

# 南通市医疗保险 常用政策问答汇编



南通医保公众号



南通医保APP



南通医保公众号



南通医保APP

完善 医疗保障 托起 民生幸福

南通市医疗保障局

2019年9月

# 目 录 CONTENTS

职工医保市本级政策问答 .....	(2)
居民医保市本级政策问答 .....	(10)
南通市生育保险政策问答 .....	(17)
南通市医疗保险异地就医政策问答 .....	(25)
南通市基本照护保险政策问答 .....	(35)
打击欺诈骗取医保基金行为政策问答 .....	(44)



# 职工医保市本级政策问答

参保缴费

待遇标准

### ■ 缴费基数是如何确定的?

答：1. 职工个人的缴费基数为本人上一年度的月平均工资收入。工资收入是指用人单位直接支付给职工本人的劳动报酬，包括工资、奖金、津贴、补贴和其他工资性收入等。

2. 用人单位缴费基数为本单位全部职工上年度月工资总额。工资总额是用人单位直接支付给本单位全部职工的劳动报酬总额。

3. 灵活就业人员以医保部门公布的各档次缴费基数标准，自由选择确定本人的缴费基数。

需要说明的是，职工本人上一年度月工资收入高于社会保险缴费基数上限的，按上限申报；低于社会保险缴费基数下限的，按下限申报。江苏省医保局公布新的社会保险缴费基数上下限后，再行调整。

### ■ 缴费标准是多少?

答：缴费标准分为用人单位和职工个人两部分。分别为：

单位	按单位工资总额的8%缴纳
个人	按本人工资总额的2%缴纳
灵活就业人员	按医保部门公布的缴费基数的10%缴纳
所有参保职工每人每月另需缴纳10元大额医疗求助资金	

灵活就业人员、无雇工的个体工商户的医疗保险费，需在参保年度的上一年12月25日前一次性缴纳。年中参保的，在参保时一次性缴足当年应缴纳的全部费用。

灵活就业人员被单位录用的，可退还单位缴费之月起至年底预缴的医疗保险费。灵活就业人员在本统筹区外参保缴费的，凭有效的职工医疗保险参保缴费证明，可退还办理申请手续当年度预交的医疗保险费，但享受统筹待遇前的重复缴费部分不予退还。

### ■ 缴费年限具体有哪些规定?

答：1. 参保人员连续不间断参保至退休，且连续实际缴费年限不少于15年，自职工退休审批及职工医疗保险退休待遇核定缴费年限审核通过后，次月起享受职工基本医疗保险退休待遇。

2. 参保人员退休时达不到最低缴费年限的，应在办理退休手续时按当期公布的缴费基数和8%的费率，一次性足额补缴不足年限的医疗保险费。用人单位在劳动关系存续期间未依法为职工缴纳医疗保险费导致职工需要补缴的，由用人单位负责按规定补缴，其余由参保人员个人缴纳。未补缴的，停止享受各类社会医疗保障资金支付待遇。

### ■ 个人医疗账户资金是按什么标准预划的?

答：自2018年1月1日起，按照南通市职工医疗保险办法的规定，个人医疗账户预划标准如下表所示：

在职人员			退休人员		
划账基数	比例		划账基数	比例	最低计入标准
本人缴费工资	35周岁及以下	2.5%	本人上年度退休养老金总额	5%（建国前老职工每年另增200元）	≤70周岁的退休人员600元；70周岁以上—80周岁的退休人员800元；>80周岁的退休人员1000元
	35周岁以上—45周岁（含）	3.5%			
	45周岁以上	4.5%			

1. 个人医疗账户资金，于每年年初一次性预划，年末时，根据单位和个人实际缴费情况予以调整。

2. 参保职工在年度内办理在职转退休手续、缴费基数发生变化或中断参保缴费等因素，都可能造成本年账户余额发生变化。



### ■ 参保单位欠缴医保费会带来什么影响?

答：1. 从欠缴医保费的次月起，暂停相应参保人员的社会医疗统筹支付待遇。

2. 暂停期间不计算职工缴费年限，参保职工所发生的医疗费用由用人单位负担。

3. 用人单位及其职工在足额补缴医保费，并交纳滞纳金后，可继续享受各项待遇，还可以补记缴费年限。但暂停期间职工所发生的医疗费用，各类社会医疗保障资金不予结付。

### ■ 怎样办理大额医疗救助?

答：大额医疗救助资金按每人每月 10 元标准，由参加职工医保的人员缴纳。在职人员由所在单位在缴纳医保费的同时，从工资中代扣代缴；退休人员由退休养老金发放单位代扣代缴；灵活就业人员由社会保障事务代理机构代收代缴。

### ■ 怎样办理大病保险?

答：大病保险资金从当年医疗统筹基金中按每人每月 16 元标准筹集，暂不向参保人员个人征集。手续由市医保中心统一办理，个人不需要单独办理。也就是说，只要参加了职工基本医疗保险的参保人员，同时参加了大病保险。

### ■ 怎样参加职工自费补充保险?

答：自费补充保险费的筹资标准是每人每年 120 元，实行参保人人账户与基金共同分摊的办法筹资。具体为：职工医疗保险统筹基金历年结余中筹资 60 元，参保人员个人账户中筹资 60 元。其中，属于个人支付的部分，由医保中心在每年年初预划个人账户时，一次性全额扣缴。

新参保或续保人员，自次年 1 月 1 日起参加自费补充保险并享受相应待遇。

### ■ 怎样参加照护保险?

答：崇川区、港闸区、市经济技术开发区范围内的职工医疗保险参

保员均应参加南通市基本照护保险。

照护保险基金按年度筹集，参加照护保险人员按年度一次性缴纳。目前的筹集标准为每人每年 100 元，其中，个人缴纳 30 元，医保统筹基金筹集 30 元，政府补助 40 元。个人缴费部分，由医保经办机构统一从医保个人账户中划转。

### ■ 灵活就业人员待遇过渡期有什么规定?

答：灵活就业人员首次参保的，自办理参保缴费手续的次月起可使用个人医疗账户资金，连续缴费满 6 个月后的次月起享受社会医疗统筹支付待遇。

灵活就业人员参保需要注意的是：

1. 原参加职工医疗保险的灵活就业人员，中断缴费 3 个月以内的，在补缴中断期间医疗保险费并自办理续保缴费手续后，享受医保待遇。

2. 中断缴费 3 个月以上的，在补缴中断期间医疗保险费并在办理续保缴费手续满 6 个月后，享受医保待遇。中断缴费期间不享受医保统筹待遇。

3. 在医保待遇过渡期内办理退休的，从办理退休手续并足额缴纳医保费的次月起，可按退休人员享受有关医保待遇。

## 待遇标准

参保职工在一个结算年度内，可以享受个人账户、普通门诊统筹、特殊病门诊统筹、住院医疗统筹、大额医疗救助、大病保险、住院自费补充保险、特药待遇、城乡医疗救助等待遇，2019 年 7 月起，主要待遇如下：

## 1. 门诊待遇（一个结算年度内个人医疗账户资金用完后）

门诊医疗费用				
<p>普通门诊：个人医疗账户资金支付，支付范围为：1、个人医疗账户资金用于支付医疗保险范围内的门诊医疗费用（含门诊乙类药品、诊疗项目的个人自付费用）。2、个人医疗账户历年结余资金，用于支付住院起付线以下的和起付线以上的个人按比例负担的医疗费用，住院乙类药品、诊疗项目的个人自付费用，以及门诊使用的医疗保险范围外的药品、诊疗项目等。范围外药品不包括：《江苏省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中单味、复方均不支付和单味使用不予支付费用的中药饮片、药材、各类保健、营养、滋补品等；各类非药品，范围外诊疗项目不包括：救护车费、陪护费、电视费、电话费、伙食费、文娱活动费及部分特需服务等非医疗类项目。</p>				
普通门诊统筹：在签约的定点社区卫生服务机构刷卡年累计超过600元、超额0至4000元的符合规定的普通门诊费用，基金按比例支付。	在职	退休	两项门诊统筹医疗费用待遇不重复享受。	
	70%	80%		
市本级已办理糖尿病、高血压（Ⅱ、Ⅲ）期、乙型肝炎肝炎专项门诊的患者，门诊专项费用年累计限额2000元；同时患有上列慢性病两种以上的，门诊专项费用年累计限额合计4000元，基金根据其实际发生费用按比例支付。（不再办理新增）	50%	70%		
特殊病门诊医疗费用				
病种	待遇比例		年限额（元）	备注
	在职	退休		
长期精神病			2400	
系统性红斑狼疮			4000	
再生障碍贫血			10000	
血友病	70%	80%	30000	重型血友病年限额60000元。
恶性肿瘤（含白血病）门诊检查治疗			4000	待遇享受年限5年，5年后因疾病复发需继续治疗的应重新办理备案手续。
恶性肿瘤门诊特定放化疗	一个结算年度内个人自付600元后，社会医疗统筹基金参照住院费用分段按比例支付。备案待遇有效期12个月。			
终末期肾病透析治疗（含腹膜透析）	一个结算年度内个人自付600元后，社会医疗统筹基金参照住院费用分段按比例支付。本市联网结算的定点医疗机构，实行按病种收付费结算。			
器官移植患者抗排异治疗	一个结算年度内个人自付600元后，社会医疗统筹基金在限额内参照住院费用分段按比例支付。年度累计限额为：手术后第一年10万元，第二年9万元，第三年7.5万元，第四年及以后6.5万元。			

