

淮 安 市 医 疗 保 障 局
淮 安 市 财 政 局
淮 安 市 卫 生 健 康 委 员 会
淮 安 市 人 力 资 源 和 社 会 保 障 局
国 家 税 务 总 局 淮 安 市 税 务 局
中 国 人 民 银 行 淮 安 市 中 心 支 行
淮 安 市 民 政 局
淮 安 市 农 业 农 村 局
淮 安 市 退 役 军 人 事 务 局
淮 安 市 残 疾 人 联 合 会
淮 安 市 总 工 会
淮 安 市 审 计 局

文件

淮医保发〔2019〕96号

关于印发基本医疗保险和生育保险 市级统筹实施办法的通知

各县区医疗保障局、财政局、卫生健康委、人力资源和社会保障局

障局、税务局、人民银行、民政局、农业农村局、退役军人事务局、残联、总工会、审计局：

为推进基本医疗保险和生育保险市级统筹工作，根据《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）《市政府办公室关于淮安市基本医疗保险和生育保险市级统筹的实施意见》（淮政办发〔2019〕35号）精神，结合我市实际，经市政府同意，现将《淮安市职工基本医疗保险和生育保险市级统筹实施办法（试行）》、《淮安市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。

附件：1、淮安市职工基本医疗保险和生育保险市级统筹实施办法（试行）

2、淮安市城乡居民基本医疗保险市级统筹实施办法（试行）

淮安市医疗保障局



淮安市财政局



淮安市卫生健康委员会



淮安市人力资源和社会保障局





国家税务总局淮安市税务局



中国人民银行淮安市中心支行



淮安市人民政府



淮安市农业农村局



淮安市退役军人事务局



淮安市残疾人联合会



淮安市总工会



淮安市审计局

2019年12月24日

(此件公开发布)

附件 1

淮安市职工基本医疗保险 和生育保险市级统筹实施办法（试行）

第一章 总 则

第一条 【制定依据】 为进一步完善我市职工基本医疗保险和生育保险制度，提升职工基本医疗保险和生育保险统筹层次，增强医疗保险和生育保险基金抵抗风险能力，增强制度公平性，提高医疗保障和生育保障水平，维护参保人员合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《国务院关于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定》（国发〔1998〕44号）《江苏省职工生育保险规定》（省政府令第94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）等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 【市级统筹】 职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）和生育保险实行市级统筹，分级管理。全市统一基本政策、统一待遇标准、统一基金管理、统一经办管理、统一定点管理、统一信息系统。

职工医保和生育保险合并实施。

第三条 【基本原则】 坚持以收定支，收支平衡，略有结余的原则；坚持统筹基金与个人账户相结合的原则；坚持职责

权限明晰，预算管理统一的原则；坚持待遇平稳衔接的原则。

第四条 【职责分工】市医疗保障部门主管全市职工医保和生育保险工作，各县区医疗保障部门应做好本辖区内职工医保和生育保险工作。

税务、财政、卫生健康、人力资源社会保障、审计、人民银行等部门按照各自职责做好职工医保和生育保险的相关工作。

第二章 基金征缴

第五条 【参保范围】本市行政区域内的职工应当参加职工医保和生育保险。

外市户籍人员在本市就业的，可以参加职工医保和生育保险。无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（以下统称灵活就业人员），可以参加职工医保。

第六条 【缴费费率】职工医疗保险费由用人单位和职工按照规定共同缴纳。用人单位以本单位职工工资总额为缴费基数，按8%的比例缴纳；职工以本人工资为缴费基数，按2%的比例缴纳。

职工生育保险费由用人单位以本单位职工工资总额为缴费基数，按0.9%的比例缴纳。

职工医保和生育保险费的最低缴费基数，参照企业职工养老保险缴费基数执行。

灵活就业人员参加职工医保，按照规定缴费基数10%的比

例缴纳，应于每年12月31日前一次性缴纳下一年度医疗保险费。灵活就业人员被单位录用且参加职工医保的，可退还单位缴费之月起至年底预缴的医疗保险费。

第七条 【大病保险】 用人单位须全员参加职工大病保险，大病保险基金原则上由用人单位按照每人每月8元标准缴纳。职工退休后大病保险基金可按月缴纳，也可一次性缴至当地平均生存年限。

灵活就业人员参加职工医保的，须同时参加大病保险。

第八条 【登记缴费】 用人单位应当自用工之日起30日内，为其职工向社会保险经办机构办理医疗保险和生育保险登记，按月足额向税务部门缴纳医疗保险和生育保险费。税务部门应当在规定的时间内，向医保经办机构提供征收情况。

第九条 【补缴年限】 到达退休年龄的职工基本医疗保险参保人员，退休前处于连续参保状态，且累计缴费年限男满25年，女满20年，实际缴费年限达10年（含10年）以上的，退休后不再缴纳基本医疗保险费，享受退休人员医疗保险待遇。

