

# 连云港城乡居民医保政策合集

聚合来源：连云港市人民政府官网公开页面

生成日期：2026-06-14

## 目录

1. 2026年度连云港市城乡居民基本医疗保险参保缴费开始了（2025-10-27）
2. 市政府办公室关于进一步完善连云港市城乡居民基本医疗保险政策的通知（2018-11-07）
3. 市政府关于印发连云港市城乡居民基本医疗保险办法的通知（2017-09-30）
4. 城乡居民医保能否在市中医院进行普通门诊报销（2024-04-18）

# 1. 2026年度连云港市城乡居民基本医疗保险参保缴费开始了

时间：2025-10-27 | 来源：连云港日报

原文链接：[http://www.lyg.gov.cn/zglygzfzmhwz/fwzx\\_ylws/content/bc747978-d320-4383-9441-6e0f9f69ed7f.html](http://www.lyg.gov.cn/zglygzfzmhwz/fwzx_ylws/content/bc747978-d320-4383-9441-6e0f9f69ed7f.html)

根据国家和省市关于做好城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）参保缴费相关工作要求，我市已正式启动2026年度城乡居民医保参保缴费工作，现将有关缴费标准、注意事项告知如下：

## 一、参保对象

凡未参加基本医疗保险，且符合以下条件之一的人员：

- 1.具有本市户籍的居民；
- 2.具有本市学籍的在校学生；
- 3.在本市取得居住证且未在原籍参加基本医疗保险的常住人口。

## 二、缴费标准

### 1.在校学生个人缴费标准

大中专院校在校学生每人每年350元，其他在校学生（含幼儿园）每人每年420元。

### 2.普通居民个人缴费标准

18周岁以下未成年居民每人每年420元，其他成年居民每人每年440元。

### 3.困难人员缴费标准

特困人员，最低生活保障对象，困境儿童，符合条件的享受国家抚恤补助的优抚对象，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，市、县（区）总工会核定的特困职工，低保边缘家庭成员，支出型困难家庭中的大重病患者，具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者以及省和设区的市人民政府规定的其他特殊困难人员等医疗救助对象参加城乡居民医保的，个人缴费部分由财政予以全额资助。

## 三、参保登记

### 1.一般居民参保

按照属地管理的原则，新增的城乡居民携带居民户口簿（或居住证）、身份证到户籍所在乡镇（街道）、村委（社区）办理参保登记手续；续保的城乡居民不需要办理登记手续。

### 2.在校学生参保

全日制高等院校、中等专业学校、技工学校、中小学校、特殊教育学校和托幼机构等以学校为单位集中办理在校学生参保、续保相关手续。

### 3.困难群体参保

各级民政、退役军人事务、农业农村、总工会等部门按照各自职责主动提供各类医疗救助对象准确、完整的信息，协同医保经办机构做好各类医疗救助对象的参保登记工作。

### 4.跨县区参保

参保人员在本市范围内因户口迁移或常住地迁移（需在常住地取得居住证）可在户口迁入地或取得居住证的常住地办理参保缴费。

#### 四、缴费时间

城乡居民医保实行年度缴费，集中缴费时间为2025年10月至12月，待遇享受期限为2026年1月1日至12月31日，但有以下几类特殊情形：

- 1.新生儿出生90天内（含90天）按规定办理居民医保参保登记并缴费到账的，不设置待遇等待期，自出生之日起享受居民医保待遇。
- 2.退役军人及其随迁的未就业配偶及子女，身份转换时未参加居民医保的，自身份转换之日起90天内(含90天)参加居民医保并按规定缴费到账，不设待遇等待期，自缴费到账次日起享受所缴费年度居民医保待遇。
- 3.刑满释放人员自身份转换之日起90天内(含90天)参加居民医保并按规定缴费到账，不设待遇等待期，自缴费到账次日起享受所缴费年度居民医保待遇。
- 4.职工医保停保人员，身份转换时未参加居民医保的，自身份转换之日起90天内(含90天)参加居民医保并按规定缴费到账，不设待遇等待期，自缴费到账次日起享受所缴费年度居民医保待遇。
- 5.未参保的新增医疗救助对象，及时资助参保，不设待遇等待期。
- 6.严重精神障碍患者未能在集中参保缴费时间内缴费的，自缴费到账次日起享受所缴费年度居民医保待遇。
- 7.在本市新入学首次参保的全日制大中专院校在校学生，自9月1日至次年的12月31日享受居民医保待遇（按学制缴纳城乡居民医保费用的，待遇享受时间为入学当年9月1日至毕业当年年底）。