## 2. 住院待遇

（2019年7月起）

医疗机构等级	起付标准（元）	起付标准以上最高限额以下	费用段（万元）	报支比例						
				在职			退休			
				一级医院	二级医院	三级医院	一级医院	二级医院	三级医院	
三级综合	1000		0—2（含） 2—10（含） 10—20（含）	92%	87%	86%	96%	91%	90%	
三级专科	800			94%	92%	91%	98%	96%	95%	
二级	750			95%	92%	90%	95%	92%	90%	
一级	500			一个结算年度内，既发生规定的门诊医疗费用又发生规定的住院医疗费用的，其医疗费用合并计算，不超过一个最高限额标准。						
社区	300									
家床	300									
<p>参保人员入住签约家庭医生隶属的一级定点医疗机构，或在医联体内先在上级医院住院再转至下级基层医院住院的，起付标准以上，0元至10万元（含）部分及10万元至20万元（含）部分，社会统筹基金和大额医疗救助基金分别按98%支付。其中，医联体内下转的，取消本次基层住院的起付线，且住院次数按规定累计。</p>										
<p>门诊特殊病终末期肾病透析治疗（含腹膜透析）、器官移植抗排异治疗的门诊专项医疗及精神病长期住院治疗：发生的符合医疗保险规定的医疗费用，起付标准以上，0元至2万元（含）部分按在职和退休人员分别支付88%、92%；2万元至10万元（含）部分按在职和退休人员分别支付93%、97%。10万元至20万元（含）部分由大额医疗救助资金支付90%。连续缴纳大医疗救助费5年以上的提高到95%。</p>										
<p>注：1. 一年内多次住院的，从第二次起，按本次入院就诊医疗机构起付标准的20%，依次递减分别计算，最低不低于200元。长期连续住院的，起付标准每90天计算一次。跨年度住院的，起付标准按入院年度的起付线标准计算，费用计入出院日所在年度。2. 参保人员因精神病长期住院治疗的，一个结算年度支付一个住院起付标准，其余按医疗保险住院待遇规定支付。3. 按《江苏省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》及《南通市基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施范围及支付标准》有关规定，在支付乙类药品、诊疗服务项目的个人先负担费用后，再按医疗保险有关政策规定享受相应待遇。</p>										

## 3. 大病保险待遇

参保职工在享受基本医疗保险、大额医疗救助后，一个结算年度内个人按医疗保险规定负担的范围内医疗费用，超过起付标准1万元以上



的部分，大病保险按以下标准分段按比例累加补偿。

费用段（元）	报支比例（起付标准以上）
0—100000（含）	60%
100000—200000（含）	80%
200000 以上	90%

#### 4. 自费补充保险待遇

一个结算年度内，参保职工在定点医疗机构住院期间使用医疗保险范围外、自费补充保险支付范围内的药品、诊疗项目，每次住院超 600 元以上的部分，一级医疗机构报支 55%，二级医疗机构报支 50%，三级医疗机构报支 45%。最高支付限额为 10 万元。

#### ■ 个人医疗账户资金的支付范围有哪些？

答：个人医疗账户资金分为当年计入资金和历年结余资金。个人医疗账户资金按下列规定范围支付：

1. 个人医疗账户资金，用于支付医疗保险范围内的门诊医疗费用（含门诊乙类药品、诊疗项目的个人自付费用）
2. 个人医疗账户历年结余资金，用于支付住院起付线以下的和起付线以上的个人按比例负担的医疗费用，住院乙类药品、诊疗项目的个人自付费用，以及门诊使用的医疗保险范围外的药品、诊疗项目等。
3. 个人医疗账户历年结余资金 2000 元以上的部分，可用于参加经备案的商业医疗保险，以及为子女、配偶参加基本医疗保险缴费等。

#### ■ 职工医疗保险基金不支付的医疗费用有哪些？

答：1. 应当从工伤保险基金（含职业病）、生育保险基金中支付的医疗费用；2. 应当由第三人负担的医疗费用；3. 应当由公共卫生负担的医疗费用；4. 各类鉴定费用；5. 因犯罪、打架、斗殴、酗酒、吸毒、自杀、自伤、自残和违反法律法规行为所发生的医疗费用；6. 境外就医的医疗费用；7. 已享受过社会医疗保险（职工医疗保险、居民医疗保险和新型农村合作医疗等）待遇的医疗费用；8. 其他不符合医疗保险支付范围的医疗费用。

## 居民医保市本级政策问答

参保缴费  
待遇标准



## 参保缴费

### ※ 居民医保的参保对象是哪些人?

答：符合以下条件之一的均为居民医疗保险的实施范围和保障对象：具有市本级辖区户籍且不在职工医疗保险制度覆盖范围的所有居民；在市本级各类学校（含幼儿园、托儿所）就读的在校学生（不受户籍限制）。

### ※ 居民医保缴费标准是多少?

答：由于居民医保坚持的是保障水平与经济发展水平相适应的原则，因此，居民医保的缴费标准会适时变化，下表为 2020 年度的缴费标准：

人员类别	个人缴费	财政补助
男 60 周岁及以上，女 50 周岁及以上的老年居民	500 元	800 元
18 周岁及以上，男 60 周岁以下、女 50 周岁以下的其他非职工居民	750 元	550 元
在校学生和 18 周岁以下不在校的未成年人	200 元	1000 元

上述老年居民和劳动年龄段非职工居民个人缴费标准中含 20 元大病保险和 30 元照护保险基金；在校学生和 18 周岁以下不在校的未成年人中含 20 元大病保险基金。

### ※ 哪些居民个人可以不缴费?

答：城乡最低生活保障家庭、特困职工家庭、1-2 级重残人员、特困供养人员、重点优抚对象、具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者、享受当地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、享受政府基本生活保障的孤儿、以及农村建档立卡低收入人口个人缴费部分由政府全额补助。

### ※ 参保缴费期是如何规定的?

答：医疗保险每年 9 月 1 日至 12 月 20 日为下一结算年度登记、缴费期，其中：9 月 1 日至 12 月 20 日为在校学生的参保登记、缴费期；11 月 1 日至 12 月 20 日为除在校学生以外的居民下一年度的参保登记、缴费期。

### ※ 在哪里办理参保缴费手续?

答：在校校统一办理参保缴费手续。成年以上居民和不在校的未成年人，到户籍所在地的劳动（人事）就业社会保障服务站办理。可通过税务端的自助缴费机和微信小程序等方式进行缴费。

成年以上居民和不在校的未成年人办理参保缴费手续时，须携带户口簿、居民身份证、社保卡等资料。

低保家庭提供《南通市城镇居民最低生活保障金领取证》、特困家庭提供《南通市特困职工证》、重残人员提供《中华人民共和国残疾人证》、享受政府基本生活保障的孤儿提供《孤儿证》、享受当地民政部门定期定量生活补助费的 20 世纪 60 年代精减退职职工提供《六十年代精简退职老职工生活补助费发放证》、农村建档立卡低收入人口提供《扶贫手册》；特困供养人员、重点优抚对象和具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者提供民政部门出具的有效证明材料或相关证件。

### ※ 未及时缴费对待遇有什么影响?

答：居民医保缴费与待遇水平直接挂钩，一旦逾期未缴或未足额缴费，将有 6 个月的待遇过渡期。过渡期内不享受居民医保的任何待遇。因此，属于参保范围的居民，要按规定及时、连续参保，不间断缴费。

### ※ 居民参保还有哪些需要注意的?

答：1. 新出生的婴儿要在出生后 6 个月内办理参保缴费手续，其中跨年度的，应补缴上年度居民医疗保险费。2. 户籍关系新迁入市区的居民要在 3 个月以内办理参保缴费手续（本市行政区域内迁移，在原户籍地



已缴当年医保费的年底时缴纳下一年度医保费)。3. 原参加职工医保的人员在办理停保手续后,要在 3 个月内办理居民医保参保缴费手续。4. 户籍未迁出市本级范围的普通高等学校毕业生在毕业后 3 个月内携带户籍、毕业证书及时办理参保缴费手续。5. 新参保人员可随时携带户口簿、身份证,到户籍所在地的劳动(人事)就业社会保障服务站办理参保登记、缴费手续。

### ※ 什么是新生儿“报销追溯”?

答:新生儿“报销追溯”就是:在出生 6 个月内办理参保并足额缴费的新生儿,不仅可以从出生之日起享受居民医保各项待遇,而且在参保缴费前发生的医疗费用,还可以在参保后按规定进行补报销。

