

## 城乡居民医保缴费热点问答

## 权威解读助您明明白白参保

参加基本医疗保险是每个人健康的重要保障,是减轻家庭医疗负担、避免因病致贫、因病返贫的重要途径。当前,我市城乡居民医保集中缴费工作已经启动。为帮助公众进一步了解城乡居民基本医疗保险相关政策,日前,记者采访了市医保中心相关工作人员,对居民关注的热点问题进行了梳理。

问:为什么要参加城乡居民医保?

答:《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》规定:“公民有依法参加基本医疗保险的权利和义务。用人单位和职工按照国家规定缴纳职工基本医疗保险费,城乡居民按照规定缴纳城乡居民基本医疗保险费。”所以,依法参保是每一名公民的义务,享受待遇是每一名公民的权利。医保的核心功能在于互助共济,共同抵御不确定的疾病风险。所有参保人共同汇聚基金池,一旦患病,医保便能提供及时的经济补偿和医疗保障,化解高额医疗费用带来的负担。参保是一种未雨绸缪的健康投资,也是对自身和社会责任的担当。

问:哪些人可以参加大同市城乡居民医保?

答:在我市行政区域内,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均可依法参加居民医保。城乡居民医保实行个人缴费与财政补助相结合的筹资方式,实行按年集中参保缴费。

问:参加城乡居民医保可以享受哪些保障?

答:参保居民可按参保年度和政策规定享受居民医保普通门诊统筹、“两病”门诊用药、门诊慢特病、中医适宜技术门诊治疗、因病住院治疗、生育分娩医疗费用、“双通道”药品、大病保险等医保待遇。

问:城乡居民看病普通门诊统筹有起付线吗?

答:2024年起,城乡居民门诊统筹年度支付限额提高至300元,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,统筹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,统筹基金支付比例为45%。

问:城乡居民医保能享受多少种门诊慢特病?

答:今年4月起,我市执行全省统一的46种门诊慢特病病种范围和准入(退出)标准。同时,城乡居民医保门诊慢特病不设起付标准。

问:城乡居民“两病”门诊用药保障待遇是怎样的?

答:我市从2019年11月1日起就实施

了城乡居民“两病”(高血压、糖尿病)门诊用药保障机制。城乡居民“两病”患者纳入方式包括:卫生健康部门规范化管理的“两病”患者,未享受门诊慢性病待遇但已采取药物治疗的“两病”参保居民;在定点医疗机构申请门诊慢特病不符合准入条件的“两病”患者;提供二级及以上医疗机构医师出具的疾病诊断建议书的患者。

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%,并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。

问:参保居民住院报销比例是多少?

答:在一个医疗保险年度内,参保居民在市域内定点医疗机构住院时,按照不同医疗机构收费标准分别设定住院起付线、支付比例。三类收费价格、二类收费价格县级、二类收费价格省市级、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%,居民医保统筹基金年度支付限额为7万元。参保居民年度内第二次及以后住院起付标准降低50%。

问:城乡居民异地住院待遇标准是多少?

答:备案跨省异地长期居住参保居民执行省内支付标准。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。

问:城乡居民享受大病保险需要另外交钱吗?

答:不用。城乡居民参加基本医疗保险后,自动获得大病保险的保障待遇,个人不需要再另外缴纳大病保险费用。一个自然年度内,参保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。

问:参保居民生娃可以报销吗?

