

## 居民医保正在缴费中

## 缴纳医保后,可享受这些医疗待遇

□记者 陶登肖 实习生 张雅亭

目前,2024年度居民医保缴费正在进行中,标准为每人每年380元,可通过微信、支付宝等方式缴纳。缴纳居民医保有什么好处,可享受什么待遇?本期,社会保障版为您解答有关政策。如果您还未参保缴费,请抓紧时间,集中缴费期为9月1日至12月25日,每月1日至25日可办理缴费,26日至月底不能缴费。

## 一、资助参保政策

全面落实居民医保参保财政补助政策,对个人缴费确有困难的群众给予分类资助。

困难群众具有多重特殊身份属性的,按就高不就低的原则享受参保资助,不予重复资助。

人员类别	医疗救助资助标准	2023年		2024年	
		资助金额	个人负担	资助金额	个人负担
特困人员(含孤儿和事实无人抚养儿童)	全额资助	350元	0元	380元	0元
低保对象	按个人缴费标准80%的比例定额资助(低于280元按280元资助)	280元	70元	304元	76元
返贫致贫人口	按个人缴费标准90%的比例定额资助	315元	35元	342元	38元
乡村振兴部门监测对象	每人每年280元的标准定额资助	280元	70元	280元	100元
丧失劳动能力的残疾人	按个人缴费标准50%的比例定额资助	175元	175元	190元	190元
低收入家庭六十周岁以上的老年人和未成年人	按个人缴费标准50%的比例定额资助	175元	175元	190元	190元

## 二、住院保障政策

## (一) 基本医保

巩固住院待遇保障水平,政策范围内住院费用支付比例总体稳定在70%左右。

- 年度医保统筹基金最高支付限额7万元。
- 年度内参保人员在省内协议定点医疗机构第二次住院起付标准降低50%。

## (二) 大病保险

参保居民住院及门诊慢特病医疗费用医保目录内个人自付超过1万元以上部分,由大病保险基金按75%的比例支付,年度最高支付限额40万元。

特困人员、低保对象、返贫致贫人口起付线降低至5000元,支付比例为80%,取消封顶线;丧失劳动能力的残疾人、低收入家庭60岁以上的老年人和未成年人起付线降低至5000元,支付比例为78%,年度最高支付限额40万元。

医疗机构	三类收费标准 (二级乙等及以下)	二类收费标准 (三级乙等及二级甲等)		一类收费标准 (三级甲等)	
		县级	省、市级	省、市级	省外
起付标准	100元	400元	500元	1000元	1500元
支付比例	85%	75%	70%	60%	55%

## (三) 医疗救助

按救助对象家庭困难情况,分类设定年度救助起付标准、救助比例和年度救助限额(详见医疗救助政策汇总表)。门诊和住院救助共用年度救助限额。

2022年全省居民人均可支配收入为29178元。对医疗救助对象享受医疗救助待遇起付标准为全省上年度居民人均可支配

收入一定比例的,在统计部门未公布相关数据前,可按上一年度的起付标准给予救助。

继续执行定点医疗机构目录外控费比例的规定,特困人员、低保对象、返贫致贫人口在省内一类、省市级二类、县级二类及三类收费标准定点医疗机构住院目录外费用分别不得超过总费用的30%、20%、15%,凡超过控制比例的费用均由医疗机构承担。

## 医疗救助政策汇总表

救助对象	住院救助			倾斜救助		
	起付标准(元)	救助比例(%)	年度最高救助限额	起付标准	救助比例(%)	年度最高救助限额
特困人员(含孤儿和事实无人抚养儿童)	无	100	无	无	70	无
低保对象	无	70	6万元	经三重制度综合保障后,政策范围内个人负担费用超过全省上年居民人均可支配收入的15%	70	6万元
低保边缘家庭成员	全省上年居民人均可支配收入的10%	60	4万元	经三重制度综合保障后,政策范围内个人负担费用超过全省上年居民人均可支配收入的25%	70	4万元
因病致贫重病患者	全省上年居民人均可支配收入的25%	60	4万元	经三重制度综合保障后,政策范围内个人负担费用超过全省上年居民人均可支配收入的40%	70	4万元
返贫致贫人口	无	按70%的比例给予医疗救助,省内住院单次目录内费用综合支付比例达不到90%的,救助到90%	无	经三重制度综合保障后,政策范围内个人负担费用超过全省上年居民人均可支配收入的15%	70	无
乡村振兴部门监测对象	全省上年居民人均可支配收入的10%	70	6万元	经三重制度综合保障后,政策范围内个人负担费用超过全省上年居民人均可支配收入的25%	70	6万元
低收入救助对象	全省上年居民人均可支配收入的25%	60	4万元	经三重制度综合保障后,政策范围内个人负担费用超过全省上年居民人均可支配收入的40%	70	4万元

## 三、门诊保障政策

## (一) 居民门诊统筹

门诊统筹待遇不设起付标准,参保居民在社区卫生服务中心、社区卫生服务站、乡镇卫生院、村卫生室、校医院(医务室)等基层定点医疗机构发生的符合规定的医疗费用,甲类药品、诊疗项目报销60%,乙类药品、诊疗项目报销50%;在县域内二级及以下医疗机构就医,甲类药品、诊疗项目报销55%,乙类药品、诊疗项目报销45%。参保居民每人每日每次医保最高支付限额50元,2024年起,居民门诊统筹年度最高支付限额提高至300元。

## (二) “两病”门诊用药专项保障

参保居民在二级及以下基层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,由医保统筹基金按甲类药品60%、乙类药品50%的比例报销,高血压患者年度支付限额为260元,I型糖尿病患者480元,其他类型糖尿病患者360元。

## (三) 门诊慢特病

符合条件的参保居民,按规定享受我市45种门诊慢特病待遇,支付比例70%,实行月限额支付。

纳入全省统一的门诊慢特病种保障范围的特困人员、低保对象和返贫致贫人口,门诊政策范围内费用经基本医保、大病保险按规定报销后,剩余部分特

困人员按60%、低保对象和返贫致贫人口按30%的比例给予救助。

门诊慢特病的受理、认定下沉到指定的二级及以上定点医疗机构,由指定医疗机构“一站式”受理,医保经办机构不再组织认定。对恶性肿瘤门诊治疗等38个门诊慢特病实行免复审,门诊慢特病受理到办结时限不超过20个工作日。

## (四) 门诊特药

符合条件的参保居民,在定点医疗机构门诊或定点药店发生的门诊特药费用,由医保基金按60%的比例支付,舒尼替尼、曲妥珠单抗、氟维司群、伊马替尼、尼洛替尼胶囊、达沙替尼6种特殊药品按70%的比例支付。

符合享受门诊特药保障政策的特困人员、低保对象和返贫致贫人口,特药保障范围内费用经基本医保、大病保险按规定报销后,剩余部分特困人员按20%、低保对象和返贫致贫人口按10%的比例救助。

## (五) 中医适宜技术门诊治疗

参保人员在全市二级及以上中医医院和其他二级以上医院以中医为主要服务项目的科室,基层医疗机构(乡镇卫生院、社区卫生服务中心)的中医馆,因颈椎病、肩周炎、面神经炎等20种病症在门诊就诊时,使用针刺、灸法、推拿等中医适宜技术治疗项目进行诊疗时,发生的医疗费用由统筹基金按60%支付,参照门诊慢特病管理办法,实行医保基金支付限额管理。