### ※ 居民怎样参加照护保险?

答:崇川区、港闸区、市经济技术开发区范围内的居民医疗保险参保人员均应参加南通市基本照护保险。

照护保险基金按年度筹集,参加照护保险的居民按年度一次性缴纳。目前的筹集标准为每人每年 100 元,其中:个人缴纳 30 元,医保统筹基金筹集 30 元,政府补助 40 元。个人缴费部分在缴纳居民医保费时一并缴纳,未成年人、在校学生以及城镇最低生活保障家庭、特困职工家庭、特困人员、重点优抚对象、完全或大部分丧失劳动能力的 1-2 级重残人员等由政府全额补助,个人不缴纳。

## ++ 待遇标准

参保居民在一个结算年度内,可以享受普通门诊统筹、特殊病门诊统筹、住院医疗统筹、大病保险、特药待遇、城乡医疗救助等待遇。主要待遇如下:

## 1. 门诊待遇(一个结算年度内)

(2019 年 7 月起)

门诊统筹医疗费用				
在签约的定点社区卫生服务机构门诊刷卡就医时,年度内发生符合规定的普通门、急诊医疗费可享受 800 元以内补偿 50% 的门诊统筹待遇。				报支比例
				50%
特殊病门诊医疗费用				
病种	待遇比例		年限额(元)	备注
	老年居民	未成年学生		
长期精神病	60%	70%	2400	
系统性红斑狼疮			4000	
再生障碍性贫血			10000	
血友病			30000	重型血友病年限额 60000 元。
恶性肿瘤(含白血病)			4000	待遇享受年限 5 年,5 年后因疾病复发需继续治疗的应重新办理备案手续
恶性肿瘤门诊特定放化疗	一个结算年度内个人自付 600 元后,社会医疗统筹基金参照住院费用分段按比例支付。备案待遇有效期 12 个月。			
终末期肾病透析治疗(含腹膜透析)	70%	70%	50000	一个结算年度内个人先自付 600 元。
器官移植患者抗排斥治疗	60%		30000	一个结算年度内个人先自付 600 元。



## 2. 住院待遇

(2019年7月起)

住院起付标准		
医院等级	成年居民、老年居民	学生、未成年人
三级综合	1000元	500元
三级专科	800元	400元
二级	750元	375元
一级	500元	250元
社区卫生服务中心	300元	200元

报支比例（起付标准以上最高限额以下）

费用段（万元）	居民		
	一级医院	二级医院	三级医院
0—10（含）	88%	83%	81%
	93%	88%	86%
10—20（含）	学生、未成年人 98%	学生、未成年人 96%	学生、未成年人 94%

参保人员入住签约家庭医生隶属的一级定点医疗机构，或在医联体内先在上级医院住院再转至下级基层医院住院的，起付标准以上，0元至2万元（含）及2万元至10万元（含）的部分基金支付90%；10万元至20万元（含）部分，基金按成年居民（老年居民），学生、未成年人分别支付93%，98%。其中，医联体内下转的，取消本次基层住院的起付线，且住院次数按规定累计。

精神病长期住院治疗：发生的符合医疗保险规定的医疗费用，起付标准以上，0元至2万元（含）及2万元至10万元（含）的部分，基金按成年居民80%、老年居民85%、学生未成年人90%的比例支付；10万元至20万元（含）的部分，基金按成年居民85%、老年居民90%、学生未成年人95%的比例支付。

1. 一年内多次住院的，从第二次起，按本次入住就诊医疗机构起付标准的20%，依次递减分别计算，最低不低于200元，长期连续住院的，起付标准每90天计算一次。跨年度住院的，起付标准按入院年度的起付标准计算，费用计入出院日所在年度。

2. 参保居民因精神病长期住院治疗的，一个结算年度支付一个住院起付标准，其余按基本医疗保险住院待遇规定支付。

3. 居民基本医疗保险的药品目录、诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准，参照职工医疗保险的有关规定执行。按《江苏省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》及《南通市基本医疗保险诊疗项目、医疗服务设施范围及支付标准》有关规定，在支付乙类药品、诊疗服务项目的个人先负担费用后，再按医疗保险有关政策规定享受相应待遇。

## 3. 大病保险待遇

一个结算年度内，参保居民在规定的定点医疗机构享受基本医疗保险待遇后，符合基本医疗保险政策范围内住院及规定限额内特殊病门诊的医疗费用中，个人负担超过大病保险起付标准1万元以上的部分，大病保险按以下标准分段按比例累加补偿。

费用段（元）	报支比例（起付标准以上）
0—100000（含）	60%
100000—200000（含）	80%
200000以上	90%



# 职工医保市本级政策问答

参保缴费

待遇标准

## ■ 南通市职工生育保险的覆盖范围和人群是什么？

答：生育保险的参保范围为本市行政区域内的机关、企业、事业单位、社会组织以及有雇工的个体工商户（以下统称用人单位）及其职工（含个体工商户招用的雇工）。这些单位的所有职工，即与用人单位签订劳动合同或形成事实劳动关系的劳动者，均应参加生育保险。

## ■ 生育保险费怎么缴纳？

答：用人单位按照本单位职工工资总额的一定比例缴纳生育保险费，缴费比例为 1.0%。职工个人不缴纳生育保险费。由用人单位到单位所在市、县（市）和通州区经办机构办理参保手续。

## ■ 生育保险待遇有哪些？

答：生育保险待遇包括生育医疗费用、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。

## ■ 参保单位欠缴生育保险费时，参保职工是否继续享受生育保险待遇？

答：用人单位未按照规定办理社会保险登记或者未按时足额缴纳生育保险费，其职工的生育保险待遇和职工未就业配偶生育的医疗费用待遇应由用人单位按照所属统筹地区生育保险规定的待遇标准足额支付，其中，生育津贴的支付标准按照职工产假或者休假前工资的标准执行。

用人单位未按时足额缴纳生育保险费的，从次月起停止生育保险待遇，暂停期间不计算缴费年限。

用人单位在足额补缴生育保险后，可补缴缴费年限，自补缴之日起继续享受生育保险待遇，暂停期间的生育保险待遇，生育保险基金不予结付，由用人单位负担。

## ■ 生育保险基金不予支付的费用有哪些？

答：（1）违反人口和计划生育法律、法规规定，生育或者实施计划生育手术的生育医疗费用、生育津贴和一次性营养补助；



(2) 不符合生育保险药品目录、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准的费用；

(3) 应当由基本医疗保险基金支付的费用；

(4) 应当由公共卫生或者其他公共服务项目以及按照规定由免费的计划生育技术服务项目负担的费用；

(5) 属于医疗事故等，应当由第三人负担的费用；

(6) 在国外以及港澳台地区发生的生育医疗费；

(7) 新生儿疾病筛查、护理和医疗的费用；

(8) 未经批准在非定点医疗机构就医的生育医疗费用（急诊、抢救的除外）；

(9) 已享受城乡居民基本医疗保险的医疗费用；

(10) 国家和省规定的不属于生育保险基金支付的其他费用。

### ■ 职工生育保险医疗费用待遇标准是什么？

答：符合生育保险基金支付范围的生育的医疗费用和计划生育的医疗费用，生育保险基金按下列规定支付：

(1) 生育保险基金按单元或病种限额支付，低于限额标准的按实支付，具体限额标准为：产前检查 1000 元；妊娠 2 个月以下的流产手术 400 元；妊娠满 2 个月、不满 3 个月的流产手术 600 元；妊娠满 3 个月、不满 7 个月的流产、引产手术 2000 元；7 个月以上（含 7 个月）的引产手术 3000 元；阴道分娩顺产 3000 元；阴道分娩难产 3200 元；符合剖宫产手术指征的剖宫产手术 4000 元，其他剖宫产手术 3600 元；放置宫内节育器（含节育器 200 元；取出宫内节育器 150 元；实施皮下埋植术 200 元；实施皮下埋植取出术 150 元；实施输卵管结扎术 500 元；实施输精管结扎术 320 元；实施输卵管复通术 1600 元；实施输精管复通术 1200 元。

(2) 分娩住院期间因诊治生育引起的并发症、合并症及剖宫产手术附带子宫肌瘤、阑尾切除等手术时的医疗费用，超过上述相应支付限额以上的部分，生育保险基金按 70% 的比例支付。

施行计划生育手术在手术或住院期间因计划生育手术引起的并发症

及附带子宫肌瘤等手术时的医疗费用，超过上述相应支付限额以上的部分，生育保险基金按 70% 的比例支付。

(3) 享受生育保险待遇的女职工因先兆流产、先兆早产在生育保险定点医疗机构住院保胎治疗期间流（引）产或早产的，其住院期间发生的符合生育保险规定的医疗费用，低于流（引）产或早产的支付限额标准的，生育保险基金按实支付；超过相应支付限额标准的部分，生育保险基金按 70% 的比例支付。

