

2022年度常州市城乡居民基本医疗保险宣传提纲

(2021年9月)

一、居民参保缴费政策

(一) 参保对象范围

居民医保参保人员须同步参加长期护理保险，参保对象为常州市行政区域内职工基本医疗保险制度覆盖范围以外的城乡居民：

- (1) 具有本市户籍的城乡居民；
- (2) 持有本市有效居住证的城乡居民（需既往曾参加过我市基本医疗保险）；
- (3) 在本市高等院校就读的在校学生；
- (4) 本市中小学、职业高中、技校在校学生；
- (5) 本市居住且办理港澳台居民居住证的未就业港澳台居民；

(二) 集中参保缴费期

2022年度居民医保的参保缴费期为2021年9月1日-2021年12月20日。

参保对象类别	个人缴费标准(含长期护理险30元/人)
老年居民(男60周岁、女50周岁以上的居民)	730元/人
未成年居民(幼儿园和大专段以下在校学生,以及其他18周岁以下不在校的未成年人)	390元/人
在常高校大学生	230元/人
武进区、新北区、天宁区、钟楼区、常州经开区的非从业居民(18周岁以上,男不满60周岁、女不满50周岁)	930元/人
溧阳市、金坛区的非从业居民(18周岁以上,男不满60周岁、女不满50周岁)	730元/人

(三) 个人缴费标准

居民医保和长期护理险参保人员的个人缴费部分同步缴纳。

符合城乡困难群众医疗救助对象的参保人员的个人缴费部分由政府全额补助：

- (1) 最低生活保障家庭成员；(2) 特困供养人员；(3) 临时救助对象中的重特大疾病患者；(4) 享受民政部门定期定量生活补助费的20世纪60年代精简退职职工；(5) 重点优抚对象；(6) 困境儿童；(7) 特困职工家庭成员；(8) 无固定收入重残人员；(9) 低保边缘家庭成员；(10) 支出型困难家庭中的重特大疾病患者；(11) 原建档立卡低收入人口。

(四) 参保登记办理

办理类别	登记方式	提供材料
线上办理	登录“我的常州”APP,点击“参保缴费”模块中的“居民医保参保”办理参保登记手续。	本人身份证、户口簿或有效居住证或在校证明。
现场办理	参保人员到本人户籍或居住证或学籍所在地的街道(镇)居民医保经办窗口现场办理参保登记手续。其中在常高校大学生由学校统一办理参保缴费。	

(五) 个人缴费渠道

渠道类别	缴费方式
签约银行卡缴费	将个人缴费部分足额存至代扣协议有效的江苏省社会保障卡或其他签约账户,由税务部门委托银行代扣征收。
掌上缴费	通过“江苏税务”微信公众号、支付宝“江苏税务社保缴纳”小程序、“我的常州”APP中的“常享付电子钱包”等渠道自助缴费。
窗口缴费	至各银行网点或税务部门服务厅POS机刷卡缴费。

其中在常高校大学生由学校统一办理参保缴费。

(六) 特殊情形参保缴费

1. 新生儿参保及待遇享受

新生儿自出生之日起3个月内,如法定监护人为其及时办理参保并缴费成功的,新生儿的居民医保待遇费用报销可以追溯到刚出生时。如新生儿出生已满3个月但不满1周岁办理参保并缴费成功的,则从参保缴费的次月起享受居民医保待遇,费用报销不可以追溯。

2. 非集中参保缴费期办理参保缴费

对未在规定的集中参保缴费期内及时办理参保缴费手续的各类居民(不含“困难群众”、符合规定的新生儿),在保险年度内(2022年1月-12月)若需办理居民医保参保缴费的,须全额承担该保险年度应缴保费,个人不再享受政府补助。缴费成功后,需执行规定的居民医保待遇等待期,参保缴费成功次月起满3个月后方可享受居民医保待遇,3个月内发生的医疗费用由参保人员个人承担。

3. 超过18周岁的在校生办理续保缴费

年满18周岁仍在我市就读的在校学生(大学生除外),在居民医保集中参保缴费期内需携带《在校生证明》,至街道(镇)居民医保经办窗口办理续保认证手续,按“未成年居民”标准继续缴费。年满18周岁的非在校学生,且不在职工医保覆盖范围内,需至原办理参保手续的街道(镇)居民医保经办窗口办理信息变更手续,按“非从业居民”标准继续缴费。