办理退休手续并享受养老保险待遇，但未达到以上规定年限的参保人员，可按规定的缴费基数、用人单位的缴费费率，一次性缴纳到规定年限后，享受退休人员医疗保险待遇；或选择按规定的缴费基数、用人单位与职工个人缴费费率之和，连续缴费至上述规定年限，其连续缴费期间，享受在职人员医疗保险待遇。退休时补缴医疗保险的费用，劳动合同有约定的按约定执行；没有约定的，劳动关系存续期间由用人单位负责，

其他的由个人负责。

第十条 【清偿标准】 用人单位因破产、撤销、解散或其他原因终止的，应按规定清偿欠缴的医疗保险费和生育保险费。退休人员基本医疗保险费和大病保险费可一次性补足至规定年限。

第三章 医保待遇

第十一条 【待遇享受期】 用人单位按时足额缴纳职工医保和生育保险费后，参保人员享受相应待遇。

参保人员离职后，三个月内以灵活就业人员身份参加职工医保的，不设待遇等待期；三个月后办理参保登记缴费的，可使用个人账户资金，连续缴费满6个月后享受医保统筹基金待遇。

第十二条 【个人账户】 职工医保个人账户资金，由医保经办机构按月划拨。

(一) 职工个人缴纳的基本医疗保险费，全部计入个人账户。

(二) 用人单位缴纳的基本医疗保险费，按以下比例划入个人账户：35周岁及其以下的职工，按个人月工资收入的1.2%计入个人账户；35-50周岁（含50周岁）的职工，按个人月工资收入的2.0%计入个人账户；50周岁以上，按个人月工资的3.0%计入个人账户；退休人员按其月养老金的5.5%计入个人账户。

(三) 个人账户资金按以下规定范围支付：支付门诊医疗费用；支付本人住院治疗中统筹基金负担以外自付的医疗费用；

支付定点零售药店购买药品、消杀类产品和医疗器械的费用。

第十三条 【门诊特定病种】 门诊特定病种实行“定医疗机构、定诊疗范围、定费用限额”管理。参保人员在门诊治疗特定病种发生的合规医疗费用，起付标准以上、限额标准以内的，由职工医保基金按住院比例支付。门诊特定病种经专家评审确认，实行分类管理，其中5、6、7类门诊特定病种原则上在二级综合医院及三级医院办理。

(一) 起付标准：精神类疾病300元，其他病种在一级医疗机构500元，二、三级医疗机构750元。

(二) 限额标准：

1类病种限额2000元，包括结核病（活动期）、艾滋病。

2类病种限额3000元，包括冠心病、心肌病、风湿性心脏病、高血压Ⅲ级（极高危组）、重症肌无力、帕金森病、癫痫、阿尔茨海默病、I型糖尿病、II型糖尿病（有并发症）、间质性肺炎、精神类疾病、白塞氏病、多发性肌炎、强直性脊柱炎、溃疡性结肠炎、血小板减少症、慢性肾脏病（CKD3-5期）。

3类病种限额6000元，包括非病毒性肝炎（含肝硬化）、类风湿性关节炎、结缔组织病、干燥综合征、系统性硬化症。

4类病种限额1万元，包括恶性肿瘤术后（确诊当年、确诊后第1-3年限额为1万元，确诊后第4-5年限额为6000元，确诊后第6年及以后限额为3000元），冠心病安装支架、冠状动脉搭桥、心脏换瓣、其他血管介入术后抗凝治疗（一年）。

5类病种限额2万元，包括再生障碍性贫血、恶性肿瘤内

分泌治疗、血友病（中、重型为8万元）。

6类病种限额15万元，包括器官组织移植术后抗排异治疗、系统性红斑狼疮、尿毒症（透析治疗）、病毒性肝炎（含肝硬化）、恶性肿瘤门诊放化疗、克罗恩病。

7类病种限额20万元，包括地中海贫血。

患有两种或两种以上门诊特定病种的，限额标准按照主病种全额、次病种减半计算。

符合政策规定的其他病种，可适时调整。

第十四条 【住院医疗待遇】 参保人员在一个结算年度内发生合规医疗费用，起付标准以上、统筹基金最高支付限额以下的，由职工医保基金按比例支付。

（一）起付标准：在一、二、三级医疗机构年度内首次住院的，起付标准分别为400元、600元、1000元，同一年度内多次住院的，按所住医院起付标准依次递减200元，最低200元。

血液透析、恶性肿瘤放化疗、精神病患者自然年度内在市内定点医疗机构住院，只承担首次住院起付标准，其中精神病患者为300元；传染病患者住院按规定起付标准50%执行。

参保人员在市内住院治疗期间因病情需要，由下级医院转至上级医院治疗的，起付标准采用补足差额的方式进行结算；上级医院转至下级医院治疗的，不再承担起付标准。

（二）支付比例：起付标准以上，2万元以下（含2万元）的部分，在职人员为90%，退休人员为95%；2万元-6万元（含6万元）的部分，在职人员为95%、退休人员为97.5%；6