(4) 异位妊娠、葡萄胎及非分娩住院期间的先兆流产、妊娠剧吐、妊娠糖尿病、妊娠期高血压疾病、产褥期感染等相关疾病、并发症、合并症，按职工医疗保险规定，由职工医疗保险基金按规定支付。

享受职工医疗保险待遇的退休、社会养老、“协保”人员，因生育所发生的符合职工生育保险规定生育的医疗费用，纳入职工医疗保险基金支付范围，支付标准参照生育保险参保职工的待遇标准执行。

职工未就业配偶的生育保险待遇为生育的医疗费待遇，标准为职工所在统筹地区职工生育的医疗费用待遇标准的 50%。职工未就业配偶参加居民基本医疗保险的应当按照居民基本医疗保险孕产妇住院分娩补助政策享受相关医疗待遇，生育保险基金不再支付其生育的医疗费用待遇。

参加生育保险的女职工失业后，在领取失业保险金期间，生育保险待遇为生育的医疗费用、一次性营养补助待遇。

参加职工医疗保险的灵活就业人员发生的符合规定的生育的医疗费用纳入职工医疗保险基金支付范围，在享受职工医疗保险待遇期间按规定享受生育的医疗费用待遇。灵活就业人员在生育期间，因产前检查、住院分娩或者因生育而引起的流产、引产，以及分娩住院期间诊治生育引起的并发症、合并症的，所发生的符合职工生育保险支付范围的医疗费用，按照职工生育保险的相应待遇，由职工医疗保险统筹基金支付。灵活就业人员在基层医疗卫生机构产前检查，享受国家基本公共卫生服务项目规定范围内的医疗保健服务，职工医疗保险基金不重复支付其相关医疗费用。灵活就业人员享受生育的医疗费用待遇后，不再按照生育保险规定享受职工未就业配偶生育的医疗费用待遇。

### ■ 职工生育津贴和一次性营养费标准是什么？

答：职工符合江苏省人口与计划生育条例规定生育和计划生育的，在产假或者休假期间按照以下标准享受生育津贴：

(一) 生育的，享受 128 天的生育津贴，其中难产（含符合剖宫产手术指征的剖宫产），增加 15 天的生育津贴；生育多胞胎的，每多生育 1 个婴儿，增加 15 天的生育津贴。

(二) 妊娠不满 2 个月流产的，享受 20 天的生育津贴；妊娠满 2 个月不满 3 个月流产的，享受 30 天的生育津贴；妊娠满 3 个月不满 7 个月流产、引产的，享受 42 天的生育津贴；妊娠满 7 个月引产的，享受 98 天的生育津贴。

(三) 实行输卵管结扎手术的，享受 21 天的生育津贴；实行输精管结扎手术的，享受 7 天的生育津贴。

(四) 实行输卵管复通手术的，享受 21 天的生育津贴；实行输精管复通手术的，享受 14 天的生育津贴。

(五) 放置或者取出宫内节育器的，享受 2 天的生育津贴。

(六) 放置或取出药物皮下埋植剂的，享受 2 天的生育津贴。

(七) 符合国家和省有关规定享受护理假的男职工，生育保险连续缴费满 10 个月后，享受 15 天的生育津贴。

职工产假或者休假期间，享受的生育津贴低于其产假或者休假前工资标准的，由用人单位予以补足；高于其产假或者休假前工资标准的，用人单位不得截留。

职工生育或者妊娠满 7 个月引产的，发给一次性营养补助，标准为当地上年度城镇非私营单位在岗职工年平均工资的 2%。

### ■ 生育津贴如何规定的？

答：职工的生育津贴和一次性营养补助，在用人单位连续缴费满 10 个月后，由生育保险基金支付。

生育津贴是职工按照国家~~和~~和省有关规定享受产假或者计划生育手术

休假期间获得的工资性补偿。生育津贴按照职工产假或者休假天数计发，计发基数为职工所在用人单位上年度职工月平均工资除以 30。

用人单位上年度职工月平均工资按照职工生育或者实施计划生育手术时所在用人单位上年度申报的生育保险缴费基数计算，当年度新参保的单位，按其当年度申报的月平均生育保险缴费基数计算。

### ■ 参保女职工如何享受生育保险医疗待遇？

答：全市范围内生育保险医疗待遇实时划卡结算。参保人员发生的生育保险医疗费用（含生育保险支付范围以外的）均应计入生育保险信息管理系统。参保人员发生符合生育保险规定的医疗费用，通过社保卡在定点医疗机构划卡结算。属于生育保险基金支付范围的医疗费用，由经办机构与定点医疗机构按规定结付。应由个人负担和生育保险支付范围以外的医疗费用，可通过本人社会保障卡中的个人储蓄账户划转，也可由本人直接支付。

在非参保地医保定点医疗机构发生的生育费用，须在费用发生年度的次年 12 月底之前，携带相关证件和就医资料，到生育保险经办机构审核报销。

非定点医疗机构发生的费用不予报销。

### ■ 参保人员在生育保险定点医疗机构就医划卡结算需提供哪些材料？

答：(1) 妊娠后建立孕产妇保健册（卡）的，须提供生育登记证明（表）或生育证。

(2) 流（引）产或终止妊娠手术治疗的，须提供结婚证；引产的，还须提供卫生计生管理部门出具的证明。

(3) 施行其他计划生育有关手术或治疗的，根据需要提供卫生计生管理部门或单位出具的证明。

需要提供上述资料的原件及复印件。

### ■ 参保单位如何领取生育津贴?

答：参保职工符合申领生育津贴条件的，医保经办机构在生育费用结算的次月将相应的生育津贴汇至单位对公账户。

参保单位如需变更对公账户，可直接到政务中心三楼 7、8、9 号窗口领取生育津贴汇款信息确认表，也可在南通人力资源和社会保障局网站下载，填好并盖好单位公章后，再将确认表交至经办窗口。

### ■ 窗口报销需要带哪些材料?

答：男职工配偶、失业女职工和异地生育人员可在窗口报销生育费用。

1. 门诊费用须提供有效自费票据、门诊病历及相关材料；

2. 住院费用须提供有效自费票据、费用明细汇总清单（加盖医院收费专用章）、出院记录（加盖医院病区章）。

另须提供材料如下：

（1）在职女职工报销流产、引产费用的，另须提供：社保卡原件、结婚证原件；

（2）报销生育、计划内生育发生的流（引）产费用的另须提供：社保 17 卡原件、生育服务证明或生育证原件。

其中：1) 男职工配偶另须提供：配偶的就业失业登记证原件或户口所在地县级及以上就业管理部门出具的未就业证明原件（本市户口人员不需提供），以及配偶户口所在地城镇居民基本医疗保险或新型农村合作医疗保险经办机构出具的未参保证明原件（本市户口人员不需提供）；2) 领取失业保险金期间的失业女职工另须提供：就业失业登记证原件（本市户口人员不需提供）。

### ■ 市区居民生育保险有哪些待遇?

答：能正常享受市区居民基本医疗保险待遇的参保人员，发生的符合规定的生育医疗费用（持有有效准生证件），居民医保基金按以下病种限额支付：

待遇病种		限额标准
		（低于限额标准的按实支付）
妊娠期常规检查和门诊流产费用		50%（实付不超过 400 元）
住院	住院流（引）产费用	1200 元
	阴道分娩顺产	1900 元
	阴道分娩难产	2000 元
	符合剖宫产手术指征的剖宫产 / 其他剖宫产	2400 元 / 2200 元
1. 对住院分娩期间发生生育并发症及剖宫产同时附带子宫肌瘤、阑尾切除等手术的，再予以不超过 800 元的补助。 2. 参保居民妊娠期间生育并发症、产假期间生育并发症及异位妊娠住院治疗，按照居民基本医疗保险住院就医结算规定执行。 3. 在职生育保险中享受生育保险待遇的，不重复享受居民生育保险待遇。		



# 南通市医疗保险 异地就医政策问答

参保缴费  
待遇标准

## 异地就医覆盖人群有哪些？

答：职工或居民医疗保险参保人员，符合下列情况之一的，可以申请办理异地就医备案。

1. 异地安置退休人员：指退休后在异地定居并且户籍迁入定居地的人员；
2. 异地长期居住人员：指在异地居住生活且符合参保地规定的人员；
3. 常驻异地工作人员：指用人单位派驻异地工作且符合参保地规定的人员；

## 省内、跨省和长三角异地就医定点医疗机构如何查询？

答：1. 省内异地就医的具体定点医疗机构信息可通过江苏省医疗保障局查询 <http://ybj.jiangsu.gov.cn/>；

2. 跨省异地就医的具体定点医疗机构信息可通过 <http://si.12333.gov.cn> 查询；

3. 长三角异地就医门诊的具体定点医疗机构信息可咨询就医地就诊医院或医保经办机构。

## 异地就医直接结算政策是如何规定的？

答：（一）长期居住异地就医直接结算政策

### 1. 省内异地就医

参保人员备案后，可持江苏省社会保障卡（医保功能已激活）在备案地的省内异地就医联网医疗机构刷卡结算普通门诊、普通门诊统筹及住院费用，按照参保地医疗保险政策享受待遇。

