

郑州市城乡居民医疗保险政策解读

参保居民每人每年缴费标准 180 元 新生儿当年参保无需个人缴费

城乡居民每人每年须缴费 180 元

2018 年度,全市城乡居民个人年度缴费标准调整为每人每年 180 元;全日制在校大中专院校学生个人缴费标准调整为每人每年 150 元。

其中,最低生活保障对象、特困供养人员、丧失劳动能力的残疾人、低收入家庭 60 周岁以上的老年人和未成年人以及符合规定的优抚对象等所需个人年度缴费部分扣除中央财政补助资金外,剩余的基本医疗保险费所需财政补助资金由市、县(市、区)两级财政各承担 50%;对经扶贫、民政部门认定确实无力缴纳城乡居民基本医疗保险费的建档立卡贫困人口、困境儿童等人员,其个人年度缴费部分所需财政补助资金由市、县(市、区)两级财政各承担 50%。

今年居民医保缴费 8 月 1 日启动

城乡居民医保实行个人缴费与政府补助相结合为主的筹资方式,参保居民可享受普通门诊医疗待遇、门诊慢性病医疗待遇、重特大疾病医疗待遇、住院医疗待遇(包括生育医疗待遇、新生儿医疗待遇)。

全市城乡居民医保费每年缴纳一次,缴费时间原则上为每年的 7 月至 12 月,缴费次年享受城乡居民医保待遇。今年因为特殊原因,居民医保缴费调整为 8 月 1 日启动。其中,参保居民个人缴费。全日制在校大中专学生参保缴费由所在学校统一组织登记并收缴,并可按学制一次性缴纳基本医疗保险费。

新生儿当年参保无需个人缴费

新生儿出生当年可享受城乡居民医保待遇。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%。

新生儿出生当年参保个人不缴费,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,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。

8 月 1 日,2018 年度郑州市城乡居民医疗保险缴费全面启动。郑报融媒记者昨日从郑州市人力资源和社会保障局获悉,与以往相比,调整后的城乡居民医保政策,参保居民缴费标准、补贴标准、保障范围、报销额度都有所变化。郑报融媒记者 王红 张翼飞



门诊治疗一年最高报销 150 元

政策规定,城乡参保居民,日常看病可享受普通门诊医疗待遇。

其中,参保人员在基层定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用,可通过普通门诊医疗待遇报销。我市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。

但是,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。

27 类门诊慢性病可按比例每月报销

对部分需长期或终身在门诊治疗且医疗费用较高的疾病(或治疗项目)纳入门诊慢性病管理范围。我市城乡居民基本医疗保险门诊规定病种患者的门诊治疗费用实行限额管理,超出部分由个人负担,参保人员门诊规定病种合规的医疗费

用,统筹基金支付 70%,个人负担 30%,属于个人负担的费用,由本人与定点医疗机构结清。

目前我市将恶性肿瘤、异体器官移植、造血干细胞移植等 27 种“门诊规定病种(慢性病)”纳入城乡居民医保基金支付范围,每月按比例报销。

住院治疗一年最高报销 15 万

除了门诊医保待遇之外,城乡参保居民住院医疗费用在医保目录范围内按标准报销,一年内最高报 15 万元。但在此之前,城镇居民医保支付限额仅为 1.8 万元、新农合大病保险一年支付限额仅为 1.5 万元。

具体报销比例如下:乡镇卫生院(社区卫生服务机构)起付线 300 元,报销比例为

300~1000 元报销 80%;1000 元以上 90%;一类定点医疗机构起付线 600 元,报销比例 60~3000 元 65%;3000 元以上 75%;二类定点医疗机构起付线 1000 元,报销比例 1000~5000 元 60%;5000 元以上 70%;三类定点医疗机构起付线 1500 元,报销比例 1500~8000 元 55%;8000 元以上 65%。

“分级诊疗”制度避免“小病大治”

为引导参保患者合理就医,避免“小病大治”造成的医疗资源浪费。居民医保实行分级诊疗政策:其一,适当拉开了不同级别医院的报销起付线和报销比例。在基层医疗卫生机构住院的,住院起付线低,报销比例高;住院医疗机构级别越高,起付线越高,报销比例越低。举例而言,一般的疝气手术,在乡镇卫生院住院费用一般不超过 2000

元,城乡居民医保可报销 1500 元左右,个人仅负担 500 元;而到省级医院,城乡居民医保报销 6000 元后,个人仍需负担上万元。

其次,我市制定了异地就医转诊转院管理办法。规定参保人员患病应首先在基层医疗机构就医,对未经转诊直接到市级及以上定点医疗机构住院的,其报销比例按规定级别标准降低 20 个百分点报销。

大病治疗一年最高报销 55 万

除了一般性住院治疗报销制度之外,针对参保居民遭遇大病、医疗花费巨大的特殊情况,我市还建立了城乡居民大病保险制度,即:城乡居民患大病花费高额医疗费用在基本医保报销后,还可以享受城乡居民大病保险待遇,自己负担符合规定的住院费用超过 1.5 万元以上按以下标准再给予报销。

其中:1.5 万~5 万元(含 5 万元)部分报销 50%;5 万元~10 万元(含 10 万元)部分报销 60%;10 万元以上部分报销 70%;一年最高可报销 40 万元。

大病保险资金从各地城乡居民基本医疗保险基金中划拨,参保居民个人不再缴

由于 2017 年城乡居民基本医疗保险住院统筹基金最高支付限额 15 万元,加上大病保险最高支付限额 40 万元,合计报销额度达到 55 万元,能够更好地防范高额医疗费用患者发生因病致贫、因病返贫的风险。

困难群众享受医保“托底”保障

政策规定,凡是我市户口,参加城乡居民基本医疗保险且符合下列条件之一的,还能享受困难群众大病补充医疗保险待遇。其中包括建档立卡贫困人口、特困人员救助供养对象、城乡低保户、困境儿童。

困难群众住院除享受基本医疗保险、大病医疗费报销,

个人负担符合规定的费用超过 3000 元的,还按以下规定报销:3000~5000 元(含 5000 元)部分按 30%报销;5000~1 万元(含 1 万元)部分按 40%报销;1 万~1.5 万元(含 1.5 万元)部分按 50%报销;1.5 万~5 万元(含 5 万元)部分按 80%报销;5 万元以上部分按 90%报销,没有封顶线。

43 类重特大疾病不设起付线

政策规定,城乡参保居民如果患有血友病、乳腺癌、终末期肾病等 43 种重特大疾病,其中包括:住院病种 33 种、门诊病种 10 种,可以按规定享受我省城乡居民重特大疾病医疗保障待遇。即在指

定的医疗机构就医,按限价标准报销,不设起付线;县级、市级、省级医疗机构住院的报销比例分别是 80%、70%、65%;门诊腹膜透析的报销比例是 85%,其他门诊病种报销比例是 80%。