除上述七种特殊情形外，未能在集中缴费时间内缴费的人员，可补办当年度参保缴费手续，补缴其全年个人缴费部分，自缴费到账2个月后享受所缴费年度居民医保待遇。

#### 五、缴费方式

大中专院校学生个人缴费部分由学校统一代收代缴，其他人员按照以下方式缴费：

##### 1.微信、支付宝

参保人员可通过微信、支付宝搜索“江苏税务社保缴纳”小程序为本人或代他人缴费。

##### 2.“江苏医保云”APP

职工医保个人账户通过共济可为家庭成员缴纳城乡居民医保费用。打开“江苏医保云”APP，点击“家庭共济”-“我授权的亲属”，添加家属信息；点击“共济缴费”，缴费险种选择“城乡居民医保”，费款所属期选择“2026年”即可为家庭成员缴纳2026年度城乡居民医保费。

##### 3.“电子税务局”APP

打开“电子税务局”APP。首次使用需点击“我的”-“立即登录”-“用户注册”进行注册。登录后点击下方“办&查”-“社保业务”-“社保费缴费办理（选档）”，输入本人或他人信息，确认征收品目、所属社保经办机构以及缴费档次无误，缴费年度选择2026，点击提交，完成支付。

##### 4.银联移动POS机

部分乡镇（街道）便民服务中心、村委（社区）党群服务中心部署有银联移动POS机缴费终端，支持银联卡刷卡缴费或微信、支付宝扫码缴费，参保居民可携带身份证前往上述地点缴费。

##### 5.银行网点

市区参保居民可携带身份证至市东方农商银行各网点缴费，赣榆区、东海县、灌云县、灌南县参保居民可携带身份证至当地农村商业银行网点缴费，也可以通过农商银行的手机银行、ATM机自助缴费。

## 六、票据取得

### 1.江苏省电子税务局

打开电脑浏览器搜索“江苏省电子税务局”，点击右上角“登录”，选择“自然人业务”进行实名注册登录；进入界面首页点击“地方特色”-“社保业务”-“社保费缴费凭证查询”；输入相关信息后即可查询、打印。

### 2.“电子税务局”APP

登录“电子税务局”APP，点击下方“办&查”-“社保业务”-“社保缴费证明查询”；按要求输入相关信息后提交，确认需查询的所属期、个人社保号、险种后即可查询。

### 3.“苏服办”APP/小程序

使用“苏服办”APP或通过支付宝搜索“苏服办”应用；登录后点击下方“服务”-“社保服务”-“社保缴费凭证查询”；输入姓名、身份证号、手机号码等信息后提交；确认需查询的所属期、个人信息以及参保险种后即可查询。

### 4.银行回单

缴费人通过银行柜面、银行APP、自助机缴费的也可以在银行自助机打印《社会保险费电子票据》。

### 5.POS机小票

缴费人通过银联税银POS机缴费的，税银POS机同时打印输出热敏纸《社会保险费电子票据》。

### 6.服务中心

缴费人也可至参保地乡镇（街道）便民服务中心或社区（村组）党群服务中心查询缴费到账情况。

## 七、注意事项

1.缴费时，缴费人须认真核对参保地信息，如发现显示的社保经办机构与当前参保地不符，请前往当前参保地所在乡镇（街道）变更参保信息后缴费。

2.通过微信、支付宝等线上渠道缴费的，缴费后3-5日请通过原渠道查询缴费状态，如缴费状态异常且钱款退回，可重新缴费。

3.我市城乡居民在参加基本医疗保险（包括职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险）的基础上，可自愿参加“江苏医惠保1号”等普惠型商业补充医疗保险。但需要特别提醒的是：上述普惠型商业补充医疗保险只是对基本医疗保险的补充而非替代，享受“江苏医惠保1号”等补充医疗保险报销的前提是必须参加基本医疗保险，不参加基本医疗保险，即使投保了“江苏医惠保1号”，投保人也无法得到任何医疗费用的报销。