万元以上部分，在职及退休人员均为 90%。

符合政策规定的急诊抢救医疗费用，由职工医保基金按规定支付。

在一个自然年度内，职工医保统筹基金最高支付限额为 31 万元。最高支付限额由市医疗保障部门与市财政部门根据我市职工年平均工资水平适时调整。

第十五条 【建国前老工人医疗补助】适当增加建国前老工人个人账户资金和提高住院费用统筹基金支付比例。

(一) 个人账户每年增加 300 元。

(二) 住院（含家庭病床）、门诊特定病种、日间手术、特药等项目中的合规医疗费用个人自付部分，由职工医保基金支付 50%。

第十六条 【家庭病床】因中风瘫痪、恶性肿瘤晚期、严重心肺功能疾患等行动不便且符合住院条件的参保人员，可以办理家庭病床。家庭病床待遇参照住院医疗待遇。

第十七条 【日间手术】日间手术是指经手术并恢复观察后，在 48 小时内出院的诊疗服务模式。参保人员在市内一、二、三级定点医疗机构采用日间手术治疗的，结算时不设起付标准，根据我市基本医疗保险日间手术病种结算标准（另行制定），由职工医保基金分别支付 90%、85%、80%。

第十八条 【特药待遇】经省、市医疗保障部门确定纳入我市医疗保险特药管理范围的药品，按规定办理申请手续，在特药定点药店购药的，由职工医保基金支付 70%；其中，苏人

社发〔2017〕346号文件发文前已纳入医保特药管理范围的药品，由职工医保基金支付75%；个人负担部分不计入大病保险支付范围。

第十九条 【转外就医】 参保人员按规定程序转诊，在市内外定点医疗机构住院治疗的，其待遇保持不变；县区参保人员未按规定程序转诊在市级三级定点医疗机构住院治疗的，在正常待遇基础上下降15%；未按规定程序转诊在市外定点医疗机构住院治疗的，在正常待遇基础上下降20%。

参保人员因精神病在市第三人民医院、传染病在市第四人民医院住院治疗的，无需办理转诊手续，医保待遇按有关规定执行。

参保人员外出期间，因突发急、危、重病抢救需立即治疗，就近在非参保地医疗机构发生的急诊医疗费用，凭急诊病历、诊断证明等材料，按照参保地相应等级医疗机构的标准支付。

第二十条 【异地就医】 异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员，在参保地医保经办机构办理异地就医备案手续后，按照参保地相应等级医疗机构的标准支付住院医疗费用。

第二十一条 【生育保险待遇】 生育保险待遇按照《江苏省职工生育保险规定》（省政府令第94号）执行，包括生育医疗费用、生育津贴和一次性营养补助。生育医疗费用包括生育的医疗费用、计划生育的医疗费用以及法律、法规规定的其他项目费用。

生育的医疗费用包括参加生育保险的职工在妊娠和分娩住院期间，因产前检查、住院分娩或者因生育而引起的流产、引产，所发生的符合生育保险规定的医疗费用。其中，参保职工在我市定点医院进行产前门诊检查的，按照 1000 元的限额标准支付。

计划生育的医疗费用包括参加生育保险的职工实施放置或者取出宫内节育器、人工流产术或者引产术、输卵管或者输精管结扎以及复通手术等，所发生的符合生育保险规定的医疗费用。其中，放置宫内节育器按 150 元的限额标准支付，取出宫内节育器按 200 元的限额标准支付，门诊人工流产费用按 500 元的限额标准支付，输卵管或者输精管结扎以及复通手术按 300 元的限额标准支付。

职工未就业配偶按照我市规定的生育医疗费用标准的 50% 享受待遇。职工未就业配偶参加我市城乡居民基本医疗保险的，应当按照城乡居民基本医疗保险政策享受相关医疗待遇。

第二十二条 【大病保险待遇】参加大病保险的人员，享受以下待遇：

（一）职工医保统筹基金最高支付限额以上的合规医疗费用，由大病保险基金支付 90%。

（二）参保人员在一个结算年度内经职工医保基金支付后，个人负担的住院（含家庭病床）、门诊特定病种、日间手术合规医疗费用，超过大病保险起付标准的，由大病保险基金按以下比例支付：6 万元以下（含 6 万元）的部分，按 60% 比例支

付；6万元至10万元（含10万元）的部分，按70%比例支付；10万元以上的部分，按85%比例支付。

大病保险支付不设最高支付限额，大病保险办法另行制定。

第二十三条 【不予支付情形】 下列医疗费用不纳入职工医保基金支付范围：

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. 国家和省规定不予补偿的其他情形。

第四章 医保关系管理

第二十四条 【中断期间待遇规定】 灵活就业人员中断缴费后再次缴费的，视同首次参保。

用人单位及其职工欠缴医疗保险费的，从欠费的第4个月起暂停相应的医疗保险统筹待遇。

用人单位及其职工在足额补缴医疗保险费并由用人单位缴纳滞纳金后，可继续享受医疗保险统筹待遇。单位及其职工补缴职工医疗保险费后，可以补记缴费年限。

第二十五条 【医保关系转移接续】 职工医保关系原则上应与养老保险关系相一致，驻淮部省属机关、企事业单位除外。医疗保险关系变动时，用人单位或本人应及时到医疗保险经办机构按规定办理医保关系转移接续手续。