### 2. 跨省异地就医

参保人员备案后，可持江苏省社会保障卡（医保功能已激活）在备案地的跨省异地就医联网的医疗机构刷卡结算住院费用，门诊费用（不包括上海地区）尚未实现联网结算。

（1）根据规定，南通市参保人员跨省异地就医联网结算实行“就医地目录、参保地支付政策”，即：医疗保险支付范围及支付规定（医保药

品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准，包括医用材料支付规定、乙类药品和诊疗项目先付比例等），执行就医地政策规定；基本医保统筹基金、大病保险等的起付标准、支付比例和最高支付限额，执行参保地政策。

(2) 南通市职工医保参保人员在跨省定点医疗机构使用江苏省社会保障卡刷卡结算住院医疗费用时，其中属于就医地基本医疗保险范围外的药品、诊疗项目及医疗服务设施的自费费用，纳入我市职工医保自费补充保险支付范围。

### 3. 长三角异地就医

参保人员在办理长居上海异地就医备案后，可持江苏省社会保障卡（医保功能已激活）在上海市的长三角异地就医联网医疗机构直接刷卡结算住院、普通门诊、普通门诊统筹医疗费用（门诊慢性病和门诊特殊病专项门诊待遇暂不可刷卡享受）。

(1) 根据规定，我市参保人员跨省异地就医联网结算实行“就医地目录、参保地支付政策”，即：医疗保险支付范围及支付规定（医保药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准，包括医用材料支付规定、乙类药品和诊疗项目先付比例等），执行就医地政策规定；基本医保统筹基金、大病保险等的起付标准、支付比例和最高支付限额，执行参保地政策。

(2) 南通市职工医保参保人员在跨省定点医疗机构使用江苏省社会保障卡刷卡结算住院医疗费用时，其中属于就医地基本医疗保险范围外的药品、诊疗项目及医疗服务设施的自费费用，纳入我市职工医保自费补充保险支付范围。

## (二) 转诊异地就医直接结算政策

### 1. 省内异地就医

参保人员备案后，可持江苏省社会保障卡（医保功能已激活）在备案地的省内异地就医联网医疗机构刷卡结算普通门诊及住院费用，按照参保地医疗保险政策享受待遇。

(1) 办理一次转诊备案手续有效期为 12 个月，12 个月内在备案的转往地区省内异地就医联网定点医疗机构刷卡结算规定的医疗费用，不需

再办理转院备案手续。

(2) 职工、居民医疗保险参保人员经备案转诊省内异地定点医院就医治疗，符合我市医疗保险服务范围和支付标准的医疗费用，职工、居民医保个人均先负担 10% 后，医疗保险基金按参保地医疗保险政策规定支付。

### 2. 跨省异地就医

参保人员备案后，可持江苏省社会保障卡（医保功能已激活）在备案地的跨省异地就医联网的医疗机构刷卡结算住院费用，门诊费用（不包括上海地区）尚未实现联网结算。

(1) 根据规定，我市参保人员跨省异地就医联网结算实行“就医地目录、参保地支付政策”，即：医疗保险支付范围及支付规定（医保药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准，包括医用材料支付规定、乙类药品和诊疗项目先付比例等），执行就医地政策规定；基本医保统筹基金、大病保险等的起付标准、支付比例和最高支付限额，执行参保地政策。

(2) 我市职工医保参保人员在跨省定点医疗机构使用江苏省社会保障卡刷卡结算住院医疗费用时，其中属于就医地基本医疗保险范围外的药品、诊疗项目及医疗服务设施的自费费用，纳入我市职工医保自费补充保险支付范围。

(3) 办理一次转诊备案手续有效期为 12 个月，12 个月内在备案的转往地区跨省异地就医联网定点医疗机构刷卡结算规定的医疗费用，不需再办理转院备案手续。

(4) 职工、居民医疗保险参保人员经备案转诊跨省异地定点医院就医治疗，符合我市医疗保险服务范围和支付标准的医疗费用，职工、居民医保个人均先负担 10% 后，医疗保险基金按参保地医疗保险政策规定支付。

### 3. 长三角异地就医

参保人员在办理长居上海异地就医备案后，可持江苏省社会保障卡（医保功能已激活）在上海市的长三角异地就医联网医疗机构直接刷卡结算住院、普通门诊医疗费用。

(1) 根据规定，我市参保人员跨省异地就医联网结算实行“就医地

目录、参保地支付政策”，即：医疗保险支付范围及支付规定（医保药品目录、诊疗项目和医疗服务设施标准，包括医用材料支付规定、乙类药品和诊疗项目先付比例等），执行就医地政策规定；基本医保统筹基金、大病保险等的起付标准、支付比例和最高支付限额，执行参保地政策。

(2) 我市职工医保参保人员在跨省定点医疗机构使用江苏省社会保障卡刷卡结算住院医疗费用时，其中属于就医地基本医疗保险范围外的药品项目及医疗服务设施的自费费用，纳入我市职工医保自费补充保险支付范围。

(3) 办理一次转诊备案手续有效期为12个月，12个月内备案的转往地区长三角异地就医联网定点医疗机构刷卡结算规定的医疗费用，不再办理转院备案手续。

(4) 职工、居民医疗保险参保人员在备案地的长三角跨省异地定点医院就医，符合我市医疗保险服务范围和支付标准的医疗费用，职工、居民医保个人均先负担10%后，医疗保险基金按参保地医疗保险政策规定支

### 异地就医费用如何结算？

答：1. 省内异地就医：参保人员备案后，在备案地的省内异地就医联网定点医疗机构就医，持本人江苏省社会保障卡直接刷卡结算规定的医疗费用，按照参保地医疗保险政策享受待遇。

2. 跨省异地就医：参保人员备案后，在备案地的跨省异地就医联网定点医疗机构就医，持本人江苏省社会保障卡直接刷卡结算住院医疗费用，实行“就医地目录、参保地支付政策”。

3. 职工、居民医疗保险参保人员在备案地的异地就医定点医院就医，按规定不使用社会保障卡结算需回参保地报销的医疗费用，按照参保地医疗保险政策享受待遇。

### 异地就医持卡结算流程是什么？

答：参保人员在参保地进行异地就医备案后，持本人江苏省社会保障卡（医保功能已激活）在备案的就医地异地就医联网医疗机构就医时，直

接刷卡结算规定的医疗费用，按规定享受医疗保险待遇。医疗费用中应个人负担的费用由个人支付，应医疗保险基金支付的费用由医保经办机构与医院结算。

### 异地就医必须“先备案再刷卡”吗？

答：参保人员必须先在参保地进行异地就医备案，备案后，在备案地的异地就医联网结算医疗机构就医时，使用江苏省社会保障卡（医保功能已激活）直接刷卡结算规定的医疗费用。

### 异地就医备案流程、方式、所需材料是如何规定的？

答：（一）长期居住异地就医

1. 所需材料：参保人员社会保障卡、居住地有效的居住证明（含公安部门出具的暂住证明或街道社区出具的有效证明），职工医保参保人员在外工作学习的可由所在单位出具证明。

2. 备案方式有四种方式，分别是：

(1) 窗口办理：参保人员携带以上材料至参保地医保窗口（市本级地址：市政务中心裙楼三楼）办理；

(2) 手机APP办理：登录“南通医保”，将以上材料上传办理；

(3) 电话传真办理：参保人员可将以上材料传真至参保地医保经办机构办理；

(4) 邮寄办理：参保人员可将以上材料邮寄至参保地医保经办机构办理。

需要注意的是，我市参保人员如果选择电话传真及邮寄办理的，需先至南通市医疗保障局网站下载《南通市医疗保险参保人员长居异地就医申请表》，然后将填写完整的表格等材料传真或邮寄进行备案。

（二）转诊异地就医

1. 所需材料：参保人员社会保障卡、南通市医疗保险定点二级及以上医院（二级专科医院限专科疾病）出具的《南通市医疗保险参保人员转院申请表》

2. 备案方式有三种方式，分别是：



(1) 医院办理：参保人员携带以上材料在转院申请医院（已开通转诊转院业务延伸办理的医疗机构）办理；

(2) 窗口办理：参保人员携带以上材料（《南通市医疗保险参保人员转院申请表》须经本市医疗保险定点二级及以上医院医保办盖章确认）至参保地医保经办机构窗口（市本级地址：政务中心裙楼三楼）办理；

(3) 电话传真办理：参保人员可将以上材料传真至参保地医保经办机构办理。

异地居住期间需跨地市（地区）转诊转院的，参保人员可通过电话并将相关转诊转院证明（居住地医疗保险定点二级及以上医院（二级专科医院限专科疾病））、联系方式、社保卡等材料传真至参保地医保经办机构进行备案。