4.请参保人员务必要在集中缴费期（10-12月）及时参保缴费，并保持每年连续参保缴费，以免因待遇等待期影响医保待遇享受。

## 八、医疗待遇

城乡居民参加医疗保险以后，可以享受门诊、住院、生育、大病等方面的医疗保障。

### 1.门诊方面

普通门诊统筹：在基层定点医疗机构的合规费用在800元以内可以报销50%(实行家庭医生签约服务的参保人员封顶线为900元)。门诊慢性病：对应合规费用500元（高血压、糖尿病200元）以上部分在一、二、三级医院可报销65%至75%不等，封顶线根据病种不同分别为3000元和5000元。门诊特殊病：年度限额内的合规费用，甲类传染病的报销比例为100%，腹膜透析的报销比例为95%，进行性肌营养不良的报销比例为70%，其他病种或治疗方式的报销比例为90%。在校学生在校内遭遇无第三方责任意外伤害的合规费用，在一、二、三级医疗机构可报销60%至80%不等，年度封顶线为3000元。

## 2.住院方面

在统筹区内一、二、三级医院住院起付线分别为200元、400元、800元，起付线以上合规费用成年居民报销比例分别为85%、75%、65%。在校学生和未成年人各费用段报销比例比成年居民高10个百分点，且100000元以上部分报销90%。

## 3.生育方面

我市城乡居民医保参保居民，在定点医疗机构发生的符合国家和省计划生育政策的合规生育医疗费用纳入城乡居民医保基金保障范围，住院分娩合规医疗费用先按照城乡居民医保普通住院进行报销，剩余部分由财政予以补助；产前检查定额报销321元。

## 4.大病保障

参保居民经基本医疗保险报销后，个人负担超过一定水平的住院、门诊慢性病和门诊特殊病的合规医疗费用由城乡居民大病保险进行再报销，起付标准为1.6万元，封顶线为50万元，个人负担1.6万元以上至8万元部分，报销60%，8万元以上至15万元部分，报销70%，15万元以上至50万元部分，报销80%。符合条件的困难居民大病保险起付标准降低为8000元，各费用段报销比例提高10个百分点。

需要进一步了解城乡居民医保相关政策及缴费办理流程，可以关注“连云港医保”或“连云港税务”微信公众号查询。

## 2. 市政府办公室关于进一步完善连云港市城乡居民基本医疗保险政策的通知

时间：2018-11-07 | 来源：连云港市政府办公室

原文链接：[http://www.lyg.gov.cn/zglygzfzfmhwhz/szfbgswj1/content/zwgk\\_ec4c8e7f7a4c4154ae0d820883bc2131.html](http://www.lyg.gov.cn/zglygzfzfmhwhz/szfbgswj1/content/zwgk_ec4c8e7f7a4c4154ae0d820883bc2131.html)

各县、区人民政府，市各委办局，市各直属单位：

为进一步健全基本医疗保障体系，根据我市整合后的城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）制度运行情况，按照市政府《关于印发连云港市城乡居民基本医疗保险办法的通知》（连政发〔2017〕110号）相关规定，现就进一步完善城乡居民医保政策通知如下：

### 一、提高城乡居民医保住院待遇

参保成年居民在一级及以下、二级、三级定点医疗机构住院发生的合规医疗费用，起付线以上部分，基本医疗统筹基金报销比例分别提高至85%、75%、70%。

参保成年居民经备案转外（市外转诊）、长期居外住院发生的合规医疗费用，起付线以上部分，基本医疗统筹基金报销比例提高至65%。

在校学生和未成年人住院医疗费用基本医疗统筹基金报销比例比成年居民提高10个百分点；100000元以上部分，基本医疗统筹基金报销比例低于90%的，提高到90%。

### 二、提高城乡居民医保普通门诊统筹待遇

普通门诊统筹费用不设起付线，将普通门诊统筹封顶线调整为800元，实行家庭医生签约服务的参保人员的普通门诊统筹封顶线调整为900元。参保人员一个年度内在统筹区内基层医疗机构发生的封顶线以下的合规医疗费用，基本医疗统筹基金报销比例为50%，其余部分由个人负担。