4. 因参军、至外地大学就读或参加职工医保、死亡等原因需要暂停或终止居民医保关系的,需至原办理参保手续的街道(镇)居民医保经办窗口办理停保或退保等手续。

二、居民基本医保待遇政策

合规费用。合规费用又称政策范围内医疗费用,参保患者在基本医疗保险药品目录、诊疗目录、医疗服务设施范围及支付标准等文件规定范围内产生的医疗费为政策范围内费用,也就是通常所说的可报销费用(注:目录范围内超支付标准、个人自付比例、不属于限定支付范围及目录范围外的费用均不属于政策范围内费用)。

(一) 住院待遇

一个年度内,医保待遇正常的参保患者按规定在本市医保定点医院住院期间联网结算发生的医疗费用中的合规费用,超过起付标准后在支付限额30万元以内

的部分,基本医疗保险基金按以下比例予以支付。

医疗机构类别	老年居民/非从业居民		未成年居民/高校大学生	
	起付标准	基金支付比例	起付标准	基金支付比例
一级医疗机构	400元/次	90%	200元/次	95%
二级医疗机构	600元/次	80%	400元/次	90%
三级医疗机构	1000元/次	70%	600元/次	85%

注:在紧密型、专科共建型医联体内双向转诊的,上转住院的起付标准累计计算,下转住院的起付标准免于计算,连续住院期间住院起付标准累计计算一次。

(二) 门诊统筹项目待遇

1. 普通门诊统筹

参保人员在一个自然年度内发生的合规普通门诊医疗费用(不含已享受其他门诊统筹待遇的医疗费用),超过起付标准且在支付限额内的医疗费用,基金按一定比例给予补偿。具体标准见下表:

年度内累计合规医疗费用	首诊医疗机构	基金支付比例	
		二级以上医疗机构	
		办理转诊手续后	未办理转诊手续
超过200元且在1500元以内的费用	50%	40%	30%
超过6000元且在10万元以内的费用	40%	40%	30%

如何享受普通门诊统筹?

首诊机构:属于基层医疗机构的社区卫生服务中心、社区卫生服务站、乡镇卫生院、村卫生室。**转诊机构:**由首诊医疗机构负责转诊到指定的一家二级或三级医疗机构。

友情提示:参保人员办理转诊手续到某一家转诊机构后,以后长期固定在该转诊机构就医的,无需每次就医前再办理转诊手续,期间一旦到其他医疗机构就医刷卡结算,该次转诊周期自动终止。

参保人员急诊抢救、在本市指定专科医疗机构中指定专科门诊就医、未成年居民和高校大学生就医、异地就医参保人员在异地就医的,不受首、转诊制度的限制。

2. 门诊慢性病待遇

2.1 门诊慢性病病种范围:高血压、糖尿病、脑卒中合并器官功能障碍、冠状动脉粥样硬化性心脏病、风湿性心脏病、肺源性心脏病、类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、干燥综合征、克罗恩病、慢性肝炎(中、重度)、慢性肾炎(中、重度)、帕金森氏综合症、恶性肿瘤。

2.2 申请办理。参保人员向本人户籍所在地基层医疗机构家庭医生申请门诊慢性病待遇。其中高血压、糖尿病参保患者需提供二级以上综合医疗机构或社区卫生服务中心(乡镇卫生院)明确诊断的病史资料和相关检查化验报告;其他门诊慢性病参保患者,需提供三级医疗机构明确诊断的病史资料和相关检查化验报告。

2.3 门诊慢性病待遇标准。对慢性病患者发生的合规药品费用(指慢性病病种药品目录文件规定范围内产生的药品费用)给予保障,具体支付比例和支付限额如下:

门诊慢性病待遇病种	支付比例		合规医疗费用支付限额(元/年)
	社区卫生服务机构	其他定点医疗机构	
一个病种	50%	40%	800
两个及以上病种			1200

