上具有转诊资质的定点医疗机构诊断后，参保人员在医院填写《靖江市基本医疗保险转外就医备案表》，由医院直接办理。因病情危急未办理转诊手续外出就诊的，应及时补办相应手续。未按规定办理转诊手续的，参保人员发生的医疗费用按照未转诊政策报销。

未按规定实行分级诊疗办理转诊手续直接到泰州市内二、三级及市外定点医疗机构就诊的，除部分定额、限额结算的项目外城乡居民基本医疗保险报销比例在转诊待遇的基础上降低10个百分点。

****（四）****

****异地安置、长住人员的备案****

参保人本人（或代办人）携带身份证、省社保卡、异地居住地的居住证，可以选择到各参保所属医保经办机构服务柜台、手机下载“江苏医保云”APP、国家异地就医备案微信小程序进行备案手续，选择异地备案的地级市即可。

不直接联网结算的备案人员，在异地就医时先行垫资，回泰州后到所属市区医保经办部门按照医保政策进行报销。

****六、享受待遇****

****（一）普通门诊****

参保人员在门诊统筹定点医疗机构及其社区卫生服务站（村卫生室）门诊就医，享受一般诊疗费待遇，门诊统筹基金支付8元/次和4元/次，一日内多次门诊统筹基金仅支付一次一般诊疗费。

****（二）门诊统筹待遇****

参保人员在门诊统筹定点医疗机构（包括在异地就医备案的就医地定点基层医疗机构）门诊就医，可享受门诊统筹待遇，在校学生和未成年人可在全市任一定点医疗机构就医。城乡居民（不含在校学生和未成年人）参保地的社区卫生服务中心（乡镇卫生院）为参保人员门诊统筹定点医疗机构。参保人员如因迁居或其他特殊原因，需变更门诊统筹定点医疗机构的，应在每年12月底前向原所属街道社区为民服务中心（便民服务中心）申请变更，原则上一个年度内不可变更。

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），在门诊统筹定点医疗机构发生的政策范围内的门诊医疗费用，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。其中对实行乡镇一体化管理的村卫生室、社区卫生服务站不设起付标准，年内累计最高报销150元。

****（三）意外伤害门诊待遇****

在校学生和未成年人参保后因意外伤害发生的政策范围内的门诊医疗费用在100元（含100元）以内的不予支付，100元以上部分按90%的比例予以报销，报销总额最高不超过8000元。

****（四）门诊慢性病****

居民医保门诊慢性病共47种，分为两类：

****一类门诊慢性病：****阿尔茨海默症、白塞氏病、癫痫、多发性肌炎/多发性皮肌炎、风湿性心脏病、干燥综合征、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、视网膜黄斑变性、糖尿病出现并发症、银屑病、原发性血小板增多症、原发性血小板减少症、真性红细胞增多症、自身免疫性肝炎、自身免疫性溶血性贫血、脑性瘫痪、心脏瓣膜置换术后、肺纤维化等共33种。

****二类门诊慢性病：****风湿性关节炎/类风湿性关节炎、肝硬化（失代偿期）、慢性病毒性肝炎、耐多药肺结核、强直性脊柱炎、系统性红斑狼疮、系统性血管炎、系统性硬化症、运动神经元病、再生障碍性贫血、重症肌无力、骨髓纤维化、骨髓增生异常综合症、颅内良性肿瘤等共14种。

参保人员按照规定经备案后，享受门诊慢性病待遇。一个结算年度内，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，起付标准为200元。超出200元的费用市内一级及以下定点医疗机构报销60%、二级及以上定点医疗机构报销50%；在市外定点医疗机构发生的符合本市居民医保门诊慢性病规定的门诊医疗费用，按规定办理异地就医备案的按照本地政策执行，办理转诊备案的报销比例为45%；未按规定办理异地就医、转诊备案的报销比例为35%。

门诊慢性病不设置药品目录限制，设立门诊慢性病居民医保统筹基金支付年度限额标准，一个结算年度内超出限额标准的费用由参保人员个人负担。年度限额标准为：一类慢性病2500元，二类慢性病5000元。参保人员患有两种及以上慢性病的限额标准为5000元。

门诊特殊病的辅助性治疗用药费用不设起付标准，报销比例和限额标准按照一类门诊慢性病标准执行。

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，在泰州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，在泰州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。

****（五）门诊特殊病报销****

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%。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。

****（六）门慢、门特备案****

参保人员携带病历资料（门诊病历或出院小结、病理报告等）到二级及以上定点医疗机构，填写《靖江市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病申请表》，经副主任以上医师签字，在定点医疗机构直接办理。

****（七）住院待遇****

****1、起付标准****

参保人员在市内一级定点医疗机构住院起付标准400元，市内二级定点医疗机构住院起付标准600元，市内三级定点医疗机构住院起付标准800元，市外转诊定点医疗机构1100元。年度内第二次及以上住院起付标准减半，但不低于400元；15日内因同一病种再次入院视同一次住院，如在不同级别医院住院，起付标准按就高原则收取，普通住院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；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一次起付标准。

****2、分段报销比例****

一个结算年度内，城乡居民医保参保人员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88%，二级报销72%，三级报销66%；6万至20万元的，报销66%；按照规定办理异地就医备案手续的，住院待遇与在市内就医相同，按转诊规定到泰州市外定点医疗机构报销61%。

****3、其他规定****

（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。

****（八）****

****城乡居民大病保险待遇****

城乡居民大病保险主要保障参保人员经城乡居民基本医疗保险报销后，个人负担超过一定水平的住院和门诊特殊病种的政策范围内医疗费用。政策范围内费用是指参保人员在定点医疗机构住院和特殊病种门诊发生的、符合《江苏省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》和《泰州市基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准》规定除自费费用以外的医疗费用、医保范围内体内植入材料超过结算封顶以上部分的费用。起付标准为1.5万元，个人自付的合规费用超过1.5万元以上部分的费用实行分段补偿。具体补偿标准为：1.5万元以上至10万元的部分，按60%的比例补偿；10万元以上部分的费用，按70%的比例补偿。医疗救助人员大病保险起付线标准为5000元，个人自付的合规费用超过5000元以上部分的费用实行分段补偿。具体补偿标准为：5000元以上至10万元的部分，按照70%的比例补偿；10万元以上部分的费用，按80%的比例补偿。结算年度从当年1月1日至12月31日。

****（九）生育待遇****

参保人员在医疗保险定点医院分娩发生的符合规定的生育的医疗费用，实行限额补助支付2000元。政策范围内住院分娩医疗费用低于限额补助标准的，按实补助；高于限额补助标准的，按限额标准补助。

****七、医疗费用报销办法****

参保人员在异地已实现联网结算的定点医疗机构就医的，应优先使用本人医保电子凭证或社会保障卡在定点医疗机构实时结算；在未实现实时结算的定点医疗机构就医的，医疗费用先由本人垫付，后凭住院发票原件、费用明细清单、出院小结（或出院记录）、社会保障卡和转诊（或异地就医）审批表等材料到医疗保险经办机构按规定报销。