开展门诊统筹医保付费方式改革，在门诊统筹总额控制基础上推行按人头付费，明确按人头付费的基本医疗服务范围和标准，同时建立考核指标体系，将相关内容纳入定点服务协议，并加强管理。

### 三、提高城乡居民医保参保人员生育待遇

为配合推进我市“健康宝贝工程”相关工作，结合物价部门的收费规定，将符合规定的城乡居民医保参保人员产前检查（含新生儿疾病筛查）定额报销费用额度调整为321元。

### 四、扩大医疗救助人群补助范围

对最低生活保障对象、特困供养人员、具有本地户籍的临时救助对象中的重大病患者、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、重点优抚对象、享受政府基本生活保障的孤儿、市和县（区）总工会核定的特困职工等7类救助对象以及农村建档立卡低收入人口，全额资助参加城乡居民医保。其他困难群体的参保资助办法按上级文件规定执行。

### 五、优化医保待遇调整程序

为适应“放管服”改革要求，进一步简化程序，方便参保人员，各县（赣榆区）可结合自身实际制定本统筹区城乡居民医保政策调整方案，由统筹区政府研究后公布执行。

六、施行日期。市区自2019年1月1日起施行，各县（赣榆区）施行时间由各统筹区政府研究决定。我市以前有关规定与本通知不一致的，按本通知执行。

七、本通知由市人力资源和社会保障局负责解释。

连云港市人民政府办公室

2018年11月7日

（此件公开发布）

《关于进一步完善连云港市城乡居民基本医疗保险政策的通知》解读

图解：连云港市城乡居民医保政策调整

媒体：我市城乡居民基本医疗保险政策调整

### 3. 市政府关于印发连云港市城乡居民基本医疗保险办法的通知

时间：2017-09-30 | 来源：连云港市人民政府办公室

原文链接：[http://www.lyg.gov.cn/zglygzfmrhwz/szfgfxwj1/content/zwgk\\_401ecdd9047f4e90acadb004359c08c3.html](http://www.lyg.gov.cn/zglygzfmrhwz/szfgfxwj1/content/zwgk_401ecdd9047f4e90acadb004359c08c3.html)

各县、区人民政府，市各委办局，市各直属单位：

《连云港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，请认真贯彻执行。

连云港市人民政府

2017年9月30日

（此件公开发布）

连云港市城乡居民基本医疗保险办法

第一条目的和依据

根据《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）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，为保障本市城乡居民的基本医疗，建立城乡居民统一的基本医疗保险制度，结合实际，制定本办法。

第二条适用对象

凡未参加本市城镇职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”），且符合以下条件之一的人员，可以参加城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）：

- （一）具有本市户籍，年龄超过18周岁（截止当年12月31日）的成年居民；
- （二）具有本市学籍的在校学生和本市户籍的未成年居民；
- （三）在本市取得居住证且未在原籍参加基本医疗保险的常住人口。

第三条管理部门

人力资源社会保障部门是城乡居民医保的行政主管部门，负责城乡居民医保政策的制定和组织实施。

财政、卫生计生、教育、民政、公安、扶贫办等部门及红十字会、残联等社会团体按照各自职责，协同做好城乡居民医保的管理工作。

第四条统筹层次

城乡居民医保实行市区、县（含赣榆区，下同）分级统筹、分级管理，在此基础上建立市级调剂金制度。市级调剂具体办法由市人力资源和社会保障局、市财政局另行制定。

第五条筹资标准

城乡居民医保基金筹集坚持以收定支、收支平衡、略有结余原则。

城乡居民医保实行个人缴费和政府补助相结合，合理划分政府与个人的筹资责任，在提高政府补助标准的同时，适当提高个人缴费比重。同一统筹区内个人缴费实行同一标准。筹资标准和个人缴费标准，可结合实际情况适时调整，具体筹资方案由统筹区人力资源和社会保障局、财政局商定，报统筹区政府同意后公布执行。