(一) 参保人员转移医疗保险关系的,个人账户结余资金随同转移,无法转移个人账户资金的一次性结算给本人。

(二) 灵活就业人员在3个月(含3个月)内转移接续医保关系并补缴中断期间医疗保险费的,视作连续参保,缴费年限合并计算,享受相应的医保待遇;中断医保关系3个月以上的,中断期间的医疗保险费不予补缴,原参保缴费年限累计计算,待遇按首次参保规定执行。

第二十六条 【医保关系终止】 参保人员因死亡或其他原因,用人单位或其近亲属应及时到医疗保险经办机构办理注销手续。死亡人员个人账户计算至死亡当月,余额部分依法继承。

第五章 医药服务管理和费用结算

第二十七条 【协议管理】 定点医药机构实行协议管理,市医疗保障部门负责拟定全市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。

第二十八条 【目录管理】 各级医保经办机构、定点医药机构应当严格执行国家和省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施标准、特殊医用材料目录等规定以及全市统一的支付标准。

第二十九条 【就医购药】 参保人员应持卡至定点医药机构就医购药,医保待遇通过划卡结算,属医保基金支付范围的,由各级医保经办机构与定点医药机构按规定结算。

第三十条 【信用评定】 各级医保经办机构应根据各定点

医药机构协议履行和医保稽核情况，进行医保信用等级评定。信用等级评定结果与定点医药机构稽核管理、年终决算相挂钩。

第三十一条 【信息管理】 各定点医疗机构应按医疗保险联网结算及实时控费的监管要求，建设规范的医院信息网络系统，配备与之相适应的信息管理软硬件，做好与医保信息系统对接工作，遵守信息技术及信息安全规定，按照协议要求及时上传医疗保险所需相关信息。

第三十二条 【结算办法】 医保经办机构与定点医疗机构实行总额控制下的按病种分值付费为主，按病种、床日等多元复合式付费办法结算医疗费用。

医保经办机构在受理定点医疗机构费用结算申报之日起二个月内完成基金拨付，年终结算应在次年4月底前完成。

第三十三条 【经办服务】 全市统一职工医保和生育保险经办服务。

（一）各医药机构向行政区划所在地医保经办机构申请医保定点，所在地医保经办机构负责医药机构定点申请评估工作，符合条件的报市医保经办机构公示并备案。通过公示的由所在地医保经办机构与其签订协议，严格履行各自的权利和义务。一地定点，市内公认。

（二）参保人员申请门诊特定病种、家庭病床、特药、生育等待遇的，向参保地医保经办机构提交相关材料，由参保地医保经办机构负责审核、经办，并报市医保经办机构备案。

第三十四条 【结算年度】 职工医保结算年度为每年1月

1日至12月31日。

第六章 基金管理和监督

第三十五条 【管理模式】 职工医保基金按照“统一管理、分级征缴，统一使用、分级核算，统一监管、分级负责”的管理体制，实行统收统支。市医疗保障部门会同财政部门负责职工医保基金的管理。市、县区医保经办机构负责基金的核算和待遇支付等工作。

第三十六条 【专户管理】 职工医保基金纳入社会保险基金财政专户，实行收支两条线管理，单独列账，专款专用。市、县区医保经办机构设立职工医保基金支出账户并建立规范的监管制度。

第三十七条 【收支管理】 税务部门做好职工医保和生育保险的征收工作，医保部门予以配合。各级人民银行于征缴当月倒数第二个工作日，将当月已征缴的职工医保基金、生育保险基金归集至在人民银行开设的“XX 财政局待划转社会保险费”账户。各县区财政部门于征缴当月最后一个工作日，向人民银行开具划转“10203 - 职工基本医疗保险基金收入和 10205 - 生育保险基金收入”至市社会保险基金专户的划转凭证。市、县区人民银行在收到财政部门划转凭证的同时，将其转入市社会保险基金专户。其他应由县区政府安排的特殊参保人员参保费用也须及时划入市级社保基金专户，划款时间及金额由市医保部门、财政部门确定。

每月20日前，各县区医保经办机构将经县区医疗保障、财政部门审定的次月用款计划上报市医保经办机构汇总，由市医疗保障部门审核后发送市财政部门拨付。市财政部门须及时将基金拨付到市职工医疗保险基金和生育保险基金支出户，由市医保经办机构分解到各县区，确保基金按时支付。

第三十八条 【预决算管理】 严格职工医保收支预算管理，建立健全职工医保基金风险控制机制。坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则编制基金预决算，原则上不得编制赤字预算。每年各县区医疗保障部门会同财政、税务部门结合本地实际，提出预算建议，按照有关规定上报，经政府审核通过、市人代会批复后执行。同时根据预算数据编制年度收支计划下达各县区并进行考核。

严格收支预算执行。职工医保基金预算应严格按照批准的预算和规定的程序执行，不得随意调整。各县区医保经办机构应按规定报告预算执行情况。在执行中因特殊情况需要增加支出或减少收入，各县区经办机构应编制职工医保基金预算调整方案，按社会保险基金预算调整程序，经批准后执行。预算年度终了，由市医保经办机构会同财政部门，根据当年执行情况，统一编制社会保险基金决算。

