

# 徐州市人民政府文件

徐政规〔2017〕3号

## 市政府关于印发 《徐州市城乡居民基本医疗保险办法》的通知

各县（市）、区人民政府，徐州经济技术开发区、新城区管委会，市各委、办、局（公司），市各直属单位：

《徐州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，请结合实际认真贯彻执行。



# 徐州市城乡居民基本医疗保险办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为保障城乡居民的基本医疗需求，推进全民医保体系建设，建立统一的城乡居民基本医疗保险制度（以下简称“城乡居民医保”），促进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》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，结合我市实际，制定本办法。

**第二条** 城乡居民医保是由政府组织引导，城乡居民个人缴费和财政补助相结合，缴费和待遇水平相对等的医疗保险制度。

**第三条** 城乡居民医保必须坚持基本医疗保险水平与我市经济发展水平及各方面承受能力相适应；坚持全覆盖、保基本、多层次、可持续；坚持保住院和门诊大病；坚持个人（家庭）缴费和财政补助相结合；坚持以收定支，实现基金收支基本平衡、略有结余。

**第四条** 政府逐步建立与经济社会发展水平、各方承受能力相适应的稳定筹资机制，在提高政府补助标准的同时，适当提高个人缴费比重，逐步提高人均筹资标准，相应提高保障水平。

## 第二章 参保范围

### 第五条 参保范围

(一)应参加城镇职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”)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。

(二)居住在本统筹区的《江苏省居住证》持有人。

(三)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”)

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

## 第三章 参保登记和基金筹集

### 第六条 筹资标准和资金来源

(一)从2018年起,市区(不含铜山区、贾汪区,下同)城乡居民医保个人缴费标准为每人每年不低于210元,各县(市)城乡居民医保个人缴费标准为每人每年不低于180元,铜山区、贾汪区根据本地实际,确定本统筹区筹资标准。财政补助执行国

家和省规定的标准。

(二) 医疗救助对象。按照《徐州市市区困难群众医疗救助实施办法》(徐政规〔2017〕1号)精神,市区统筹区的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。各县(市)、铜山区、贾汪区参照市区资助办法执行。

(三) 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政府给予全额补贴。

(四) 70岁及以上老年人。参保缴费和待遇享受办法按照《徐州市老年人优待办法》(徐政发〔2008〕151号)执行。

(五) 徐州市农村计划生育家庭奖励、扶助对象。个人应缴纳的参保费用按照《徐州市农村计划生育家庭奖励补偿办法》(徐州市人民政府令第127号)规定筹集。

(六) 2016年1月1日前出生的独生子女,在其未满18周岁时的个人缴费部分由父母双方单位各报销50%;父母一方无单位的,由有工作单位的一方全额报销。

(七) 大学生个人缴费原则上由大学生本人和家庭负担,有条件的高校可给予适当补助。对被认定为建档立卡低收入人口等医疗救助对象的大学生,其个人参保费用,按高校隶属关系,依据规定标准,由同级财政给予资助。高校以往用于办理大学生参

加商业医疗保险、意外保险的补助经费，应优先用于补助大学生参加城乡居民医保的个人缴费。大学生参保所需财政补助资金，按高校隶属关系，由同级财政负责安排。

（八）上述各类人群的财政补助待遇就高不就低，不得重复享受。

### 第七条 参保登记

（一）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。

（二）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。

（三）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。

## 第八条 鼓励城乡居民积极参保和连续缴费。

(一) 未按时足额缴纳参保费用的, 停止享受医保待遇。每年3月1日至3月31日缴费的, 自参保缴费到账开始享受医保待遇, 欠费期间发生的费用不予结算。符合参保范围尚未参保的以及参保后中断1个月以上(即3月31日以后)又重新缴费参保的城乡居民, 设定6个月的待遇享受等待期, 等待期满后方可按照规定享受医保待遇。

(二) 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。

(三) 应届毕业大学生、当年度退役士兵、刑满释放人员、在外地正常参加基本医疗保险且户籍迁入统筹地区的人员、因失业等原因退出城镇职工基本医疗保险的人员, 在3个月内参加城乡居民医保, 自参保缴费到账即可享受城乡居民医保待遇。超过3个月参保的, 设定6个月的待遇享受等待期。