3. 特定病待遇

3.1 门诊特定病种(原门诊大病)待遇

3.1.1 门诊特定病种费用范围。尿毒症血液、腹膜透析治疗费和抗贫血治疗药费,器官移植后的抗排斥药费和环孢素浓度测定费,恶性肿瘤放、化疗费,血友病药费,再生障碍性贫血药费,重症精神病以及癫痫伴发精神障碍药费。

3.1.2 申请认定。经二级以上定点医疗机构确诊、需要在门诊进行治疗的参保人员,可到专科医生处申请,由医生审核申报。患者携带病史资料、身份证等到医院医保办上传资料,经医保中心审核确认后,在选定的定点医院就诊刷卡即可享受。其中重症精神病以及癫痫伴发精神障碍药费到精神专科医院申请(需提供一年以上精神病史,含一次住院治疗史)。

3.1.3 待遇标准。一个年度内,在选定的定点医疗机构,进行以下特定病种门诊治疗时,合规门诊费用可以享受补助。

特定病种费用	起付线	支付比例		最高限额(元)
		老年居民/非从业居民	未成年居民/高校大学生	
尿毒症血液、腹膜透析治疗费和抗贫血治疗药费	800元/年	一级医疗机构90%;二级医疗机构80%;三级医疗机构70%	一级医疗机构95%;二级医疗机构90%;三级医疗机构85%	——
器官移植后抗排斥药费和环孢素浓度测定费				术后第一年10万,第二年7万,第三年及以后5万
恶性肿瘤放、化疗费				——
血友病药费				6万
再生障碍性贫血药费				1.5万
重症精神病、癫痫伴发精神障碍	0			——

3.2 特定病药待遇

3.2.1 药品范围。省特药范围:通过省统一谈判纳入省特药管理范围的药品。**部分肿瘤患者在门诊使用的特定病药品:**未纳入省特药管理的限特定肿瘤治疗的药品。

类别	补偿比例			最高支付 限额
	支付 比例	市外转院（诊）	未经审批市外 转院（诊）	
省特药药品	60%	市内支付比例 的基础上降低 5个百分点	按市内支付比 例的基础上降 低20个百分点	15万元
特定病药品	55%			

住院特定病药品待遇：特定病药品按照普通乙类纳入住院医疗费用结算。

如何办理享受特药、特定病药品补助？符合药品使用适应症的参保人员，经有资质的责任医师审核后上传资料，审批通过后，按规定使用特定病药品时，可享受医保补偿。

参保人员持身份证、省社保卡、相关病史资料到选定的定点医疗机构责任医师处申请，经责任医师审核申报后，至该院医保办审核所需资料。资料齐全的，至个人选定的特药定点药店或申请医院医保办向医保中心上传资料。经医保中心审核通过后，参保人员凭责任医师开具的电子处方在特药定点药店或申请医院购药。

特药定点医院：一院、二院、中医院、三院、肿瘤医院、妇幼保健院、武进医院、武进中医院、常州老年病医院、金坛区人民医院、溧阳市人民医院。

特药定点药店：人寿天医药商场、恒泰医药连锁奥园店、万仁大药房湖塘人民路店、金坛百姓大药房颐和店、溧阳国大人民药房中心店。

4. “双通道”单独支付药品

4.1.1 申请认定。参保人员持身份证、省社保卡、相关病史资料到选定的定点医疗机构责任医师处申请，经责任医师审核申报后，至该院医保办审核所需资料。资料齐全的，至个人选定的特药定点药店或申请医院医保办向医保中心上传资料。经医保中心审核通过后，参保人员凭责任医师开具的电子处方在特药定点药店或申请医院购药。

4.1.2. 待遇标准

补偿比例			医保支付标准
支付比例	市外转院（诊）	未经审批市外转院（诊）	
60%	市内支付比例的基础 上降低5个百分点	在市内支付比例的基础 上降低20个百分点	部、省确定的谈 判价

5. 其他待遇

5.1 居民医保生育待遇。对连续参加居民医保满一年的人员，实行生育医疗费用补助。保险年度内发生符合计划生育规定的生育医疗费用，由居民医保基金按规定支付。其中，住院分娩费用按住院结算办法支付，符合规定的住院分娩医疗费用实际补偿比例如低于70%的，补足至70%。产前检查费用纳入普通门诊统筹支付范围。本地生育待遇刷卡直接结算。