#### 参保人员报销医疗费用需提供哪些材料、办理时限有何规定？

答：职工、居民医疗保险参保人员在异地就医定点医疗机构就医，按规定不使用社会保障卡结算的医疗费用，由参保人员个人先行垫付，于年内至参保地医保经办机构按参保地政策规定予以核报，当年发生的医疗费用应在当年 12 月底前报销，特殊情况可延至次年 1 月，逾期不予报销。

诊费用报销须提供的材料：参保人员江苏省社会保障卡、就诊医院门诊病历、有效票据及明细清单（加盖医院收费章）、本人身份证（必要时）、代报销的提供代办人身份证；恶性肿瘤门诊放疗的费用，另须提供医院盖章的放射治疗记录单和放疗小结。

住院费用报销须提供的材料：参保人员江苏省社会保障卡、就诊医院门诊病历、住院有效票据及明细清单（加盖医院收费章）、出院记录或出院小结（加盖医院章），本人身份证（必要时）、代报销的提供代办人身份证。

#### 异地就医时哪些门诊医疗费用尚未实现直接刷卡结算？

答：目前，南通市异地就医暂未实现就医地定点零售药店的联网结算。

1. 参保人员异地就医时，我市规定的门诊慢性病及门诊特殊病的门诊专项医疗费用暂未实现直接划卡结算，具体门诊病种如下：

门诊慢性病专项病种含：高血压（Ⅱ、Ⅲ期）、糖尿病、慢性乙型肝炎；

门诊特殊病专项病种含：长期精神病、系统性红斑狼疮、再生障碍性贫血、血友病、恶性肿瘤（含白血病）门诊检查治疗、恶性肿瘤门诊放化疗、终末期肾病透析治疗（含腹膜透析）、器官移植患者抗排异治疗。

2. 跨省异地就医时，除上海外，门诊医疗费用暂未实现刷卡结算。

参保人员发生符合生育保险规定的医疗费用，通过社保卡在定点医疗机构划卡结算。属于生育保险基金支付范围的医疗费用，由经办机构与定点医疗机构按规定结付。应由个人负担和生育保险支付范围以外的医疗费用，可通过本人社会保障卡中的个人储蓄账户划转，也可由本人直接支付。

在非参保地医保定点医疗机构发生的生育费用，须在费用发生年度的次年 12 月底之前，携带相关证件和就医资料，到生育保险经办机构审核报销。

非定点医疗机构发生的费用不予报销。

#### 办理了门诊慢性病、门诊特殊病备案的参保人员，异地就医时如何结算门诊专项医疗费用？

答：1. 已办理规定门诊慢性病、特殊病专项备案的参保职工，个人医疗账户资金用完后，发生的门诊慢性病、特殊病专项医疗费用，暂不使用社会保障卡刷卡结算，由参保人员个人先行垫付，于年内至参保地医保经办机构按参保地政策规定予以核报。当年发生的医疗费用应在当年 12 月底前报销，特殊情况可延至次年 1 月，逾期不予报销。

2. 已办理规定门诊特殊病专项备案的参保居民，发生的门诊特殊病专项医疗费用，暂不使用社会保障卡刷卡结算，由参保人员个人先行垫付，于年内至参保地医保经办机构按参保地政策规定予以核报。当年发生的医疗费用应在当年 12 月底前报销，特殊情况可延至次年 1 月，逾期不予报销。

#### 长居异地就医时，参保人员如何享受和结算普通门诊统筹医疗费用？

答：1. 省内长居异地和长居上海地区的，已实现普通门诊统筹费用直接刷卡结算。

2. 省内长居异地：职工、居民医疗保险参保人员办理异地就医备案手续时，可在备案地的省内已实现异地就医门诊联网结算的定点社区卫生服务中心中选择一家作为签约的定点社区卫生服务中心，在参保地医保经办机构（也可电话、传真、邮寄）或在手机 APP“南通医保”上直接办理签约登记手续。签约登记后，参保人员可使用社会保障卡在签约登记的异地定点社区卫生服务中心直接刷卡结算，按规定享受普通门诊统筹待遇。已办理过规定门诊慢性病专项备案的参保职工，不重复享受普通门诊统筹待遇。

3. 长居上海地区：职工、居民医疗保险参保人员办理异地就医备案时，可在备案地的已实现长三角异地就医门诊联网结算的定点社区卫生服务中心中选择一家作为签约的定点社区卫生服务中心，在参保地医保经办机构（也可电话、传真、邮寄）办理签约登记手续。签约登记后，参保人员可使用社会保障卡在签约登记的异地定点社区卫生服务中心直接刷卡结算，按规定享受普通门诊统筹待遇。已办理过规定门诊慢性病专项备案的参保职工，不重复享受普通门诊统筹待遇。



## 南通市医疗保险异地就医结算经办机构地址及联系电话

统筹区	咨询电话 (社保卡) (卡)	咨询电话 (医保)	传真电话 (医保)	邮寄地址 (医保)	办公地址 (医保)
南通市区	59001285	12333 12345 59001885	59001353	南通市崇川区工农南路 150号 市政政务中心裙楼三楼 318办公室	南通市崇川区工农南路 150号 市政政务中心
海安市	88921547	12333 12345 88971805	88971805	海安市长江东路10号 海安市医保中心2号窗口	海安市长江东路10号 海安市医保中心
如皋市	87971789	12333 12345 87286151 87286107 87510791	87286190	如皋市市民服务中心 C410室	如皋市市民服务中心
如东县	84110636	12333 12345 84180001 (职工医保) 84512074 (居民医保)	81990356	如东县掘港镇秦山路16号 录东县医疗保障局一楼 大厅37号窗口	如东县掘港镇秦山路 16号 如东县医疗保障局
海门市 (职工医保)	68061711	12333 12345 82109654	82223542	海门市长江南路777号 海门市行政审批局55号 窗口	海门市长江南路777号 海门市行政审批局
海门市 (居民医保)	68061711	12333 12345 82105736	82106756	海门市长江南路777号 海门市行政审批局63、 64号窗口	海门市长江南路777号 海门市行政审批局
启东市	83838122	12333 12345 83348048	83117095	启东市公园南路199号 行政审批局212窗口	启东市公园南路199号 行政审批局
通州区 (职工医保)	86026216	12333 12345 86541625	86541625	通州区金沙镇碧华路197号 通州区政务服务中心1035号 办公室	通州区金沙镇碧华路 197号 通州区政务服务中心
通州区 (居民医保)	86026216	12333 12345 86528894	86528893	通州区金沙镇碧华路197号 通州区政务服务中心1038号 办公室	通州区金沙镇碧华路 197号 通州区政务服务中心
通州湾 (居民医保)	86026216	12333 12345 86516806	86516806	通州区金沙镇碧华路197号 通州区政务服务中心二楼 B107号	通州区金沙镇碧华路 197号 通州区政务服务中心



# 南通市基本照护保险 政策问答

参保缴费  
待遇标准

## ◆ 南通市基本照护保险的覆盖范围是什么？

答：市区范围内的职工基本医疗保险和居民基本医疗保险的参保人员均纳入南通市基本照护保险的覆盖范围。离休干部、建国前老工人等不参加基本照护保险。

## ◆ 基本照护保险筹资标准是多少？

答：我市崇川区、港闸区、开发区筹集标准为每人每年100元，其中：个人缴纳30元，医保统筹基金筹集30元，政府补助40元。

未成年人、在校学生以及城镇最低生活保障家庭、特困职工家庭、完全或大部分丧失劳动能力的重残人员（1-2级）由政府全额补助，个人不缴纳。

## ◆ 参保人员如何缴费？

答：照护保险基金按年度筹集，参加照护保险的人员按年度一次性缴纳。

1. 参加职工基本医疗保险的人员，由市医保中心年初预划全年账户时，统一从医疗保险个人账户中划转。
2. 参加居民基本医疗保险的人员，在缴纳居民基本医疗保险费时一并缴纳。

## ◆ 哪些人可以享受基本照护保险待遇？

答：1. 参保人员因年老、疾病、伤残导致失能，经过不少于6个月的治疗，经评定符合重度或中度失能标准，生活不能自理、需要长期照护的，可以享受照护保险待遇。

依据《日常生活活动能力评定量表》（Barthel指数评定量表），总评分低于0-40分为重度失能，总评分41-60分的为中度失能。

2. 6周岁以上参保人员依据《南通市简易智能精神状态检查量表》评定，符合重度、中度失智标准，可享受照护保险待遇。

## ◆ 如何申请失能失智评定？

答：1. 居家参保人由本人或其代理人携带代理人身份证、申请人社会

保障卡、身份证、有效的诊断证明、按照医疗机构病历管理有关规定复印或者复制的检查、检验报告等完整病历材料等向照护保险经办机构提出申请（申请表可至南通市人社局网站下载），填写完整并备齐相关资料后，报送至市政务中心裙楼三楼E017、18号窗口。居住异地人员，也可通过邮寄方式提交申请。