(四) 《江苏省居住证》持有人已参加基本医疗保险的, 需办理转移接续手续, 并在3个月内参保, 自参保缴费到账即可享受城乡居民医保待遇。未参加基本医疗保险或未在转移后3个月内参加居住地的城乡居民医保的, 设定6个月的待遇享受等待

期。

(五)参加城乡居民医保后按照规定需转入职工医保的,按职工医保的规定享受待遇。

## 第四章 医保待遇

**第九条** 参保人员在定点医疗机构发生的、符合医疗保险支付范围规定的医疗费用,城乡居民医保基金按规定支付。基金不予支付范围按照《中华人民共和国社会保险法》和其他相关法律法规的规定执行。

**第十条** 建立城乡居民医保基金分级差别化支付机制,促进分级诊疗制度和家庭医生签约服务制度建设,引导合理就医秩序的形成。

**第十一条** 城乡居民医保待遇由门诊医疗待遇(含普通门诊、门诊特定项目)、住院医疗待遇、生育医疗待遇和大病保险待遇等组成。

### 第十二条 待遇标准

#### (一) 门诊待遇

1. 普通门诊待遇。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)。实行基本药物零差率销售的基层医疗机构不设起付标准,其他基层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%。

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. 门诊特定项目(以下简称“门特”)待遇。

(1) 门特包括尿毒症透析、器官移植(肝、肾、心、肺)的抗排异治疗、恶性肿瘤放疗化疗介入治疗、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 $\beta$ -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) 参保人员须通过专家鉴定、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。门特病种的鉴定标准和用药、诊疗项目范围另行制定。

(3) 门特待遇见“城乡居民基本医疗保险门特待遇(表一)”。



**城乡居民基本医疗保险门特待遇（表一）**

门特病种	起付标准	结算方式（支付比例）	一个统筹年度最高支付限额
尿毒症透析	3949 元	按住院标准结算	13 万元
器官移植抗排异	3949 元	按住院标准结算	13 万元
恶性肿瘤放化疗	2000 元	70%	8000 元
血友病	2000 元	70%	1 万元
白血病	2000 元	70%	8000 元
难治性肾病综合症	2000 元	70%	8000 元
系统性红斑狼疮	2000 元	70%	8000 元
重型 β-地中海贫血	2000 元	70%	8000 元
恶性淋巴瘤	2000 元	70%	8000 元
再生障碍性贫血	2000 元	70%	8000 元
慢性活动性肝炎	2000 元	70%	2500 元
肝硬化失代偿	2000 元	70%	2500 元
慢性肾功能不全 (非透析治疗)	2000 元	70%	2500 元
肝豆状核变性	2000 元	70%	2500 元
重症精神病	按病种收付费，结算标准为每人每月 260 元，由医保基金全额支付，个人不支付。不具备执行按病种收付费条件的，一个统筹年度统筹基金最高支付 6000 元，支付比例为 70%。		
巩固期精神病	按病种收付费，结算标准为每人每月 240 元，由医保基金全额支付，个人不支付。不具备执行按病种收付费条件的，一个统筹年度统筹基金最高支付 5000 元，支付比例为 70%。		

同时患上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。

## (二) 住院待遇

1.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按以上标准的 50%执行。

2.一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。

3.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“市区城乡居民基本医疗保险住院医疗费用统筹基金支付比例(表二)”。

**市区城乡居民基本医疗保险住院医疗费用统筹基金支付比例(表二)**

医疗费用段 (以上含本数,以下不含本数,下同)	各级定点医疗机构支付比例(%)		
	一级	二级	三级
起付标准以上至 10000 元以下	85	80	75
10000 元以上至 50000 元以下	90	85	80
50000 元以上	95	90	85

各县（市）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“各县（市）城乡居民基本医疗保险住院医疗费用统筹基金支付比例（表三）”。各县（市）三级医疗机构暂按本表内二级医疗机构的支付比例执行。