第三十九条 【建立周转金制度】 财政部门根据各地上年度基金月平均支出水平，每年可多拨付1个月的支出数作为周转金使用。

第四十条 【历年结余暂存】 实施市级统筹前原各统筹地

区应对基金进行清算，审计部门对基金结余以及债权、债务等情况进行审计并予以清理。全市统筹后，各地 2019 年末社保基金专户累计结余作为市级统筹基金结余组成部分，变更名称后可暂存放原统筹地区，由市统一管理和调度使用。

第四十一条 【赤字调剂】对完成年度征缴任务、医疗支出适度、当年基金收支相抵出现缺口的县区，经市医疗保障部门、市财政部门同意，从累计结余基金中予以弥补。累计结余不足的，由市级根据“以收定支、收支平衡”的原则调整医保政策。县区未按规定严格执行缴费政策的基金收入缺口，由同级政府负责补足或追缴到位，确保基金健康平稳运行。

第四十二条 【风险预警】利用医保信息化平台，构建基本医疗保险基金运行分析和风险预警系统，加强对基金运行、基金结余等情况分析研判，强化对医疗服务的实时监控力度，确保基金安全。

第四十三条 【监督管理】职工医保基金的筹集、管理、使用应当接受人大、财政、审计等部门的监督。

医疗保障部门应当建立健全有关投诉、检查、监督等考核管理制度，严肃查处违反职工医保管理规定、骗取医保基金的行为，追究相关人员的责任。卫生健康部门应切实加强对医疗机构的监管，规范诊疗行为，督促指导医疗机构做好医疗服务。

医保经办机构对参保人员在定点医药机构发生的医药费用应当加强检查和审核，严格执行医疗生育保险政策规定和履行医疗保险服务协议，对违规行为依照协议处理。

第七章 附 则

第四十四条 【企业补充医疗保险】 鼓励有条件的用人单位，在参加职工基本医疗保险的基础上，建立企业补充医疗保险，企业补充医疗保险费在工资总额4%以内的部分，可直接从成本中列支。企业补充医疗保险办法，经用人单位职工代表大会或职工大会讨论通过后实施。

第四十五条 【特殊人员待遇】 离休人员、一至六级革命伤残军人的医疗保险办法按原规定执行。

公务员医疗补助方案、医疗救助办法等另行制定。

第四十六条 【施行日期】 本办法自2020年1月1日起施行。原市职工医保和生育保险有关规定与本办法相抵触的，按本办法执行。

第四十七条 【办法解释】 本实施办法由市医疗保障局、市财政局、市税务局共同负责解释。

淮安市城乡居民基本医疗保险 市级统筹实施办法（试行）

第一章 总 则

第一条 【制定依据】 为进一步完善我市城乡居民基本医疗保险制度，提升城乡居民基本医疗保险统筹层次，发挥基金统筹共济功能，增强城乡居民基本医疗保险基金抵抗风险能力，增强制度公平性，提高医疗保障水平，维护参保人员合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《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）等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 【市级统筹】 城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）实行市级统筹，分级管理。全市统一基本政策、统一待遇标准、统一基金管理、统一经办管理、统一定点管理、统一信息系统。

第三条 【基本原则】 坚持以收定支，收支平衡，略有结余的原则；坚持政府补助和个人缴费相结合的原则；坚持职责权限明晰，预算管理统一的原则；坚持待遇平稳衔接的原则。

第四条 【职责分工】 市医疗保障部门主管全市居民医保工作，各县区医疗保障部门应做好本辖区内居民医保工作。

税务、财政、卫生健康、人力资源社会保障、民政、农业农村、退役军人事务、残联、工会、审计等部门按照各自职责做好居民医保的相关工作。

乡镇人民政府、街道办事处具体承担居民医保的组织、筹资和宣传工作。村民委员会、居民委员会协助乡镇人民政府、街道办事处做好具体承办工作。

第二章 基金征缴

第五条 【参保范围】 凡未参加职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”），且符合下列条件之一的人员，应当参加居民医保：一是具有本市户籍的居民；二是在本市取得居住证且未参加基本医疗保险的常住人口。持永久居住证的外籍人员，可在居住地参加居民医保。

第六条 【筹资标准】 居民医保基金实行政府补助和个人缴费相结合，全市统一筹资标准。

建立居民医保筹资标准动态调整机制，合理划分政府与个人的筹资责任。具体筹资标准由市医疗保障部门、市财政部门商定，报市政府同意后公布执行。

第七条 【登记缴费】 居民医保实行年度缴费，集中登记。集中缴费期原则上为每年的9月至12月。缴费方式主要有微信、支付宝、银行端缴费等。

全市范围内各类全日制高等学校中接受普通高等学历教育的全日制本专科生（以下简称“大学生”）以学校为单位参加

居民医保，其他居民以社区、所在乡镇行政村为单位，办理参保登记和个人保费代征工作。

最低生活保障家庭成员、特困供养人员、具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者、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、县区总工会核定的特困职工等省定七类重点医疗救助对象、丧失劳动能力的残疾人以及建档立卡低收入人口参加居民医保的，个人缴费部分由财政全额补助；对各地拓展的医疗救助对象参加居民医保的，个人缴费部分由当地财政给予适当补助。所在县区的民政、农业农村、退役军人事务、残联、工会等部门应及时准确将补助对象名单提供给当地医保经办机构，由医保经办机构统一提供给财政部门、税务部门。财政部门将补助资金直接缴入社会保险基金专户。

