

2022 年度常州市城乡居民医疗保障政策宣传提纲

（2022 年 1 月）

一、城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）参保政策

（一）集中参保缴费期

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

（二）参保人员范围

参保对象为我市行政区域内除职工医保应参保人员或按规定享有其他保障的人员以外的全体城乡居民。具体包含以下人员：

1. 具有我市户籍的城乡居民；
2. 具有我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. 在我市高等院校就读的在校学生；
4. 我市中小学、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；

（三）医疗救助资助参保人员范围

符合城乡困难群众医疗救助对象的以下参保人员，办理参保登记及救助对象确认手续后即办结下年度参保业务，无需个人缴费。其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 年代精减退职职工；（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）参保登记手续办理

1. 2021 年度居民医保正常参保缴费人员，参保人员身份信息未发生变化的视作延续参保，系统自动转化为当期正常参保登记；
2. 新参保或参保人员身份等信息发生变化的人员应当及时办理参保登记或变更手续：

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

（五）特殊情形参保登记办理

1. 新生儿参保缴费登记

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登记

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，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期满 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登记缴费

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。

二、居民医保筹资政策

“居民医保”筹资实行个人缴费和政府补助相结合。居民医疗保险费中的个人缴费部分由税务部门负责征收，在集中参保缴费期内，办理参保登记手续后至税务部门办理缴费登记手续，按税务部门指定的缴费方式进行缴费。

（一）2022 年度个人缴费标准

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。

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

（二）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	11 月 1 日起，通过“常州税务”微信公众号、微信“江苏税务社保缴纳”小程序、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	11 月 1 日起，至各银行网点或税务部门服务大厅 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。

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。

三、参保缴费和待遇享受衔接政策

居民在集中缴费期按时参保缴纳保险费的，自 2022 年 1 月 1 日起至 2022 年 12 月 31 日期间享受居民基本医疗保险待遇；2022 年 1 月 1 日后参保缴费的，设置 3 个月的待遇享受等待期，参保缴费成功次月起满 3 个月后方可享受居民医保待遇。

四、居民医保待遇政策

基本医保合规费用。合规费用又称政策范围内医疗费用，定点医药机构发生的基本医疗保险药品、医用耗材、医疗服务项目目录规定的支付范围及支付标准的医疗费用为政策范围内费用，也就是通常所说的可报销费用（注：目录范围内超支付标准、个人先行自付比例、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）。基本医疗保险统筹基金对合规费用按政策规定的待遇支付标准进行支付。

（一）住院待遇支付政策

一个自然年度内，医保待遇正常的参保患者按规定在本市医保定点医疗机构住院期间联网结算发生的医疗费用中的合规费用，超过起付标准后在最高支付限额 30 万元以内的部分，基本医疗保险统筹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	支付比例	起付标准	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：参保人员在一个年度内累计住院和门诊特定项目医疗费用以 30 万元为最高支付限额标准；超过支付限额标准以上的医疗费用，基本医保统筹基金不予支付。

（二）门诊待遇支付政策

1. 门诊待遇项目的支付顺序

根据“待遇就高、不重复享受”的原则，对参保人员发生的合规门诊费用，按照“特定病待遇、门诊慢性病待遇、普通门诊统筹”的顺序，先根据特定病待遇规定进行支付，对超过特定病支付限额或不符合特定病待遇支付规定的费用，再分别根据门诊慢性病待遇、普通门诊统筹的规定按照上述规则支付。参保人员享受相应门诊统筹待遇后应由个人承担的费用（包括起付标准，以及超过起付标准但在支付限额内个人自付部分），不再享受其他门诊统筹待遇。

2. 普通门诊待遇支付政策

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	基金支付比例		
	首诊医 疗机构	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。

3. 门诊慢性病待遇支付政策

3.1 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。

3.2 申请办理。参保人员持定点医疗机构开具的有效诊断材料，至本人户籍或居住地所在地基层卫生服务机构的家庭医生处申请办理门诊慢性病待遇准入手续，社区卫生服务机构将登记准入信息上传至医保信息系统。除高血压、糖尿病外的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。

3.3 门诊慢性病待遇支付标准。享受慢性病待遇的参保人员，持本人社会保障卡在定点医疗机构门诊就医时，发生的合规医疗费用（指慢性病病种药品目录文件规定范围内产生的药品费用），按门诊慢性病待遇支付标准支付。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

4. 门诊特定待遇支付政策

4.1 门诊特定病（原门诊大病）待遇

4.1.1 门诊特定病费用范围。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。

4.1.2 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 904 医院、德安医院、武进三院、溧阳南渡医院、金坛二院精神专科医院申请（需提供一年以上精神病史，含一次住院治疗史）。

4.1.3. 待遇支付标准。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			——

4.2 国家谈判药“双通道”管理及单独支付药品待遇支付政策

4.2.1 “双通道”是指通过“医院、药店两个供药渠道、一个待遇标准”的“双通道供药”模式，满足使用周期长、疗程费用高的药及创新药等国家谈判药品供应保障、临床使用等方面的合理需求。双通道药品采取“定医院、定医师、定药店、定方案”的“四定”管理模式。