2. 对入住定点服务机构照护床位失智病区的人员，照护保险经办机构将部分失能失智评定事项委托给协议服务机构。参保人可向服务机构提交申请资料。

3. 申请人已取得一、二、三级智力残疾证书的，应提供智力残疾证书复印件。

#### ◆失能评定的依据是什么？

答：现场评定时，由不少于2名专业人员对申请人生活自理情况进行评定，按照《日常生活活动能力评定量表》（Barthel指数评定量表）进行逐项评分。



评定量表如下：

项目	评定标准	分值标准
1. 进食	较大和完全依赖	0
	需部分帮助（夹菜、盛饭）	5
	全面自理	10
2. 洗澡	依赖	0
	自理	5
3. 梳洗修饰	依赖	0
	自理（能独立完成洗脸、梳头、刷牙、剃须）	5
4. 穿衣	依赖	0
	需一半帮助	5
	自理（系开纽扣、开关拉链和穿鞋）	10
5. 控制大便	昏迷或失禁	0
	偶尔失禁（每周<1次）	5
	能控制	10
6. 控制小便	失禁或昏迷或需他人导尿	0
	偶尔失禁（<1次/24小时；>1次/周）	5
	能控制	10
7. 如厕	依赖	0
	需部分帮助	5
	自理	10
8. 床椅转移	完全依赖别人	0
	需大量帮助（2人），能坐	5
	需小量帮助（1人），或监护	10
	自理	15
9. 行走	不能走	0
	在轮椅上独立行动	5
	需1人帮助（体力或语言督导）	10
	独自步行（可用辅助器具）	15
10. 上下楼梯	不能	0
	需帮助	5
	自理	10
合计		100

注：此量表满分为100分。根据总分，将自理能力分为重度依赖、中度依赖、轻度依赖和无需依赖四个等级，得分≤40分表示为重度依赖，41—60分表示为中度依赖，61—99分表示为轻度依赖，100分表示为无需依赖。



### ◆失智评定的依据是什么？

答：南通市精神卫生中心（南通市第四人民医院）将根据《南通市简易智能精神状态检查量表》对申请失智的参保人进行逐项评分。检查量表如下：

定向力	分数	最高分
现在是（星期几）（几号）（几月）（什么季节）（哪一年）		5
我们现在在哪里：（省市）（区或县）（街道或乡）（什么地方）（第几层楼）		5
记忆力		3
现在我要说三样东西的名称，在我讲完之后，请您重复一遍。请您记住这三样东西，因为几分钟后要再问您的。（请仔细说清楚，每一样东西一秒钟）“皮球”“国旗”“树木”请您把这三样东西再说一遍（以第一次答案记分）		
注意力和计算力		5
请您算一算 100 减去了 7，然后从所得的数目现减去 7，如此一直的计算下去，请您将每减一个 7 后的答案告诉我，直到我说“停”为止。（若错了，但下一个答案是对的，那么只记一次错误）93……，86……，79……，65……。		
回忆力		3
现在请您说出刚才我让您记住的那三样东西？“皮球”“国旗”“树木”		
语言能力		
（出示手表）这个东西叫什么？		1
（出去铅笔）这个东西叫什么？		1
现在我要说一句话，请您跟着我清楚地重复一遍，“四十四只石狮子”		1
我给您一张纸请您按我说的去做，现在开始：“用右手拿这张纸，用两只手将它对折起来，放在您的大腿上”，（不要重复说明，也不要示范）		3
请您念一念这句话，并且按上面的意思去做。闭上您的眼睛		1
您给我写一个完整的句子。（句子必须有主语、动词、有意义）记下所述句子的全文。		1
这是一张图，请您在同一张纸上照样把它画下来。（对：两个五边形的图案，交叉处又有个小四边形）		1

### ◆居家失能、失智参保人员申请评定后，具体评定流程是怎样的？

答：失能人员提供材料完整的，照护保险经办机构在收到评定申请后，经办机构会根据预留的联系方式与您联系，安排由专业评定人员组成的评定小组上门为申请人进行现场评定、走访调查，并如实记录相关信息，由市劳动能力鉴定中心出具评定结论。

失智人员提供材料完整的，由经办机构安排（一般由家属带申请人）至南通市精神卫生中心（南通市第四人民医院）进行失智评定。因行动不便的，可提出申请后由照护服务中心安排专家上门进行评定。经照护服务中心走访、公示等程序后，由市劳动能力鉴定中心审核并出具评定结论。申请人已取得一、二、三级智力残疾证书的，无需重新评定，向照护服务中心提出申请并签订诚信承诺书，直接出具评定结论。

评定结论书作出后3个工作日内，经办机构将通知参保人评定结果，并告知相关政策、可享受待遇及各待遇享受途径。

### ◆哪些情况不予受理照护保险待遇申请？

1. 未参加照护保险的；
2. 患病治疗期未满6个月的；
3. 距上次评定结论作出之日起，未满6个月的。

### ◆基本照护保险待遇有哪些？

答：参保人员接受协议服务机构的照护服务，发生的符合规定的床位费、照护服务费、护理设备使用费、护理耗材等照护费用纳入照护保险支付范围，由保险基金按标准支付。照护服务内容包括但不限于清洁照料、睡眠照料、饮食照料、排泄照料、卧位与安全照料、病情观察、心理安慰、管道照护、康复照护及清洁消毒等项目。

### ◆定评通过后从何时开始享受待遇？

答：符合享受照护保险待遇条件的，自评定结论作出之次日起享受照护保险相关待遇。

### ◆基本照护保险待遇标准是什么？

答：现待遇标准见下表：（每人/每天/元）

	重度失能	重度失智	中度失能	中度失智	重度失智+中度及以上失能
居家待遇	15	15	8	8	15
养老机构	50	50	30	30	60
医疗机构	70	70	40	50	80

### ◆居家失能人员照护补助如何发放？

答：经照护保险经办机构审核符合照护保险规定的，照护补助按天计算，并于季末后第一个月发放上一季度补助。照护补助发放至参保人员社会保障卡银行储蓄账户中。

### ◆享受辅助器具服务的标准是多少？

答：符合照护保险享受待遇条件，有照护保险辅助器具配置需求，且经过适配评估确认需要配置辅助器具的居家重度、中度失能、失智人员可以申请享受辅助器具服务。

居家失能、失智人员辅助器具服务费用实行费用年度限额控制，暂按重度失能、失智人员8000元，中度失能、失智人员6000元执行。在限额之内，照护保险支付标准内的费用，基金和个人按8：2的比例支付，应由个人负担的费用及超出年度限额的费用由个人现金支付。年度限额限当年使用，结余不予变现、结转。

### ◆居家失能人员有哪些居家上门照护服务套餐可以选择？如何选择？

答：上门服务、辅具服务申请表在照护补助申请表上一并告知，可根据失能人员需要选择适合的服务。

目前有9个居家上门照护服务套餐、12个个性服务项目可供居家失能人员选择。

服务套餐分别是安康1、安康2、护康1、护康2、护康3、护康4、清

洁服务套餐、压疮护理套餐、体征监测套餐，每周上门服务1次，每次服务时间1-1.5小时。居家照护服务费用中，每次由个人负担5元，在服务结束后，经服务对象或其家属确认后，从照护保险支付的照护补助中扣除。

已经接受居家上门照护服务的失能人员可申请每周增加一次免个人负担的“宁康”服务。从“宁康”服务套餐中选择7-10项服务组成套餐，每次服务时间1-1.5小时。参保人可委托服务机构代办申请手续。

个性化服务包括生命体征监测、排泄护理等内容。

### ◆已享受居家失能失智待遇的人员，想要入住护理院、养老院的该怎么办？

答：已享受居家待遇的参保人员，入住定点照护服务机构照护床位的，向机构提供原评定结论书，办理入院手续，享受机构照护待遇。

### ◆哪些情况下失能失智人员不享受照护保险待遇？

答：1. 参保人员在医疗保险定点医院住院治疗期间，不享受照护保险待遇。

2. 参保人入住非定点照护服务机构的，不享受照护保险待遇。

3. 属于基本医疗保险、工伤保险、生育保险承担的护理、康复及照护费用，照护保险基金不予支付。

### ◆我市建档立卡贫困家庭成员在享受照护保险时，有哪些优惠政策？

答：建档立卡家庭成员将全部免费纳入照护保险制度范围。建档立卡家庭成员参加照护保险，个人缴纳的费用由市、县（市）区财政予以补助。

建档立卡家庭成员中符合照护保险制度规定的人员，在申请办理失能失智评定申请手续后，照护保险经办机构将开通受理评定绿色通道，优先、及时进行评定。

享受照护保险待遇的居家人员，照护保险经办机构根据参保人的照护需求，安排服务套餐，上门提供生活照料和医疗护理服务，服务套餐个人自付部分予以免除。

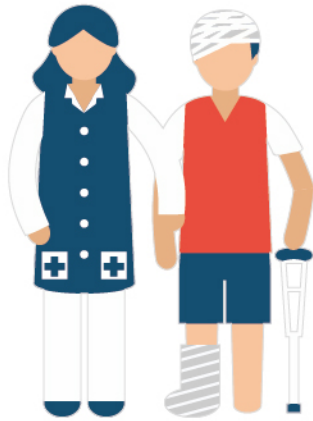
建档立卡家庭失能失智人员需要辅助器具服务的，符合享受条件的，租赁或购买辅助器具个人自付部分予以免除。

