

# 今年起,居民医保执行全省统一政策

## 参保缴费、待遇享受“门槛”一样高

本报记者 高燕



监测血糖

为促进区域间待遇基本公平,今年起,我市执行全省统一的居民医保参保缴费、基本医保和大病保险政策。2025年度居民医保缴费也将于本月25日结束,参保居民对此比较关注,参保人员可以享受哪些待遇?报销比例是多少?记者日前采访了市医保局相关工作人员,为市民进行相关政策解读。

### 新生儿出生后90天内参保缴费 不受集中缴费期限制

市医保局相关工作人员介绍,在统一居民医保参保缴费政策方面,我省行政区域内未参加职工医疗保险或者未按照规定享有国家其他形式医疗保障的人员依法参加居民医保。居民医保实行个人缴费与财政补助相结合的筹资方式,个人缴费和财政补助标准由省医保局会同省财政厅按照国家要求统一确定,并实行按年集中参保缴费。

特困人员、低保对象、防返贫监测对象等救助对象参加居民医保的个人缴费部分按规定享受分类资助。新生儿凭户籍或出生医学证明,在户籍所在地或父母常住地医保经办机构按规定办理参保登记手续,出生当年不缴费;出生次年按规定缴费,出生后90天内参保缴费的不受集中缴费期限制,缴纳个人缴费部分后,享受财政补助政策。自出生之日起所发生的符合规

定的医疗费用均可纳入医保报销范围。放开新就业形态从业人员等灵活就业人员参加居民医保户籍限制。全面落实持居住证参保政策,对于持居住证参加当地居民医保的,各级财政要按当地居民相同标准给予补助。

连续2年(含2年)以上参加基本医保的职工医保中断缴费人员,当年退出现役的军人及随迁的由部队保障的随军未就业配偶,以及刑满释放等退出其他制度保障的人员,在退出其他制度保障3个月内,如在居民医保集中参保缴费期结束后按规定补办居民医保参保手续的,自参保缴费之日起享受待遇。

居民医保参保人员在省内转移并参加职工医保后,以居民医保实际缴费年限进行测算,按每5年居民医保折算为1年职工医保缴费年限,与职工医保缴费年限累计计算。

### 居民医保统筹基金 年度最高支付限额7万元

此次,我省统一了居民医保住院医疗费用起付标准、支付比例,居民医保统筹基金年度最高支付限额7万元;参保人员年度内第二次及以后住院起付标准降低50%。

据了解,按照不同医疗机构收费标准,我省分别设定居民医保住院起付线、支付比例,三类收费价格、二类收费价格县级、二类收费价格省级、一类收费价格定点医疗机构起付线分别为100元、400元、500元、1000元,支付比例分别为85%、75%、70%、60%。

同时,参保居民省内就医无异地,不降比例;备案跨省异地长期居住参保居民执行省内支付标准,同样不降比例;跨省异地转诊、异地急诊抢救的参保居民在省内相同级别医疗机构支付标准

的基础上下调5个百分点;非急诊且未转诊的其他临时外出就医备案人员和未备案自行跨省外出就医人员住院支付比例在省内相同级别医疗机构支付标准的基础上下调15个百分点。

参保居民使用乙类药品个人先行自付比例为5%,基本医保支付部分费用的诊疗项目(乙类)个人先行自付比例为10%,使用目录内国产医用耗材的个人先行自付比例为10%,使用目录内进口医用耗材的个人先行自付比例为20%。

参保孕产妇住院分娩医疗费用,以及在孕期因妊娠合并症、习惯性流产、先兆流产、先兆早产、妊娠晚期出血、宫外孕发生的住院医疗费用,按规定纳入居民医保基金支付范围。

### “两病”按照不同病种 分型设定年度支付限额

在统一居民医保门诊保障待遇方面,参保居民在统筹区内二类、三类收费价格及以下收费类别门诊统筹定点医疗机构发生的符合规定的门诊医疗费用,不设起付标准,居民医保基金支付比例分别为55%、60%;在统筹区内一类收费价格定点医疗机构发生的符合规定的门诊医疗费用,起付标准为80元/次,居民医保基金支付比例为45%。乙类项目按住院政策规定执行先行自付。参加居民医保孕产妇发生的产前检查医疗费用,按规定纳入居民普通门诊统筹基金支付范围。

参保居民在二级及以下定点医疗机构门诊发生的符合规定的降血压、降血糖药品费用,不设起付标准,居民医保基金支付比例为60%,乙类药品个人先行自付比例为5%;按照不同病种分型设定年度支付限额,高血压患者为260元,I型糖尿病患者为480元,其他类型糖尿病患者为

360元。对同时患有高血压和糖尿病的患者年度支付限额分别计算。

参保居民在定点医疗机构门诊或定点药店按规定使用“双通道”药品时,不执行乙类药品个人先行自付政策,原首批6个特药(曲妥珠单抗、氟维司群、伊马替尼、达沙替尼、尼洛替尼、舒尼替尼),居民医保基金支付比例为70%;其它“双通道”管理药品,居民医保基金支付比例为60%。

参保居民在二级及以上中医医院和其它二级以上医院以中医为主要服务项目的科室,开展中医适宜技术门诊治疗发生的医疗费用,居民医保基金支付比例为60%。

参保居民门诊统筹和“两病”门诊用药专项保障年度支付限额单独计算,不纳入居民医保基金年度最高支付限额。门诊慢特病、“双通道”药品、中医适宜技术门诊治疗医保基金支付额度纳入居民医保基金年度最高支付限额计算。

### 大病保险无需单独购买 已融入居民医保体系

大病保险作为我国基本医疗保险体系的重要组成部分,与基本医疗保险(包括职工医保和居民医保)以及困难群众医疗救助,共同构成了我国医疗保障的三重制度保障网。这一体系的设计初衷,就是为了确保广大人民群众在面对重大疾病时能够得到及时有效的救治,避免因病致贫、因病返贫现象的发生。

市医保局相关工作人员介绍,居民只需按时缴纳城乡居民基本医疗保险费用,即可享受到包括大病保险在内的全面医疗保障服务。也就是说,已参加城乡居民基本医疗保险的群众,大病保险的保障已经自动涵盖其中,无需再额外购买。当住院过程中,个人花费超过一定额度,大病保险自动启动。

本次全省还统一了居民大病保险政策,大病保险资金会从居民医保基金中划出一定比例或额度,市医保、财政部门也会根据大病保险

基金运行情况、基金支撑能力等因素,合理确定大病保险筹资标准,确保大病保险资金收支平衡。

同时,参保居民一个自然年度内居民医保累计支付超过年度最高支付限额的,或住院和门诊慢特病发生的合规医疗费用个人自付超过1万元以上的,住院和门诊慢特病发生的合规医疗费用超出部分由大病保险资金按75%的比例支付。住院和门诊慢特病医疗费由居民大病保险资金按规定支付后,合规的个人自付超过5万元以上部分,再按50%的比例给予支付,年度最高支付限额为40万元。大病保险保障范围与居民医保相衔接,除纳入单独补偿范围的特殊病种外,均统一执行国家和省现行有效的基本医疗保险药品、医用耗材和医疗服务项目目录;乙类药品、医用耗材和医疗服务项目等个人自付部分,以及跨省就医下调比例部分,不纳入大病保险支付范围。



各医疗机构随处可见的医保宣传挂图



社区卫生服务中心医保站



自助机上取检查化验结果