5.2 新生儿居民医保追溯报销待遇。符合享受追溯报销待遇的新生儿，在参保缴费成功前发生的符合规定的医疗费用先自行垫付，待缴费成功后，再持省社保卡、费用票据等相关资料回本地生育医院重新结算。

5.3 特殊人员用血医保支付待遇。患有血液系统恶性肿瘤、血友病和再生障碍性贫血，经由市中心血站核准不能享受血站免费用血，或者超出免费用血额度的，按照自付40%的比例将规定的用血的项目纳入医保范围。

如何办理手续？患有以上三种疾病的参保人员需用血的，由二级以上医保定点医疗机构肿瘤、血液科副主任以上医师确认后，携带病历、身份证复印件等至医师所在医院办理相关手续。

5.4 苯丙酮尿症。未成年居民第一诊断为典型的苯丙酮酸尿症（ICD-10: E70.0）或四氢生物喋呤（BH4）缺乏症等其他高苯丙酮酸尿症（ICD-10: E70.1）的患者，在定点救助医院发生的符合省采购管理要求的必需检查项目、治疗药品及特殊治疗食品的医疗费用纳入我市儿童苯丙酮尿症病种保障范围，医保统筹基金按75%比例予以支付，0-6岁、7-13岁、14-18岁年度内医疗费用支付限额分别为1.5万、2万、2.5万。

如何办理享受待遇？参保人员在定点救助医院（常州市妇幼保健院）办理江苏省儿童苯丙酮尿症定点救治登记后，直接持省社保卡在常州妇幼保健院刷卡结算。

三、城乡居民大病保险待遇

参保人员一个年度内在定点医药机构发生的医疗费用，经基本医疗保险补偿后，个人负担超过一定水平的住院和特定病的合规医疗费用，纳入大病保险保障范围。**合规医疗费用**是指参保人员因住院和门诊特定病发生的《江苏省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》、《江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准》规定的除自费费用以外的个人自付医疗费用。其中住院床位费为基本医疗保险支付限额以内的费用，特殊医用材料费为单价4万以内的费用。

补偿范围	起付标准（元）	基金补偿比例	最高 限额	结算方式
符合甲、乙类医疗费用； 特殊医用材料单价4万以内； 床位费最高限价以内	2万	2万-10万 60%	无	超过起付 标准即时 刷卡享受
		10万以上 70%		

城乡困难群众发生的住院和门诊大病合规医疗费用按下表享受大病保险待遇。

补偿范围	基金补偿比例	最高限额	结算方式
符合甲、乙类医疗费用； 特殊医用材料单价4万以内； 床位费最高限价以内	2万以内 60%	无	即时刷卡 享受
	2万-10万 70%		
	10万以上 80%		

四、城乡困难群众医疗救助待遇

医疗救助的医疗费用范围参照城乡居民大病保险保障范围执行。救助对象在定点医疗机构就医，发生的符合规定的医疗费用，先由基本医疗保险、大病保险基金按规定支付，剩余的个人自付部分按下列标准给予救助：

类别	支付比例	最高限额
普通门诊	80%	1000元
住院、门诊慢性病和特定病（不含特药和特定病药品）	80%	15万元

五、异地就医政策待遇

（一）异地就医范围对象

类别	异地就医对象
异地就医	1. 异地安置退休人员：指退休后在常州市外定居并且户籍迁入定居地的参保人员； 2. 异地长期居住人员：指在常州市外长期居住且不迁户籍的参保人员； 3. 常驻异地工作人员：指用人单位派驻常州市外长期工作的参保人员。
市外转院 转诊	异地转诊人员：指受我市医疗技术、设备等条件限制，经具有转诊资质的医疗机构批准，需要到常州市外医疗机构继续就医的参保人员。
未经转诊 市外就医	自行市外就医人员：未按规定办理转诊手续，直接到市外医保定点医疗机构就医人员。

