

徐州市人民政府文件

徐政规〔2020〕2号

市政府关于印发 《徐州市城乡居民医疗保险办法》的通知

各县（市）区人民政府，徐州经济技术开发区、徐州高新技术产业开发区管委会，市各委办局（公司），市各直属单位：

《徐州市城乡居民医疗保险办法》已经市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。



（此件公开发布）

徐州市城乡居民医疗保险办法

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医疗保险制度（以下简称“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》《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）等法律和政策规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 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 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 居民医保实行市级统筹，全市统一基本政策、待遇标准、基金管理、经办管理、定点管理、信息系统。

第五条 居民医保由基本医疗保险、大病保险两个层次组成。

第六条 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健筹资机制，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，适度提高保障水平。

第二章 参保范围

第七条 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、具有我市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) 居住在我市的《江苏省居住证》持有人。

(三) 我市各类全日制高等院校（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，退休后户籍迁入我市的人员，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

第八条 参保登记和缴费

(一) 参保范围内的人员均应当按照属地原则参加居民医保。

全市分设市区、丰县、沛县、睢宁县、邳州市、新沂市、铜山区、贾汪区等8个参保经办地区（以下简称“参保地”）。

（二）普通居民以家庭为单位，持户口本和身份证到户籍所在地社区劳动保障服务机构（居委会）、村民委员会或参保地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。非本参保地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。

（三）缴费人通过江苏税务提供的各种社会保险费缴费渠道按时足额缴纳基本医疗保险费。

（四）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3月31日为集中缴费期。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。

（五）大学生以学校为单位办理参保登记造册，统一到参保地医疗保险经办机构办理参保手续，每年11月30日前，由学校统一及时足额上缴医疗保险费。

第九条 筹资标准和资金来源

（一）每年具体筹资标准由市医疗保障局会同市财政局、市卫生健康委员会另行确定。

（二）符合我市医疗救助政策文件规定的医疗救助对象，参加

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。

(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周岁及以上老年人个人应缴纳的参保费用由政府给予全额补贴。

(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）的规定筹集。

(六) 已经领取《独生子女父母光荣证》，且未再生育的，该独生子女未满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) 各类人群的财政补助待遇就高不就低，不得重复享受。

第十条 鼓励城乡居民积极参保和连续缴费

(一) 医疗保险实行预缴费制，先缴费后享受待遇。城乡居民

应当按照规定，在缴费期内及时足额连续缴费。

(二) 未按时足额缴纳参保费用的，停止享受医保待遇。续保人员每年3月31日后缴费的，设定6个月的待遇享受等待期。符合参保范围但未按时参保的人员参保缴费后设定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。

(三) 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，自医保信息系统获取参保人员足额缴费信息的次日起开始享受医保待遇，之前发生的费用不予结算；跨年度参保的，需按照出生日期缴纳出生当年和次年的参保费。新生儿出生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。

(四) 应届毕业大学生、当年度退役士兵、刑满释放人员、在外地正常享受基本医疗保险待遇且户籍迁入我市的人员、因失业等原因退出职工医保（退出前需正常享受职工医保待遇）的人员，在3个月内参保缴费，自医保信息系统获取参保人员足额缴费信息的次日起即可享受医保待遇。超过3个月参保的，设定6个月的待遇享受等待期。

(五) 在外地正常享受基本医疗保险待遇的《江苏省居住证》持有人转至我市参保的，需办理转移接续手续，并在3个月内参保缴费，自医保信息系统获取参保人员足额缴费信息的次日起即可享受医保待遇。未在外地正常享受基本医疗保险待遇或未在转移后3个月内参加我市居民医保并缴费的，设定6个月的待遇享受等待期。

(六) 未参保的新增医疗救助对象、丧失劳动能力的残疾人员、70周岁及以上老年人，补办参保、资助缴费手续后，从获取相应资格（身份）之日起，正常享受医保待遇。

(七) 参保人员转为参加职工医保的，按职工医保的规定享受待遇。

第四章 医保待遇

第十一条 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，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。

第十二条 建立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。

第十三条 居民医保待遇由门诊医疗待遇（含普通门诊、高血压糖尿病门诊用药保障机制、门诊特定项目等）、住院医疗待遇、生育医疗待遇和大病保险待遇等组成。具体标准由市医疗保障局会同市财政局、市卫生健康委员会另行制定。