答:可以。为进一步做好我省生育医疗保障工作,积极支持三孩生育政策落地实施,参加我市城乡居民医保的孕产妇生育三孩的住院医疗费用,按规定纳入城乡居民医保基金支付范围。同时,根据基金承受能力,逐步执行全省统一的医保支付标准,无合并症或并发症的生育医疗费用实行医保限额支付,自然分娩1500元,剖宫产3000元,住院分娩每多生育一个胎儿增加300元。参加城乡居民医保孕产妇发生的产前检查医疗费用,按规定纳入城乡居民普通门诊统筹基金支付范围。

此外,2023年9月1日起,我市还把妊娠合并症、习惯性流产、先兆流产、先兆早产、妊娠晚期出血、宫外孕的住院医疗费用纳入居民医保基金支付范围。2024年10月1日起,我省又将“取卵术”等13项治疗性辅助生殖类医疗服务项目纳入医保基金支付范围。在省内,参保居民因辅助生殖技术项目发生的符合规定的门诊治疗费用,医保基金实行单行支付,不设起付标准,居民医保基金支付60%;在省外批准开展人类辅助生殖技术的医保定点医疗机构实施辅助生殖发生的13项辅助生殖技术项目等门诊治疗费用,居民医保基金支付50%。每人每项目医保基金支付次数累计不超3次。

问:新生儿如何参加城乡居民医保并享受待遇?

答: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,待遇享受期自出生之日起至出生当年12月31日;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。

问:在校大学生可以参加大同市城乡居民医保吗?

答:可以。我市鼓励高校学生在学籍地参保,我市的高校学生可按学制一次性缴纳居民医保费用,学制期内调整个人缴费标准的不再补缴,出现转学、退学、参军等离校情形的可申请退取剩余年度的医保费用;也可以分年度缴纳。

问:城乡居民医保可以在两地同时缴纳享受双重保障吗?

答:不可以。基本医疗保险不允许重复参保,参保人不能重复享受医保待遇。

问:如果没在集中缴费期缴费,或者参保不连续,城乡居民医保待遇等待期具体怎么算?

答:自2025年起,除新生儿等特殊群体外,未在居民医保集中参保期内参保或未连续参保的,设置参保后固定待遇等待期3个月;未连续参保的,每多断保1年,在固定待遇等待期基础上增加变动待遇等待期1个月。同时,参保人还可通过补缴费用修复变动待遇等待期,每多补缴1年减少1个月变动待遇等待期,连续断缴4年及以上,修复后固定待遇等待期和变动待遇等待期之和不少于6个月,补缴金额按照当年参保地的个人缴费标准,断保期间发生的医疗费用不纳入医保统筹基金支付。

问:连续参加城乡居民医保有什么参保激励?

答:自2025年起,我市连续参加居民医保缴费满4年,之后每连续参保1年,提高大病保险最高支付限额3000元。当年基金零报销的,次年提高大病保险最高支付限额3000元。连续参保激励和零报销激励累计提高总额度不超过8万元,居民发生大病报销并使用奖励额度后,前期积累的零报销激励额度清零。断保之后再次参保,连续参保缴费年数将重新计算。

问:2026年度城乡居民医保个人需缴多少钱?集中缴费期截止到何时?

答:2026年度城乡居民医保个人缴费标准为每人每年400元,缴费时间将于2026年2月25日截止,每月1日至25日可以办理缴费。其中,2025年底前参保缴费的,从2026年1月1日起享受相关待遇;2026年1月1日至2月底参保缴费的,从缴费之日起享受相关待遇。

问:城乡居民参保缴费有哪些渠道?

答:参保居民可以通过微信、支付宝等线上渠道办理,也可通过协作银行网点自助机或柜台、主管税务机关办税服务厅、政务服务中心办税服务窗口社保缴费专用POS机或现金缴费等线下渠道办理缴费。同时,职工医保参保人员还可通过“山西医保”微信公众号添加医保个人账户共济关系后,为本人近亲属缴费。

问:如何用职工医保个人账户代缴城乡居民医保费?

答:职工医保个人账户家庭共济,是指参加山西省职工医保的参保人员,通过“山西医保”微信公众号或省级公共服务平台等渠道,以“授权”的方式将个人账户部分基金提供给被授权人使用。被授权人为授权人的近亲属(配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女)。授权人个人账户余额超过1000元以上的部分可作为共济基金,供被授权人使用。低于1000元时不能使用;共济资金目前仅限本省内使用。

本报记者 高燕