（二）异地就医登记备案

人员类别	备案方式	
	窗口备案	不见面备案
异地安置人员	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡； 2. 异地居住证明	可利用市医保局网上自助服务大厅、“国家异地就医”小程序、“常州医保”小程序、“我的常州”APP、“常州人社”APP，按提示录入信息并传输相关材料
异地长期居住人员		
常驻异地工作人员	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡； 2. 异地工作证明材料	
自行市外就医人员	医保电子凭证或有效身份证件或社保卡	
异地转诊人员	在具有转诊资质的医疗机构的医保办通过市定点单位网上办事系统直接办理异地转诊备案手续。	

（三）异地就医待遇标准

1. 医保目录及范围。参保人员在江苏省内异地就医直接结算时发生的门诊住院费用，执行江苏省统一的基本医疗保险药品目录、诊疗项目及耗材和医疗服务设施标准范围（以下简称医保目录及范围）；参保人员跨省异地就医直接结算时发生的住院医疗费用、在长三角地区（上海市、浙江省、安徽省）异地就医门诊直接结算时发生的医疗费用，执行就医地规定的医保目录及范围。

2. 医疗保险待遇。参保人员按规定办理异地居住就医手续或异地急诊发生的医疗费用，医保基金支付比例与市内相应医疗机构支付比例一致。参保人员按规定转诊到市外医疗机构继续就医发生的医疗费用，医保基金支付比例在市内相应医疗机构支付比例的基础上降低5个百分点；未按规定办理转诊手续到市外医疗机构就医发生的医疗费用（限住院、特定病费用、双通道药品），医保基金支付比例在市内相应医疗机构支付比例的基础上降低20个百分点。

（四）异地就医费用结算

异地就医分为通过异地就医信息系统直接结算医疗费用（以下简称直接结算）和参保人先行全额垫付医疗费，再回参保地医保经办机构或委托机构零星报销（以下简称零星报销）两种。

1. 直接结算。办理了异地就医备案手续的人员，持社会保障卡在异地就医联网医疗机构就医时，可直接结算。

2. 零星报销。

类别	需携带材料
1. 办理异地就医的三类人员在异地未联网刷卡，发生的门诊和住院费用	1. 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡； 2. 医疗收费票据； 3. 费用明细清单；
2. 未按规定办理转诊手续直接到市外就医的特定病、双通道药品和住院费用	4. 处方病历资料或诊断证明或出院小结； 5. 本人银行借记卡； 6. 代办人身份证；
3. 办理市外转院转诊手续人员在异地未联网刷卡，发生的门诊和住院费用	7. 其它：意外伤害就医的应提供交通事故认定书、法院判决书、调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料，无法提供的应先填写个人承诺书，急诊需提供急诊诊断证明。

注：1）已办理过上海异地就医手续并接受委托的参保人员，医疗费也可在上海市黄浦区医疗保险事务中心报销，地址：上海市鲁班路390号，电话：021-63030099。

（五）医保中心经办机构大厅地址：

名称	地址
市区	常州市锦绣路2号市政务服务中心一楼大厅B区
溧阳市	溧阳市永定路65号市医疗保障服务中心一楼大厅
金坛区	金坛大道150号金坛区人社服务中心一楼大厅
武进区	武进区武南路518号武进人力资源市场2楼大厅
新北区	新北区红河路65号（新北区新桥镇新桥大厦3楼服务大厅）
天宁区	竹林北路256号天宁区政务服务中心一楼大厅
钟楼区	星港大道88号钟楼区政府一楼大厅
经开区	常州市东方东路168号政务服务中心一楼大厅

六、医保电子凭证

在已开通医保电子凭证的医保定点医疗机构和药店就医购药时，仅需出示医保电子凭证二维码，即可直接结算医保费用。

医保电子凭证可通过“常州医保”微信公众号“微业务—医保电子凭证”菜单线上领取，也可通过国家医保APP、微信、支付宝、授权金融机构等经由国家医保局和江苏省医保局认证授权的第三方渠道激活使用。没有智能手机的学生可以通过家长手机利用国家医保APP添加亲情账号的方式激活领取。

如您想进一步了解我市居民医保政策及具体办事流程，可登录市医保局官网、“常州医保”微信公众号查询。

如您想进一步了解医保的缴费渠道及方式，可拨打常州税务特服号96888732或关注“常州税务”微信公众号。