第五章 就医管理

第十四条 参保人员应当凭社会保障卡（电子社保卡）或者

医保电子凭证就医购药。

第十五条 居民医保执行国家和江苏省确定的医疗保险药品目录、诊疗项目目录（含特殊医用材料）和医疗服务设施范围目录。参保人员使用目录内乙类药品、诊疗项目、医疗服务设施发生的医疗费，由个人按规定先行自付部分费用后，再按规定的报销比例享受待遇。

除急诊抢救外，定点医疗机构在使用医保支付范围外的价格较高的药品、诊疗项目、特殊医用材料、医疗服务设施和个人先行支付比例为30%（含30%）以上的药品、诊疗项目时，应当履行告知义务；未告知的，发生的费用由定点医疗机构承担。具体事先告知的范围和程序由《基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》约定。

第十六条 参保人员门诊和住院实行基层首诊和双向转诊制度。参保人员应当优先选择在一、二级医疗机构就医。

第十七条 外地长期居住人员和异地转诊人员需按照规定办理备案手续，享受规定的医疗保险待遇。

第十八条 外伤、中毒患者需先行稽核，符合医保支付规定的方可享受医保待遇。

第十九条 除急诊抢救外，参保人员在非定点医药机构发生的医疗费用，医保基金不予支付。

第二十条 参保人员在不同地区或者不同医疗保险险种间重复参保的，待遇不得重复享受。

第二十一条 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后当年的城乡居民医保待遇。

第六章 基金管理和监督

第二十二条 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。

第二十三条 市财政局、市医疗保障局应当按照有关规定编制居民医保基金收支预决算。

市医疗保障局根据省下达的医疗保险征缴任务，向各县（市）、铜山区、贾汪区分解下达医疗保险征缴计划。

第二十四条 市区财政补助资金管理

（一）各区人民政府是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75%以上资金下达到各区财政，12月底前将全部市补资金下达各区财政。

（三）市区各级居民医保当年财政补助资金，应在当年6月底前将75%以上资金拨付到居民医保基金市财政专户，12月底前足额拨付到居民医保基金市财政专户。

(四) 其他参保地财政补助资金管理办法参照市区执行。

第二十五条 参保人员在定点医药机构门诊、住院、家庭病床治疗所发生的医疗费用，属于医保基金支付的部分，由定点医药机构予以记账，医疗保险经办机构每月与定点医药机构结算；个人自负费用，由定点医药机构向参保人员按实收取。

第二十六条 全面推行总额预算下的多元复合式医保支付方式，切实加强基金管理，控制医疗费用不合理增长，保障参保人员基本医疗，确保基金运行安全。

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，由医疗保障部门确定。

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市医疗保障局另行制定。大学生参加商业健康保险、意外保险的费用可从门诊人头付费总额中列支。

第二十七条 居民医保定点医药机构实行协议管理，通过签订医保服务协议，明确双方的权利和义务。

定点医药机构应当严格执行居民医保各项政策规定和医保服务协议，自觉接受医保部门的监管，努力为参保人员提供优质高效医疗服务。

第二十八条 居民医保基金纳入市财政专户管理，单独核算、专款专用，不得挤占挪用。审计、财政等部门要加强对基金的监督管理。市医疗保障局要定期向社会公布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，由市医疗保障局会同市财政局、市卫生健康委员会制定结算办法。

第二十九条 参保人员、相关单位及其工作人员违反有关管理规定的，依据法律、法规、规章和《基本医疗保险定点医疗机构（定点零售药店）医疗服务协议》处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第七章 责任分工

第三十条 各地政府和各相关单位责任

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居民参保缴费的组织和宣传工作。

各级医疗保障部门为居民医保主管部门，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。

各级卫生健康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。

各级税务部门负责依法做好基本医疗保险费的征收工作。

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、疾控部门应及时与医保部门共享死亡人员数据信息。

各级市场监管、扶贫办、工会、残联等部门要按照各自职能，配合做好居民医保的有关工作。

第八章 附则

第三十一条 居民医保筹资标准、财政补助标准和待遇水平等政策，由市医疗保障局会同市财政局、市卫生健康委员会，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。

第三十二条 居民医保政策未尽事项，参照职工医保的有关规定执行。

第三十三条 本办法自2021年1月1日起施行。《徐州市城乡居民基本医疗保险办法》（徐政规〔2017〕3号）、《市政府办公室关于调整徐州市城乡居民基本医疗保险有关政策的通知》（徐政办发〔2018〕179号）同时废止。

抄送：市委各部委办局，市人大常委会办公室，市政协办公室，市监委，
市法院，市检察院，徐州军分区，驻徐各部省属单位。

徐州市人民政府办公室

2020年11月4日印发