4.2.2 双通道管理药品范围

我市“双通道”药品管理范围及单独支付药品品种统一执行省医保部门公布的国谈药双通道管理及单独支付药品名录、并根据省医保部门统一要求及时更新。

4.2.3. 待遇支付标准

参保人员在国谈药定点医院和定点药店使用单独支付药品，一个自然年度内，不计起付线，由基本医疗保险（含大病保险）基金根据国家谈判价、省定医保支付标准（现行药品目录内同一通用名及剂型的药品低于国家谈判价、省定医保支付标准的按实际价格）按 60%支付，其中基本医疗保险和大病保险按 5:1 分担，其他费用由参保人员个人承担。其中罕见病药品按 80%支付。

类别	基金支付比例			医保支付标准
	支付比例	市外转院（诊）	未经审批市外转院（诊）	
双通道管理药品及单独支付药品	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	国家、省确定的谈判价和支付标准
其中罕见病药品（诺西那生钠注射和阿加糖酶 a 注射用浓液）	80%			

4.2.4 申请认定。患者携带相关病历材料（病理学或细胞学诊断、影像学报告、基因检测结果及诊治记录、出院小结等材料）至国谈药定点医院的责任医师处就诊，符合政策规定的由责任医师及医院确认，选择好约定购药的定点医院和定点药店后按规定向医保经办机构上传资料备案后即生效。

4.3 特定病药品待遇支付政策

4.3.1 特定病药品范围。对部分使用周期长、疗程费用高、临床价值高且未纳入省双通道管理及单独支付的药品，纳入我市特定病药品目录范围，参照国谈药双通道单独支付药品管理。

4.3.2 待遇支付标准。参保人员在国谈药定点医院和定点药店使用特定病药品，一个自然年度内，不计起付线，由基本医疗保险（含大病保险）基金根据国家谈判价、省定医保支付标准（现行药品目录内同一通用名及剂型的药品低于国家谈判价、省定医保支付标准的按实际价格）按 60%支付，其中基本医疗保险和大病保险按 5:1 分担，其他费用由参保人员个人承担。

基金支付比例			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	国家、省确定的谈判价和支付标准

4.3.3 申请认定。患者携带相关病历材料（病理学或细胞学诊断、影像学报告、基因检测结果及诊治记录、出院小结等材料）至国谈药定点医院的责任医师处就诊，符合政策规定的由责任医师及医院确认，选择好约定购药的定点医院和定点药店后按规定向医保经办机构上传资料备案后即生效。

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院机构肿瘤、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。

五、大病保险待遇支付政策

参保人员一个年度内在定点医药机构发生的住院和特定病的合规医疗费用，经基本医疗保险基金补偿后，个人负担超过一定水平的高额医疗费用给予保障。大病合规医疗费用是指参保人员发生的《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》规定的住院和门诊特定病医疗费用中除个人自费费用以外的自付医疗费用。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%		

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%		

六、医疗救助待遇支付政策

对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,经基本医疗保险、补充医疗保险支付后,个人及其家庭难以承受的符合规定的自付医疗费用给予救助。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。

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（不含双通道单独支付药品和特定病药品）	80%	15 万元

七、医疗保险基金不予支付的医疗费用

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. 体育健身、养生保健消费、健康体检。
6. 国家规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。遇到对经济社会发展有重大影响的，经法定程序，可做临时调整。

八、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院机构就医人员。

(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
1 异地安置退休人员	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、常州“医保微信”公众号“国家异地就医备案”小程序、“我的常州”APP 等，按提示录入信息并传输相关材料
2 异地长期居住人员		
3 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	
4 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	
5 异地转诊人员	在具有转诊资质的医疗机构的医保办通过常州市医疗保障信息平台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门诊住院费用，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长期居住备案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，持医保电子凭证或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； 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； 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，急症需提供急诊诊断证明。
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	
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	

（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 1 楼大厅医保窗口
溧阳市	溧阳市永定路 65 号市医疗保障服务中心一楼大厅医保窗口
金坛区	金坛区金坛大道 150 号人社服务中心一楼大厅医保窗口
武进区	武进区武南路 518 号武进人力资源市场二楼服务大厅医保窗口
新北区	新北区红河路 65 号新桥大厦主楼 3 楼服务大厅医保窗口
天宁区	天宁区竹林北路 256 号天宁区政务服务中心一楼大厅医保窗口
钟楼区	钟楼区北港街道丁香苑二期 10 号楼一楼服务大厅医保窗口
经开区	常州市东方东路 168 号政务服务中心一楼大厅医保窗口

九、医保电子凭证

在已开通医保电子凭证的医保定点医院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。

如遇政策调整,则按新的政策、规定执行。

如您想进一步了解我市医保政策及具体办事流程，可以致电 12393，或登录市医保局官网、“常州医保”微信公众号。如您想进一步了解医保的缴费渠道及方式，请关注“常州税务”微信公众号。



扫码关注“常州医保”