政府补助由中央、省、市区、县级财政按有关规定执行。

## 第六条筹集部门

各县（区）人民政府为城乡居民医保工作的责任主体，负责组织辖区内城乡居民医保参保和基金筹资工作；各镇人民政府、街道办事处具体负责辖区内城乡居民医保的参保登记缴费、政策宣传等工作，各级劳动保障经办机构、村民委员会协助乡镇政府（街道办事处）做好筹资与宣传发动工作，乡镇、村卫生机构要参与参保工作；教育行政主管部门负责在校学生的参保筹资工作，在校学生以学校为单位登记缴费。组织城乡居民参保工作专项经费列入同级财政部门年度预算予以保障。

## 第七条登记缴费

城乡居民医保实行年度缴费，集中登记缴费期为每年的9月至12月，可选择委托银行代扣代缴、现金和网上缴费等方式参保缴费。参保人员在集中缴费期内缴费的，于次年1月1日至12月31日享受相应城乡居民医保待遇；除新生儿、当年退役士兵外，在次年1至6月份缴费的，自缴费6个月后享受当年度城乡居民医保待遇；次年7月以后不再受理当年登记缴费。

享受职工医保待遇的人员中断缴费2个月内参加城乡居民医保的，自缴费次日起享受当年度城乡居民医保待遇。当年退役士兵自缴费次日起享受当年度城乡居民医保待遇。新生儿出生后1个月（含）内参保缴费的，自出生之日起享受出生年度城乡居民医保待遇；出生后1个月以上至3个月（含）内办理参保缴费的，自缴费30天后享受当年度城乡居民医保待遇。

## 第八条基金管理

城乡居民医保基金的管理，按照国家、省社会保险基金管理的有关规定执行。城乡居民医保基金纳入社会保障基金财政专户，实行统一管理，单独列账，专款专用，并按照规定，接受财政、审计部门的监督。各统筹区城乡居民医保经办机构要设立银行基金归集账户并建立规范的监管制度。

## 第九条支付管理

城乡居民医保的诊疗项目、医疗服务设施和用药范围、支付标准以及定点医疗机构的管理等，参照本市职工医保的有关规定执行。具体由市人力资源社会保障部门另行制定。

国家与省另有规定的，从其规定。

## 第十条就医管理

参保人员就医凭证为本人的社会保障卡（或者医疗保险卡）。参保人员到统筹区范围内各定点医疗机构就医时，应当出示其医疗保险凭证。定点医疗机构应当为参保人员提供合理、必要的医疗服务。参保人员就医时，定点医疗机构应当对其就医凭证进行核验。任何个人不得冒用、伪造、变造、出借就医凭证。

## 第十一条门诊待遇

### 1.普通门诊统筹

城乡居民医保的参保人员普通门诊统筹实行定点就医，年度内首次刷卡就医的基层定点医疗机构（包括下属的定点村卫生室）为本人门诊统筹定点医疗机构。普通门诊费用不设起付线，封顶线为400元。参保人员一个年度内在本人门诊统筹定点医疗机构发生的合规医疗费用（指符合基本医疗保险支付范围的费用，下同），在起付线和封顶线之间的部分，基本医疗统筹基金报销比例为50%，其余部分由个人负担。

### 2.门诊慢性病

城乡居民医保门诊慢性病实行定点就医，参保人员经申请、核实符合享受条件后，选择一家定点医疗机构作为其就医医疗机构。

门诊慢性病分甲、乙两类，具体病种由市人力资源和社会保障局另行制定。享受门诊慢性病待遇的患者，在门诊发生慢性病对应用药的合规医疗费用，起付线为500元，封顶线甲类疾病为5000元，乙类疾病为3000元；享受两种及以上门诊慢性病待遇的，在单病种医疗费用封顶线的基础上，每增加一个病种封顶线增加500元，最多增加1000元。起付线至封顶线之间的合规医疗费用，一级及以下、二级、三级定点医疗机构基本医疗统筹基金报销比例分别为75%、70%、65%，其余部分由个人负担。