第三章 医保待遇

第八条 【待遇享受期】参保人员按时缴费的，于次年 1 月 1 日至 12 月 31 日享受医保待遇。

居民在集中缴费期次年 1 月 1 日以后参保缴费的，应按当年筹资总额参保缴费，自参保缴费之日起 6 个月后享受医保待遇。省定七类重点医疗救助对象、丧失劳动能力的残疾人和建档立卡低收入人群不设待遇等待期。

退役的士兵、当年度大学毕业生、刑满释放人员、参加职工医保因劳动关系终止或其他原因中止医疗保险关系的人员，

应自退役、毕业、户口迁入、刑满释放、劳动关系终止之日起3个月内申请参加居民医保，并按当年筹资总额参保缴费，自缴费之日起享受医保待遇。

新生儿在出生后3个月内参保的，按出生当年筹资总额缴费，自出生之日起享受出生当年居民医保待遇；超过3个月参保的，自参保缴费之日起享受医保待遇。

参保人员在待遇享受期内实现就业并参加职工医保或因其他原因终止居民医保关系的，自享受职工医保待遇之日或终止居民医保关系之日起不再享受居民医保待遇，已缴纳的居民医保费不予退还。

第九条 【门诊医疗待遇】 门诊医疗待遇包括门诊统筹和门诊特定病种。

(一) 普通门诊统筹。参保人员一个统筹年度内在首诊医疗卫生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普通门诊（急诊）医疗费用和产前检查医疗费用，居民医保基金支付比例为50%（其中一般诊疗费支付比例为70%），年度内最高补偿限额为300元。

纳入家庭医生签约服务管理的参保人员，一个统筹年度内门诊最高补偿限额为400元。

(二) 门诊特定病种。门诊特定病种实行“定医疗机构、定诊疗范围、定费用限额”管理。门诊特定病种经专家评审确认。

1. 起付标准：精神类疾病300元，其他病种在一级医疗机

构 500 元，二、三级医疗机构 750 元。

2. 限额标准：结核病（活动期）、艾滋病，限额 2000 元；冠心病、高血压Ⅲ级（极高危组）、重度糖尿病、精神类疾病、帕金森病、癫痫、支架（搭桥）术后抗凝治疗（一年）、恶性肿瘤术后，限额 3000 元；非病毒性肝炎（含肝硬化），限额 6000 元；恶性肿瘤内分泌治疗，限额 8000 元；脑瘫儿童医疗康复限额：3 岁前 10000 元，3 岁后 6000 元，康复年限不超过 5 年；再生障碍性贫血，限额 15000 元；轻型血友病限额 20000 元，中（重）型血友病限额 80000 元；儿童苯丙酮尿症，0-6 周岁 22000 元，7-13 周岁 29000 元，14-18 周岁 36000 元；恶性肿瘤门诊放化疗、系统性红斑狼疮、尿毒症（透析治疗）、器官组织移植术后抗排异治疗、病毒性肝炎（含肝硬化）限额 15 万元。

患有两种或两种以上门诊特定病种的，限额标准按照主病种全额、次病种减半计算。

3. 支付比例：参保人员在门诊治疗特定病种发生的合规医疗费用，起付标准以上、限额标准以内的，由居民医保基金按相应等级医疗机构住院比例支付。其中血友病在三级定点医疗机构办理的，按二级医疗机构标准支付；儿童苯丙酮尿症基金支付比例为 70%。

（三）高血压糖尿病门诊用药管理办法另行制定。

第十条 【住院医疗待遇】 参保人员在一个结算年度内发生的合规医疗费用，起付标准以上、统筹基金最高支付限额以

下的，由居民医保基金按比例支付。

(一) 起付标准：在市内一、二、三级和市外定点医疗机构住院治疗的，起付标准分别为 300 元、600 元、900 元和 1200 元。

血液透析、恶性肿瘤放化疗、精神病患者自然年度内在市内定点医疗机构住院治疗的，只承担首次住院起付标准，其中精神病患者为 300 元；传染病患者住院按规定起付标准 50% 执行。

(二) 支付比例：参保人员在一、二、三级定点医疗机构住院期间发生的合规医疗费用，居民医保基金支付比例分别为 85%、75%、65%。

省定七类重点医疗救助对象和丧失劳动能力的残疾人住院医疗费用起付标准降低 50%，支付比例在原有比例的点数上提高 5 个百分点。

符合政策规定的急诊抢救医疗费用，由居民医保基金按规定支付。

一个自然年度内，居民医保统筹基金最高支付限额为 24 万元。最高支付限额由市医疗保障部门与市财政部门根据我市城乡居民可支配收入等因素适时调整。

第十一条 【生育医疗待遇】 参加居民医保的女性居民在医保定点医疗机构发生的、符合计划生育政策和生育保险规定的住院医疗费用纳入居民医保基金支付范围，按居民医保住院标准支付。