建档立卡家庭失能失智人员在照护机构接受照护服务的，在享受基本医疗保险待遇的同时享受照护保险待遇，每天补助标准增加20%。

参加照护保险的城镇最低生活保障家庭、特困职工家庭、特困人员参照享受。

#### ◆照护保险有义工服务吗？

答：有。失能人员有义工服务需求的，我们将根据义工的能力和特长，选择合适的义工提供包括读书读报、消遣聊天、心理安慰等喘息服务以及清理个人卫生，提供血压、血糖测量以及其它有利于失能人员身心健康的服务。



## 打击欺诈骗取医保基金 行为政策问答

骗保





### ◆为什么要打击欺诈骗取医保基金的行为？

答：医保基金是老百姓的“救命钱”，具有“专款专用”的性质，将医保基金视作“唐僧肉”而发生的欺诈骗取行为，最终损害的将是每一个参保人的切身利益。

守护医保基金安全，促进基金有效使用，人人有责。近年来，欺诈骗取医保基金的行为多发频发，严重损害基金安全，损害广大参保人员切身利益，必须坚决予以打击。



### ◆涉及定点医疗机构的哪些欺诈骗保行为可以举报呢？

- 答：1. 虚构医药服务，伪造医疗文书和票据，骗取医保基金的；  
2. 为参保人员提供虚假发票；  
3. 将应由个人负担的医疗费用记入医疗保障基金支付范围的；  
4. 为不属于医保范围的人员办理医保待遇的；  
5. 为非定点医药机构提供刷卡记账服务的；  
6. 挂名住院的；  
7. 串换药品、耗材、物品、诊疗项目等骗取医保基金支出的。

#### 案例回放：

XX市X医院以“免费”为幌子接送健康老人住院，病人是演的，病床是空的，病历是假的，以此骗取医保基金。以为“天上掉馅饼”，最终锒铛入狱。

XX县XX卫生院联合不法分子聚敛医保卡，虚构诊断，虚开药品，虚假备案，被取消医保定点资格，并移送司法机关。



### ◆涉及定点零售药店的哪些欺诈骗保行为可以举报呢？

答：1. 盗刷医疗保障身份凭证，为参保人员套取现金或购买营养保健品、化妆品、生活用品等非医疗物品的；

2. 为参保人员串换药品、耗材、物品等骗取医保基金支出的；

3. 为非定点医药机构提供刷卡记账服务的；

4. 为参保人员虚开发票、提供虚假发票的。



#### 案例回放：

XX连锁药店，为消费者购买米、面、油及保健品提供医保刷卡结算服务，被没收非法所得，并处5倍罚款。

### ◆涉及参保人员的哪些欺诈骗保行为可以举报呢？

答：1. 伪造假医疗服务票据，骗取医保基金的；

2. 将本人的医疗保障凭证转借他人就医或持他人医疗保障凭证冒名就医的；

3. 非法使用医疗保障身份凭证，套取药品耗材等，倒买倒卖非法牟利的。

#### 案例回放：

参保人XX从药贩子手中购买住院假发票并返回参保地报销，以诈骗罪依法处置。



### ◆涉及医疗保障经办机构工作人员的哪些欺诈骗保行为可以举报呢？

答：1. 为不属于医疗保障范围的人员办理医保待遇手续的；  
2. 违反规定支付医疗保障费用的。



### ◆有哪些举报形式呢？

答：两种举报形式任选其一。

1. 实名举报，是指提供真实身份证明以及真实有效联系方式的检举、揭发行为。

2. 匿名举报，是指不提供真实身份的举报行为，如举报人希望获得举报奖励，可以提供其他能够辨别其身份的信息及有效联系方式，医疗保障部门确认身份后，可兑现举报奖。



### ◆举报线索提供多久后能有反馈和办理？

答：对于要求反馈并有可靠联系方式的举报线索，接到举报后15个工作日内反馈，对符合受理范围的举报案件，医疗保障部门在此期限内需提出是否受理的意见；对不属于受理范围的实名举报案件，告知举报人不予受理的意见，并说明原因。

对属于受理范围的举报案件，医疗保障部门自受理之日起30个工作日内办理完毕。情况复杂的，视情况可以延长至3个月内办结。特别重大案件，原则上不超过6个月。



### ◆如何才能得到举报奖励呢？

答：只需要满足三个条件：

1. 举报情况经查证属实，造成医保基金损失或因举报避免医保基金损失；

2. 举报人提供的主要事实、证据事先未被医保行政部门掌握；

3. 举报人选择愿意得到举报奖励。

举报人为定点医疗机构、定点零售药店内部人员或原内部人员的，可适当提高奖励标准；举报人为定点医疗机构、定点零售药店竞争机构及其工作人员，并提供可靠线索的，也将适当提高奖励标准。



### ◆举报奖励资金有多少呢？

答：最高不超过10万元。具体数额由统筹地区医疗保障部门按照查实欺诈骗保金额的一定比例，对举报人予以奖励。举报奖励资金，原则上采用非现金方式支付。



## ◆ 举报方式有哪些呢？



答：1. 电话拨打南通市医保局打击欺诈骗取医保基金举报电话或各地举报电话。

### 南通市各县（市）、区举报电话

序号	地区	电话
1	南通市区	59001568、59001300
2	通州	69922585、86541625、86528894
3	海门	82398005
4	启东	69919900、83317005
5	如东	81902006、84517219
6	海安	88921593、88911950
7	如皋	87635615、87286197



### 2. 写信

将举报信及相关书面资料邮寄至南通市医疗保障局或各地医保局。



### 3. 微信

扫二维码进入南通医保局微信公众号；  
“微官网”菜单下的“打击骗保”栏目进行举报。



## 定点单位的违法违规行

1. 以药易药、串换项目。
2. 以药换保健品或医疗器械用品等。
3. 以药易物（生活用品、家用电器等物品）骗取、套取医保基金。
4. 采用换购物卡、有价证券及提取现金等各种形式骗取、套取医保基金。
5. 人证不符诊治、开具与参保患者本人疾病无关的药品等。
6. 违规收集、留存参保人员社保卡，或将参保人员的社保卡拿到其他定点单位刷卡。
7. 为非定点或其他定点单位提供医疗保险划卡结算。
8. 将应由参保人员个人先付、自付费用变通为不付、少付，套取医疗保险统筹基金。
9. 虚假门诊、住院或虚记医疗费用、空划记帐、留存费用等骗取、套取医保基金。
10. 伪造、编造病历、处方、票据、病情证明、疾病评估表等资料套取、骗取医疗保险基金。
11. 私自安装、连接医疗保险信息系统或擅自变更医疗保险网络线路；非法侵入或攻击医疗保险网络。
12. 其他违反医疗保险、卫生、药品、价格、财务等管理规定和其他不规范使用医疗保险基金的行为。



## 违法违规行为的处理

定点单位违反医疗保险服务协议，发生上述违法违规行为之一，造成医疗保险基金损失的，追回基金损失和违约金，按情节轻重责令改正或限期整改、暂停医疗保险服务、解除医疗保险服务协议；情节严重的，取消医保协议服务资质。

以欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取医疗保险基金支出的，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。构成犯罪的，依法追究刑事责任。





## 参保人员的违法违规行爲

1. 将本人社保卡给他人、定点单位、其他单位使用，造成医疗保险基金损失的。
2. 大量配取与本人疾病无关的药品或过度超剂量配购药等异常就医购药行为，造成医疗保险基金损失的。
3. 采用转手倒卖药品等手段套取医疗保险基金，非法牟利或不当得利的。
4. 采用冒名就医购药等虚假手段，骗取医疗保险基金的。
5. 采用伪造、变造、涂改病历、处方、病情证明、生育证明、医疗费用票据等欺诈手段，骗取医疗保险基金的。
6. 经送达或公告送达医疗保险就诊情况审核通知后，当事人仍拒绝接受询问、提供就诊资料或拒绝协助调查的。
7. 其他各种骗取医疗保险待遇及损坏、侵害公众利益套取医疗保险基金，造成医疗保险基金损失的行为。



## 违法违规行为的处理

参保人员在就医、购药过程中发生上述违法违规行为之一的，责令退回已由医疗保险基金支付的相关医疗保险费用，视情节予以警告或采取改变医疗保险费用记账结算方式1至6个月的处理。

以欺诈、伪造证明材料或其他手段骗取医疗保险待遇的，处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款。构成犯罪的，依法追究刑事责任。