**各县（市）城乡居民基本医疗保险  
住院医疗费用统筹基金支付比例（表三）**

医疗费用段	各级定点医疗机构支付比例（%）		
	一级	二级	三级
起付标准以上至 10000 元以下	85	70	55
10000 元以上至 50000 元以下	90	75	60
50000 元以上	95	80	65

铜山区、贾汪区可根据本地实际，参照市区和各县（市）标准，确定本统筹区参保人员住院医疗费用统筹基金支付比例，并报市人力资源和社会保障局备案。

（三）参保人员的生育医疗费用纳入城乡居民医保基金支付范围。符合规定的产前检查享受门诊医疗待遇，住院分娩享受住院医疗待遇。

（四）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%。

（五）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。

(六)除急诊、抢救外,参保居民在非定点医疗机构发生的医疗费用,统筹基金不予支付。

(七)医保支付范围内的特殊医用材料支付标准为:费用区间为单价 $\leq 200$ 元的,个人先行自付比例为0;费用区间为 $200 < \text{单价} \leq 10000$ 元的,个人先行自付比例为25%;费用区间为 $10000 < \text{单价} \leq 30000$ 元的,个人先行自付比例为35%;单价超过30000元的,30000元以下的部分个人先行自付比例为35%,30000元以上的部分统筹基金不予支付。

(八)符合高校管理规定的学生实习和寒暑假等不在校期间,大学生需在高校所在地之外住院的,可选择居住地的定点医疗机构就医。发生的政策范围内的住院和门特费用,统筹基金按参保地待遇标准予以支付。

对于生病的学生需要回原籍或到外地治疗的,应选择当地定点医疗机构就医,在治疗的同时申请办理异地就医或转诊转院。

(九)参加城乡居民医保即可同步享受大病保险待遇,个人不需再行缴费。大病保险相关政策规定由市人力资源社会保障部门另行制定。

(十)因犯罪、酗酒、吸毒、自杀、自残等造成自身伤害发生的医疗费用,按照政策规定应报销额的30%予以支付。精神病人在不能辨认或控制自己行为时的自杀、自残,按照正常标准予以支付。

(十一)原新型农村合作医疗确定的农村重大疾病,采取按病种收付费的办法予以保障,待遇水平不降低。

(十二)参保中小學生及幼兒享受醫療保險待遇后,剩餘部分的醫療費用,按《徐州市城鎮職工子女醫療制度改革實施方案》(徐政办发〔2000〕125号)的規定再予以報銷。

## 第五章 就医管理

**第十三条** 参保人员应持社会保障卡就医。医疗机构的工作人员须认真核对有关证件,确保人证相符。

**第十四条** 参保学生儿童除可在基层定点医疗机构享受门诊统筹待遇外,还可增选1所有儿科住院病房的综合医院或儿童医院,享受门诊统筹待遇。

**第十五条** 外伤、中毒患者需稽核后方可享受统筹基金补助。具体稽核办法由市人力资源社会保障部门制定。

**第十六条** 参保人员住院实行基层首诊和双向转诊制度。参保人员住院应优先选择在基层医疗机构和县级(二级)医疗机构就医。因病情需要,需转至上级医疗机构就医的,应办理转诊转院手续。

(一)转至市外定点医疗机构住院治疗的,市区统筹区参保人员由市内三级定点医疗机构出具转诊转院证明。其他统筹区参保人员由本统筹区域内县级定点医疗机构出具转诊转院证明。住

院起付线为每次 1300 元，基金支付比例较三级医疗机构降低 5 个百分点。

(二)各县(市)参保人员转至市内定点医疗机构住院治疗的，由本统筹区域内县级定点医疗机构出具转院证明。

(三)参保人员到除市区统筹区外的本市其他统筹区住院就医，不需办理转诊转院手续，统筹基金支付比例按参保地规定的标准执行。

(四)参保人员在本统筹区外定点医疗机构急诊抢救的，应在住院 3 个工作日内向参保地经办机构备案，经审核，符合急诊抢救标准的，可按转诊转院刷卡结算；未在住院 3 个工作日内向参保地经办机构备案的或在非定点医疗机构急诊抢救的，出院后由本统筹区经办机构审核，符合急诊抢救标准的，予以报销；不符合急诊抢救标准的，视为非正常转诊转院。