第十二条 【大学生假期待遇】大学生寒暑假期间在外地定点医疗机构住院医疗费用，按照参保地相应等级医疗机构的标准支付。

第十三条 【日间手术】日间手术是指经手术并恢复观察后，在48小时内出院的诊疗服务模式。参保人员在市内一、二、三级定点医疗机构采用日间手术治疗的，结算时不设起付标准，根据我市基本医疗保险日间手术病种结算标准（另行制定），由居民医保基金分别支付80%、75%、70%。

第十四条 【特药待遇】经省、市医疗保障部门确定纳入我市医疗保险特药管理范围的药品，按规定办理申请手续，在特药定点药店购药的，由居民医保基金支付60%；其中，苏人社发〔2017〕346号文件发文前已纳入医保特药管理范围的药品，由居民医保基金支付70%；个人负担部分不计入大病保险支付范围。

第十五条 【转外就医】参保人员按规定程序转诊，在市内外定点医疗机构住院治疗的，支付比例在原有比例的点数上下下降5个百分点；未按规定转诊直接在本市市直及市内其他县区定点医疗机构住院治疗的，支付比例在原有比例的点数上下下降15个百分点；未按规定转诊在市内外定点医疗机构住院治疗的，支付比例在原有比例的点数上下下降20个百分点。

参保人员因精神病在市第三人民医院、传染病在市第四人民医院住院治疗的，无需办理转诊手续，医保待遇按有关规定执行。

参保人员外出期间，因突发急、危、重病抢救需立即治疗，就近在非参保地医疗机构发生的急诊医疗费用，凭急诊病历、诊断证明等材料，按照参保地相应等级医疗机构的标准支付。

第十六条 【异地就医】 异地长期居住人员、常驻异地工作人员，在参保地医保经办机构办理异地就医备案手续后，住院医疗费用基金支付比例按照参保地相应等级医疗机构的标准执行。

第十七条 【大病保险待遇】 居民大病保险筹资从居民医保基金中划拨。参保人员在一个结算年度内经居民医保基金支付后，个人负担的住院、门诊特定病种、日间手术合规医疗费用，超过大病保险起付标准的，由居民大病保险基金按以下比例支付：6万元以下（含6万元）的部分，按60%比例支付；6万元至10万元（含10万元）的部分，按70%比例支付；10万元以上的部分，按85%比例支付。

大病保险支付不设最高支付限额，大病保险办法另行制定。

第十八条 【不予支付情形】 下列医疗费用不纳入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. 国家和省规定不予补偿的其他情形。

第四章 医药服务管理和费用结算

第十九条 【协议管理】 定点医药机构实行协议管理，市医疗保障部门负责拟定全市统一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。

第二十条 【目录管理】 各级医保经办机构、定点医药机构应当严格执行国家和江苏省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施标准、特殊医用材料目录等规定以及全市统一的支付标准。

第二十一条 【就医管理】 参保人员就医实行基层首诊、分级诊疗、转诊审批、双向转诊的制度。首诊医疗机构为所属县区内乡镇卫生院（社区卫生服务中心，含所属的村卫生室、社区卫生服务站）或承担基本公共卫生相同服务职能的其他医疗机构。参保人员应持卡至定点医疗机构就医，定点医疗机构应当为其提供优质、规范的医疗服务。

第二十二条 【信用评定】 各级医保经办机构应根据各定点医药机构协议履行和医保稽核情况，进行医保信用等级评定。信用等级评定结果与定点医药机构稽核管理、年终决算相挂钩。

第二十三条 【信息管理】 各定点医疗机构必须按医疗保险联网结算及实时控费的监管要求，建设规范的医院信息网络系统，配备与之相适应的信息管理软硬件，做好与医保信息系统对接工作，遵守信息技术及信息安全规定，按照协议要求及时上传医疗保险所需相关信息。

第二十四条 【结算办法】 医保经办机构与定点医疗机构实行总额控制下的按病种分值付费为主，按病种、床日、人头等多元复合式付费办法结算医疗费用。

医保经办机构在受理定点医疗机构费用结算申报之日起二个月内完成基金拨付，年终结算应在次年4月底前完成。

第二十五条 【经办服务】 全市统一居民医保经办服务。

(一) 各医疗机构向行政区划所在地医保经办机构申请医保定点，所在地医保经办机构负责医疗机构定点申请评估工作，符合条件的报市医保经办机构备案并公示。通过公示的由所在地医保经办机构与其签订协议，并严格履行各自的权利和义务。一地定点，市内共认。