### 3.门诊特殊病种

城乡居民医保门诊特殊病种实行定点就医，参保人员经申请、核实符合享受条件后，选择一家定点医疗机构作为其就医医疗机构。

门诊特殊病种共有五种，分别是：恶性肿瘤放化疗、慢性肾功能不全透析、器官移植术后抗排斥药物治疗、肺结核和精神病。享受门诊特殊病种待遇的患者，在门诊发生特殊病种对应用药、诊疗项目的合规医疗费用，基本医疗统筹基金报销比例为90%，其余部分由个人负担。

### 4.门诊意外伤害

参保学生（指参保年度内由学校或幼教机构统一组织参保缴费的学生和幼儿，下同）待遇享受期内，在校内遭遇到意外伤害（无明确侵权人），如跌伤、烫伤、烧伤、中毒、电击等所发生的门、急诊合规医疗费用，一、二、三级定点医疗机构基本医疗统筹基金报销比例分别为80%、70%、60%，年度封顶线为3000元。

### 5.门诊特药

城乡居民医保门诊特药的药品种类及购药流程执行江苏省有关规定。

参保人员享受以上各类门诊待遇所涉及的流程、认定标准和用药范围等参照职工医保有关规定执行。

### 第十二条 住院待遇

城乡居民医保的参保人员可直接持就医凭证至统筹区内定点医疗机构住院就医。

1.参保成年居民在一级及以下定点医疗机构住院发生的合规医疗费用，起付线为200元，并按以下标准报销：

- (1) 起付线200元（含200元）以下由个人自负；
- (2) 200元以上至10000元(含10000元)，报销80%；
- (3) 10000元以上，报销85%。

2.参保成年居民在二级定点医疗机构住院发生的合规医疗费用，起付线为400元，并按以下标准报销：

- (1) 起付线400元（含400元）以下由个人自负；
- (2) 400元以上至10000元(含10000元)，报销70%；
- (3) 10000元以上，报销75%。

3.参保成年居民在三级定点医疗机构住院发生的合规医疗费用，起付线为800元，并按以下标准报销：

- (1) 起付线800元（含800元）以下由个人自负；
- (2) 800元以上至10000元(含10000元)，报销65%；
- (3) 10000元以上，报销70%。

4.参保成年居民经批准转外（市外转诊）、长期居外住院发生的合规医疗费用，起付线为1000元，并按以下标准报销：

- （1）起付线1000元（含1000元）以下由个人自负；
- （2）1000元以上至10000元(含10000元)，报销60%；
- （3）10000元以上，报销65%。

在校学生和未成年人住院医疗费用基本医疗统筹基金报销比例比成年居民提高10个百分点，100000元以上部分，基本医疗统筹基金报销比例为90%。

参保人员患肺结核、精神病在本市定点医疗机构住院，不设起付线，发生的合规医疗费用报销90%。

参保人员年度基本医疗住院合规医疗费用封顶线为300000元。

参保人员转外、居外等有关手续参照职工医保有关规定执行。

未按规定办理手续直接在统筹区外医疗机构（限三级甲等医院）住院的，合规医疗费用部分先由个人自费15%，其余部分再按市外转诊标准报销。

### 第十三条家庭病床待遇

家庭病床实行定点就医，参保人员经申请核实符合享受条件后，选择一家基层定点医疗机构作为其就医医疗机构。家庭病床实行定额结算，定额标准为每天每床30元，每次建床不超过60天，定额内费用统筹基金支付80%，超定额费用个人负担。

### 第十四条生育待遇

连续参加城乡居民医保缴费满12个月的人员，其符合国家和省计划生育政策的合规生育医疗费用纳入城乡居民医保基金支付范围。住院分娩实行限额报销，其中顺产报销1800元，剖宫产报销3500元；产前检查（含新生儿疾病筛查）定额报销300元。