(五)精神病和传染病患者因病需要到市内专科医院就诊的，由接收医院办理转诊转院手续。

**第十七条 异地就医管理。**参保人员在外地务工、经商、上学期间，应向参保地医疗保险经办机构备案，备案后可在选定的异地一级及以上定点医疗机构就医。具体异地就医管理办法参照职工医保有关规定执行。

**第十八条 非正常转诊转院。**参保人员在本统筹区外定点医疗机构发生的住院医疗费用，不符合异地就医规定且未办理转诊转院手续的，按照政策规定应报销额的 50%予以支付。

**第十九条** 市内跨统筹区就医由就医地医保经办机构管理。

## **第六章 结算方式**

**第二十条** 参保人员在定点医疗机构门诊、住院以及家庭病床治疗发生的医疗费用，属于统筹基金支付的部分，由定点医疗机构予以记帐，医疗保险经办机构每月与定点医疗机构结算；属于个人自付的医疗费用，由定点医疗机构向参保人员按实收取。

**第二十一条** 实行总额控制下的定额结算、单病种结算、日均费用结算、按人头付费相结合的复合式付费方式与医疗机构进行结算，切实加强基金管理，控制医疗费用增长，保障参保人员基本医疗，确保基金运行安全。

**第二十二条** 市内跨统筹区就医发生的医疗费用先由就医地医保经办机构与医疗机构结算，再由就医地医保经办机构与参保地医保经办机构进行结算。

**第二十三条** 城乡居民医保的结算年度为每年的1月1日至12月31日。新入学的大学生缴纳次年参保费用后即可享受入学当年的城乡居民医保待遇。

**第二十四条** 门诊统筹实行总额控制或按人头付费，额度可按照基金承受能力、签约服务人数、参保人数、前三年度门诊统筹结算量等指标，由各统筹区确定。大学生门诊统筹实行按人头付费。按人头付费额度和管理办法由各统筹区人力资源社会保障

部门制定。大学生参加基本照护保险的个人参保费用应从门诊人头付费总额中列支，参加商业健康保险、意外保险的费用可从门诊人头付费总额中列支。

## 第七章 基金管理

**第二十五条 基金使用原则。**城乡居民医保基金主要用于参保人员的门诊和住院补助，以及为参保人员缴纳城乡居民大病保险和支付基金承担的基本照护保险费用。

**第二十六条 城乡居民医保基金纳入财政专户管理，**单独核算、专款专用，不得挤占挪用。审计、财政等部门要加强城乡居民医保基金的监督管理。人力资源社会保障部门要定期向社会公布城乡居民医保基金收支结余情况，主动接受社会监督。根据“以收定支，收支平衡，略有节余”的原则，按照“总量控制，月度结算，年终决算，质量考核，超支分担”的要求，由市人力资源社会保障部门会同市财政部门、卫生计生部门另行制订具体结算办法。

**第二十七条 市、各县（市）、铜山区、贾汪区财政、**人力资源社会保障部门应按照规定编制城乡居民医保基金收支预决算。

市人力资源社会保障部门根据省下达的医疗保险征缴任务，于每年初向各县（市）、铜山区、贾汪区分解下达医疗保险征缴



计划。

**第二十八条** 按照《市政府办公室关于转发市人力资源和社会保障局市财政局徐州市医疗和生育保险市级统筹暂行办法的通知》(徐政办发〔2011〕207号)要求,建立市级风险调剂基金,提高基金保障能力和抗风险能力。

### **第二十九条 市区统筹区财政补助资金管理**

(一)各区人民政府是城乡居民医保财政补助资金缴费的主体,市财政按照规定标准给予补助。

(二)市财政按照预拨加结算的方式给予各区补助。市财政在6月底前将当年市补资金下达到各区财政,次年与各区进行结算。

(三)市区各级城乡居民医保当年财政补助资金,应在当年9月底前足额拨付到城乡居民医保基金市财政专户。市医疗保险经办机构在每年9月5日前下达医疗保险征缴凭证至各区人力资源社会保障部门,各区人力资源社会保障部门会同各区财政部门审核无误后,各区财政部门据此于9月底前将市补资金和区缴资金一并缴入城乡居民医保基金市财政专户。