(二) 参保人员申请门诊特定病种、特药等待遇的，向参保地医保经办机构提交相关材料，由参保地医保经办机构负责审核、经办。

第二十六条 【结算年度】 居民医保结算年度为每年1月1日至12月31日。

第五章 基金管理和监督

第二十七条 【管理模式】 居民医保基金按照“统一管理、分级征缴，统一使用、分级核算，统一监管、分级负责”的管理体制，实行统收统支。市医疗保障部门会同财政部门负责居民医保基金的管理。各县区医保经办机构负责基金的核算和待遇支付等工作。

第二十八条 【专户管理】居民医保基金纳入社会保险基金专户，实行收支两条线管理，单独列账，专款专用。各县区医保经办机构设立居民医保基金支出账户并建立规范的监管制度。

第二十九条 【收支管理】税务部门做好居民医保的征收工作，医保部门予以配合。各级人民银行于征缴当月倒数第二个工作日，将当月已征缴的城乡居民基本医疗保险收入归集至在人民银行开设的“XX 财政局待划转社会保险费”账户。各县区财政部门于征缴当月最后一个工作日，向人民银行开具划转“10212—城乡居民基本医疗保险基金收入”至市社会保险基金专户的划转凭证。市、县区人民银行在收到财政部门划转凭证的同时，将其转入市社会保险基金专户。

居民医保集中征收期结束后，税务、医保部门核实确认各县区集中缴费期征收的人数、金额报财政部门。城乡居民基本医疗保险基金中中央、省补资金及应由各县区政府承担的政府补助部分，必须按进度（月）及时划入市级社保基金专户，每次的划款时间及金额由市医保部门、财政部门确定。

每月 20 日前，各县区医保经办机构将经县区医疗保障部门、财政部门审定的次月用款计划上报市医保经办机构汇总，由市医疗保障部门审核后发送市财政部门拨付。市财政部门须及时将基金拨付到市居民医保基金支出户，由市医保经办机构分解到各县区，确保基金按时支付。

第三十条 【预决算管理】严格居民医保收支预算管理，建立健全居民医保基金风险控制机制。坚持“以收定支、收支

平衡、略有结余”的原则编制基金预决算，原则上不得编制赤字预算。每年各县区医疗保障部门会同财政、税务部门结合本地实际，提出预算建议，按照有关规定上报，经政府审核通过、市人代会批复后执行。同时根据预算数据编制年度收支计划下达各县区并进行考核。

严格收支预算执行。居民医保基金预算应严格按照批准的预算和规定的程序执行，不得随意调整。各县区医保经办机构应按规定报告预算执行情况。在执行中因特殊情况需要增加支出或减少收入，各县区医保经办机构应编制居民医保基金预算调整方案，按社会保险基金预算调整程序，经批准后执行。预算年度终了，由市医保经办机构会同财政部门，根据当年执行情况，统一编制社会保险基金决算。

第三十一条 【建立周转金制度】 财政部门根据各地上年度基金月平均支出水平，每年可多拨付1个月的支出数作为周转金使用。

第三十二条 【历年结余暂存】 实施市级统筹前原各统筹地区应对基金进行清算，审计部门对基金结余以及债权、债务等情况进行审计并予以清理。全市统筹后，各地2019年末社保基金专户累计结余作为市级统筹基金结余组成部分，将账户名称变更后可暂存放原统筹地区，由市统一管理和调度使用。

第三十三条 【赤字调剂】 对完成年度征缴任务、医疗支出适度、当年基金收支相抵出现缺口的县区，经市医疗保障部门、市财政部门同意，从累计结余基金中予以弥补。累计结余

不足的，由市级根据“以收定支、收支平衡”的原则调整医保政策。

居民医保筹资标准，应按照不低于国家和省规定的最低标准确定。各级财政应按规定及时履行出资义务，县区未按规定补助到位或未严格执行缴费政策等情形形成的基金收入缺口，由同级政府负责补足或追缴到位，确保基金健康平稳运行。

第三十四条 【风险预警】利用医疗保险信息化平台，构建居民医保基金运行分析和风险预警系统，加强对基金运行、基金结余等情况分析研判，强化对医疗服务的实时监控力度，确保基金安全。

第三十五条 【监督管理】居民医保基金的筹集、管理、使用应当接受人大、财政、审计等部门的监督。

医疗保障部门应当建立健全有关投诉、检查、监督等考核管理制度，严肃查处违反居民医保管理规定、骗取医保基金的行为，追究相关人员的责任。卫生健康部门应切实加强对医疗机构的监管，规范诊疗行为，督促指导医疗机构做好医疗服务工作。

医保经办机构对参保人员在定点医疗机构发生的医药费用应当加强检查和审核，严格执行居民医保政策规定和履行医疗保险服务协议，对违规行为依照协议处理。

第六章 附 则

第三十六条 【医疗救助】做好医疗救助与居民医保、大

病保险等有效衔接、同步结算，形成制度合力，医疗救助具体实施办法另行制定。

第三十七条 【施行日期】 本办法自 2020 年 1 月 1 日起施行。原市居民医保有关规定与本办法不一致的，按本办法执行。

第三十八条 【办法解释】 本实施办法由市医疗保障局、市财政局、市税务局共同负责解释。

淮安市医疗保障局办公室

2019年12月24日印发
