

郑州城乡居民医保新政出台,看病报销今后一个标准

# 门诊每年最高报 150 元 住院每年最高报 15 万元

本报讯 2017 元旦刚过,市政府就发“大礼包”!今后,城乡居民看病将享受一个报销标准。市政府办公厅近日印发《郑州市城乡居民基本医疗保险办法(试行)》,具有我市行政区域内户籍,不属于职工基本医疗保险覆盖范围的人员以及无雇工的个体工商户,都可参加城乡居民医保,每年缴费时间为 7 月 1 日~12 月 20 日。城乡居民医保基金住院医疗费用年度最高支付限额为 15 万元。该办法自 2017 年 1 月 1 日起施行。

郑报融媒记者 董艳竹



我市城乡居民医保住院医疗费起付标准和支付比例

医疗机构	起付标准	报销比例
乡镇卫生院 (社区卫生服务机构)	300 元	300~1000 元 75%、1000 元以上 85%
一类定点医疗机构	600 元	600~3000 元 65%、3000 元以上 75%
二类定点医疗机构	1000 元	1000~5000 元 60%、5000 元以上 70%;
三类定点医疗机构	1500 元	1500~8000 元 55%、8000 元以上 65%。

## 住院待遇

### 年度住院医疗费 最高报销 15 万元

住院期间,参保居民起付标准多少?报销比例多少?最高支付限额多少?这些,《办法》都作了明确规定。

《办法》明确,参保居民在定点医疗机构发生的符合规定的住院医疗费用,起付标准以下的费用由个人支付;起付标准以上最高支付限额以下的费用,由城乡居民医保基金和参保居民个人按比例承担。

## 两种情况

### 起付标准减半

一是 14 周岁以下(含 14 周岁)参保居民起付标准减半;二是其他参保居民年度内在二类以上(含二类)定点医疗机构第二次及以后住院,起付标准减半。

城乡居民医保基金住院医疗费用年度最高支付限额为 15 万元。根据基金收支情况和医疗消费水平,人力资源社会保障部门可以对住院待遇标准进行适时调整。

对于跨年度住院的参保居民,就要在当年 12 月 31 日结清医疗费用。次年仍继续住院的,其上年符合规定的住院费用超过起付标准的,次年不再负担起付标准费用;未超过起付标准的,上年负担的起付标准费用计入次年累计计算。

## 新生儿医保

### 出生当年参保不缴费 也可享居民医保待遇

刚出生的孩子能否享受城乡居民医保待遇?答案是肯定的,而且出生当年就可享受。

根据《办法》,新生儿母或父参加城乡居民医保的,可凭其母或父身份证明、新生儿出生医学证明,以母或父身份(母或父只可选择一方)享受出生当年城乡居民医保待遇;父母不是城乡居民医保参保人员的新生儿,按规定到经办机构办理参保手续,从出生之日起享受当年城乡居民医保待遇,新生儿出生当年参保个人不缴费,各级财政补助资金由市、县(市、区)两级财政各承担 50%。

新生儿自出生之日起 3 个月内应及时办理城乡居民医保参保手续,并按时足额缴纳出生次年的城乡居民医保费。

## 参保缴费

### 哪些人可以参保?

按照《办法》,具有郑州市行政区域内户籍,不属于职工基本医疗保险覆盖范围的人员,参加城乡居民医保。包括农村居民,城镇非从业居民,全日制普通高等学校、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、全日制研究生以及职业高中、中专、技校学生。

另外,无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员可以选择参加城乡居民医保。

### 每年 7 月 1 日~12 月 20 日缴费

城乡居民医保基金的筹集实行个人缴费和财政补助相结合。个人缴费标准和财政补助标准每年由市人力资源社会保障部门、财政部门根据国家、省规定的标准确定。以自然年度为保险年度,每年缴费一次。缴费时间为每年 7 月 1 日~12 月 20 日,缴费次年享受城乡居民医保待遇。所以,参保人员一定要按时足额缴费。

需要提醒的是,参保居民不得同时参加职工基本医疗保险。

## 普通门诊

### 每年最高报 150 元,非定点医疗机构费用自理

《办法》提到,城乡居民门诊统筹按我市人均个人缴费额 50% 左右的标准建立,门诊统筹基金从城乡居民医保基金中列支,透支部分从城乡居民医保基金中支付。

市本级门诊统筹定点单位为二类以下(含二类)定点医疗机构,各县(市)门诊统筹定点单位为乡镇卫生院、社区卫生服务机构(站、所)、村卫生室。

参保居民在城乡居民门诊统筹定点医疗机构以外的其他医疗机构发生的门诊医疗费用,门诊统筹基金不予支付,门诊医疗费由个人全额负担。

按照规定,城乡居民门诊统筹基金支付比例按定点医疗机构类别分别为,市级(或二类)

45%、县级(或一类)55%、乡镇卫生院、社区卫生服务中心(站、所)、村卫生室 65%;年度内符合规定的门诊费用统筹基金最高支付限额 150 元,不设起付线。参保居民门诊统筹支付限额,限当年使用,下年度不结转、不累计;享受门诊规定病种医疗待遇的参保居民,可同时享受门诊统筹待遇。

《办法》明确,将部分需长期在门诊治疗且医疗费用较高的疾病(或治疗项目)纳入门诊规定病种管理。门诊规定病种门诊治疗不设起付标准,实行定点治疗、限额管理。

同时,按照省有关规定,将临床路径明确、疗效确切且费用比较昂贵的病种(或治疗项目)列入重特大疾病医疗待遇保障范围。

## 生育医疗补助

### 顺产 700 元、剖宫产 1600 元

另外,参保居民住院分娩,符合计划生育政策规定的享受生育医疗补助。补助标准为,顺产 700 元、剖宫产 1600 元。实际住院总费用低于定额标准的据实结算,超过定额标准的按定额标准支付。

《办法》同时规定了这几类医疗费用不纳入城乡居民医保基金支付范围:应当

从工伤保险基金中支付的;应当由第三人负担的;应当由公共卫生负担的;在境外就医的。而医疗费用依法应当由第三人负担,第三人支付或者无法确定第三人的,由城乡居民医保基金先行支付。城乡居民医保基金先行支付后,有权向第三人追偿。