(四)市医疗保险经办机构根据月度基金支出情况,按月向市财政报送用款申请表,并注明支出项目。市财政对用款申请审核无误后,将城乡居民医保基金从财政专户拨入市医疗保险经办机构支出户,用于城乡居民医保待遇的支付。

(五)其他统筹地区财政补助资金管理辦法参照市区执行。

## 第八章 服务管理

**第三十条** 城乡居民医保定点医疗机构实行协议管理。医疗保险经办机构与定点医疗机构签订城乡居民医保服务协议，明确双方的权利和义务。

定点医疗机构应严格执行城乡居民医保各项政策规定和医疗服务协议，为参保人员提供优质的医疗服务。

**第三十一条** 城乡居民医保执行全省统一的医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录和医疗服务设施范围目录。

除急诊抢救外，定点医疗机构在使用医保支付范围外的药品、医用材料、诊疗项目时，应履行告知义务；未告知的，发生的费用由定点医疗机构承担。

**第三十二条** 建立全市统一的城乡居民医保信息系统，实现医疗保险经办机构和定点医疗机构信息互联互通、资源共享和医疗费用即时结算。

**第三十三条** 做好城乡居民医保、大病保险与医疗救助之间的衔接，保障参保人员待遇顺畅享受。

**第三十四条** 参保人员、定点医药机构及其工作人员、经办机构及其工作人员、非定点单位违反有关管理规定的，根据《徐州市基本医疗保险违规行为处理和举报奖励办法》（徐州市人民政府令第122号）、《徐州市基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

## 第九章 责任分工

### 第三十五条 各地政府和各相关部门责任

各级人民政府要落实主体责任，可采取政府购买服务、纳入考核指标等方式，促进城乡居民按时连续参保，确保完成参保和征缴任务。镇级人民政府、街道办事处具体承担城乡居民医保的组织、筹资和宣传工作。

各级人力资源社会保障部门为城乡居民医保主管部门，负责规划编制、政策制定、组织实施和监督检查；医疗保险经办机构负责做好基金筹集、结付、管理等具体业务经办工作。

各级财政部门要调整财政支出结构，加大资金投入，加强基金监督管理，确保财政补助资金及时到位。

各级卫生计生部门要深化医药卫生体制改革，加强各级各类医疗卫生机构服务能力建设，进一步提高医疗技术和水平，规范医疗服务行为，积极推行分级诊疗制度，为参保人员提供安全、有效、便捷的医疗服务。

各级教育部门负责组织学校做好政策宣传、督促检查等工作，做到在籍学生“应保尽保”。在徐高校应做好本校学生参保宣传、组织缴费和学生医疗费用报销申报工作。

各级公安部门要做好新生儿等无身份证号码人员的落户工作。

各级民政、价格、食品药品监管、工会、残联等部门要按照

各自职能，配合做好城乡居民医保的有关工作。

## 第十章 附则

**第三十六条** 本办法规定的城乡居民医保筹资标准、财政补助标准和待遇水平等政策，由市人力资源社会保障部门会同市财政部门、卫生计生部门，根据上级要求、经济社会发展水平和基金运行情况，适时提出调整意见，报市政府批准后执行。

**第三十七条** 农村建档立卡低收入人口参保和待遇享受按照《市委办公室市政府办公室关于加强农村建档立卡低收入人口医疗保障的意见》（徐委办〔2016〕168号）执行。

**第三十八条** 本办法自2018年1月1日起执行。《徐州市市区城镇居民基本医疗保险办法》（徐政规〔2013〕1号）、《市政府关于调整城镇居民基本医疗保险有关政策的通知》（徐政规〔2013〕5号）、《市政府关于调整市区城镇居民基本医疗保险有关政策的通知》（徐政规〔2015〕4号）以及新型农村合作医疗的相关政策规定同时废止。

---

抄送：市委各部委办，市人大常委会办公室，市政协办公室；市法院，市检察院；徐州军分区；部、省属驻徐各单位。

---

徐州市人民政府办公室

2017年9月25日印发

---