### 第十五条城乡居民大病保险

在城乡居民医保基础上，建立与经济社会发展、医疗消费水平及承受能力相适应、覆盖城乡的大病保险制度。

#### 1.保障对象

城乡居民医保的正常参保缴费人员。

#### 2.资金来源及筹资标准

城乡居民大病保险筹资从城乡居民医保基金中划拨，市人力资源和社会保障局根据城乡居民医保基金的筹资标准、报销比例等情况，适时调整城乡居民大病保险筹资标准。

#### 3.保障范围

对参保人员经基本医疗保险报销后，个人负担超过一定水平的住院、门诊慢性病和门诊特殊病种的合规医疗费用进行再报销。

#### 4.保障水平

城乡居民大病保险起付线为10000元，封顶线为300000元。个人自付的医疗费用超过10000元以上部分的费用实行分段报销。具体报销标准为：10000元以上至20000元的部分，按50%比例报销；20000元以上至50000元的部分，按60%比例报销；50000元以上至100000元的部分，按70%比例报销；100000元以上至

200000元的部分，按75%比例报销；200000元以上部分的费用，按80%比例报销。

#### 5.经办方式

大病保险实行商业保险机构承办。由市人力资源和社会保障局按省有关规定，通过公开招标形式确定商业保险公司。各统筹地区分别与中标的商业保险公司签订经办服务协议。

#### 第十六条不予支付情形

下列医疗费用不纳入城乡居民医保基金支付范围：

- 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.因犯罪、打架、斗殴、酗酒、吸毒、蓄意违章、交通事故、医疗事故和违反法律、法规规定的其他情形所发生的医疗费用；
- 6.其他按规定不予报销的医疗费用。

#### 第十七条医保待遇调整

城乡居民医保门诊和住院起付标准以及基金支付比例等，可结合实际情况适时调整。具体调整方案，由市人力资源和社会保障局、市财政局等有关部门商定，报市政府同意后公布执行。

各县也可结合自身实际制定具体的调整方案，由统筹区政府报经市政府同意后公布执行。

#### 第十八条医保待遇经办管理

各级人社部门医保经办机构负责本统筹区城乡居民医保待遇支付、费用结算及监督检查等管理经办业务。

鼓励建立竞争经办机构，创新经办服务模式，推进管办分开，在确保基金安全和有效监管的前提下，以政府购买服务的方式委托具有资质的商业保险机构等社会力量参与基本医保的经办服务，激发经办活力。

鼓励发展商业健康保险，满足城乡居民多层次医疗保障需求。

#### 第十九条医疗费用结算方式

医疗保险经办机构与定点医疗机构在谈判协商的基础上，可以采取总额控制结算、病种结算、人头结算、服务项目结算、服务单元结算等方式结算医疗费用，逐步建成与基本医疗保险制度发展相适应，激励与约束并重的复合式医保支付方式。

#### 第二十条医疗救助

对最低生活保障对象、特困供养人员、具有本地户籍的临时救助对象中的重大病患者、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、重点优抚对象、享受政府基本生活保障的孤儿、市和县（区）总工会核定的特困职工等7类救助对象，以及低收入农户中的老年人、未成年人、重度残疾人、重病患者，全额资助参加城乡居民医保。其他困难群体的参保资助办法按上级文件规定执行。

建立城乡居民医保、医疗救助和扶贫大病特惠保等同步即时结算机制，具体标准和条件按各级民政、扶贫、财政等部门有关规定执行。

## 第二十一条施行日期

本办法自2018年1月1日起施行，原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗相关政策文件同时废止。

第二十二条本办法由市人力资源和社会保障局负责解释。

图解:《连云港市城乡居民基本医疗保险办法》

## 4. 城乡居民医保能否在市中医院进行普通门诊报销

时间：2024-04-18 | 来源：市医保局

原文链接：<http://www.lyg.gov.cn/zglygzfmhwhz/rxfk/content/30e1205f-ca60-45ed-9bff-b27c63046ffe.html>

市民咨询：父亲为城乡居民医保，是否可在市中医院进行普通门诊报销。

市医保局回应：按照我市城乡居民医保文件规定，成年居民只能在基层定点医疗机构（包括乡镇卫生院及其下属的村卫生室、社区卫生服务中心及其下属的社区卫生服务站）门诊报销，连云港市中医院属于三级医院，门诊不报销。