

权威解读  
济南市居民基本  
医疗保险政策



住院报销、门诊统筹、大病保险……

# 关于济南市居民医保 您想了解的都在这了

本月底,2017年度济南市居民基本医疗保险参保缴费工作即将结束。按照规定,缴费日期截至2016年12月31日。住院报销、门诊统筹、大病保险……关于济南市居民医保政策,有些市民仍存有疑问。日前,年度居民医保政策是如何规定的?参保后可以享受哪些待遇?报销比例又是多少?带着这些问题,记者走访了济南市社保局,相关工作人员就市民普遍关心的居民医保待遇问题进行了——解答。

本报记者 周国芳 通讯员 夏天 潘宁

## 今年缴费 明年即可享受待遇

据了解,居民医保按年度缴费,在当年缴费期内,缴纳下一医疗年度居民基本医疗保险费,也就是“今年缴费,明年享受待遇”。参保人在缴费期内一次性足额缴纳居民基本医疗保险费后,可在下一个医疗年度享受居民医保待遇,待遇享受期为1月1日至12月31日。

新生儿作为特殊群体,享有专门的“落地参保”政策。也就是说,新生儿落户后至下一个参保缴费期内,可以随时参保。当然参保早晚,待遇也会有相应的不同。政策规定:“新生儿自出生之日起3个月内参保缴费的,自出生之日起享受居民医保待遇;超过3个月以上参保缴费的,自缴费次月起享受居民医保待遇。”

参保后,可以享受哪些待遇?据济南市社保局工作人员介绍:居民医保参保人在规定的缴费期内一次性足额缴纳医疗保险费后,在对应的医保年度内,符合居民基本医疗保险基金支付范围的住院、门诊、定点社区(乡镇卫生院)门诊、生育、意外伤害(限在校、在园学生儿童及18周岁以下少年儿童)等费用可以报销。

## 报销比例 因缴费档次不同而异

在一些刻板印象里,去医院看病,病人家属总是为了报销处处奔波。实际上,现在的居民医保结算系统是非常方便的。参保人到所属县(市)区医保办指定的定点医疗机构持医保卡登记住院治疗,出院时,由医院通过医保结算系统统计住院期间符合居民医保基金支付范围的费用,个人结清起付标准,个人结清起付标准后,其余部分则由所在县(市)区医保办与定点医院进行结算。

起付标准因不同等级的医疗机构,也有所区别。省(部)三级医疗机构1200元、其他三级医疗机构1000元、二级医疗机构700元、一级医疗机构400元、乡镇卫生院200元。一个医疗年度内,第二次住院的起付标准降低20%,从第三次住院起不再执行起付标准。一个医疗年度内居民医保最高支付限额为20万元(含个人自付部分)。

少年儿童和按一档标准(300元)缴费的成年居民报销比例按以下标准规定:在省(部)三级医疗机构治疗的,由居民基本医疗保险基金支付

40%,个人负担60%;在其他三级医疗机构治疗的,由居民基本医疗保险基金支付55%,个人负担45%;在二级医疗机构治疗的,由居民基本医疗保险基金支付65%,个人负担35%;在一级医疗机构和社区卫生服务机构治疗的,由居民基本医疗保险基金支付75%,个人负担25%;在乡镇卫生院治疗的,由居民基本医疗保险基金支付90%,个人负担10%。

按二档标准(160元)缴费的成年居民报销比例按以下标准规定:在省(部)三级医疗机构治疗的,由居民基本医疗保险基金支付30%,个人负担70%;在其他三级医疗机构治疗的,由居民基本医疗保险基金支付45%,个人负担55%;在二级医疗机构治疗的,由居民基本医疗保险基金支付65%,个人负担35%;在一级医疗机构和社区卫生服务机构治疗的,由居民基本医疗保险基金支付75%,个人负担25%;在乡镇卫生院治疗的,由居民基本医疗保险基金支付90%,个人负担10%。

## 9种门诊病种 “小病”可走门诊治疗

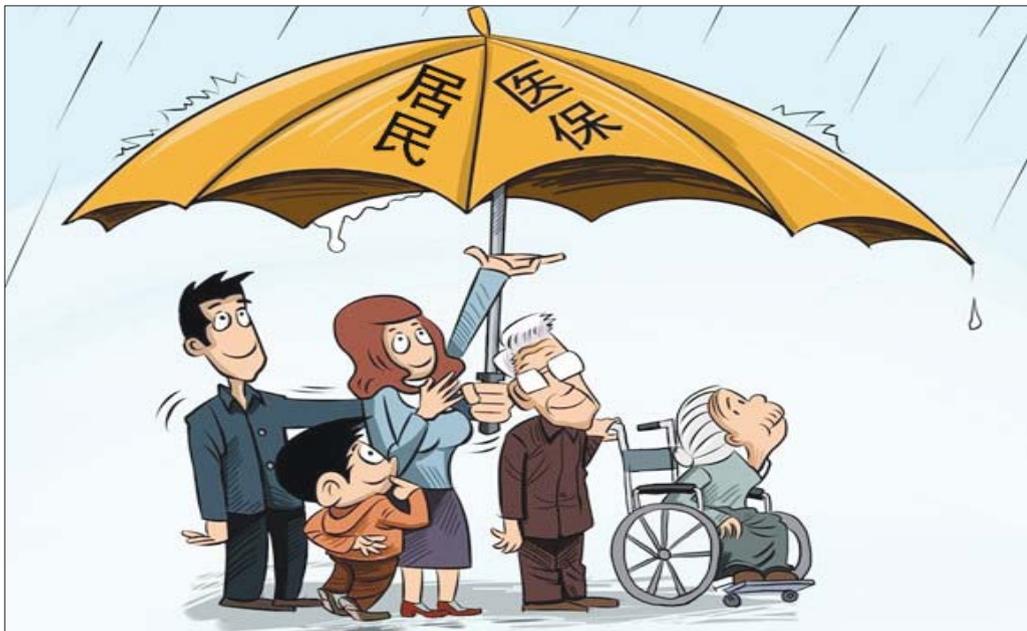
目前我市现行居民医保门诊病种共有9种,分别为:恶性肿瘤及白血病的治疗、肾功能衰竭的透析治疗、器官移植的抗排异治疗、血友病、再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮、帕金森氏病及综合征(只适用成年居民)、精神病和苯丙酮尿症。

门诊规定病种的起付标准为200元,在一个医疗年度内参保人只负担一次,乡镇卫生院和社区不设置起付标准。

除了住院治疗以外,遇到“小病”的时候,参保人还可以选择通过门诊治疗。

市社保局工作人员介绍,参保期内,参保人应先在所属县(市)区医保办规定的普通门诊统筹定点医疗机构名单中,选择一家进行登记备案。这样,在对应医疗年度内,参保人在备案的定点医疗机构发生的支付范围内的医疗费用,由门诊统筹基金和个人各按50%比例负担,年度个人最高支付限额为300元(不含个人负担部分)。

此外,生育费用和少年儿童意外伤害也在报销范围。符合规定的参保人因住院分娩发生的生育医疗费用实行定额包干支付:顺产800元、阴式手术产1000元、剖宫产1900元。参保人已经以生育保险参保男职工



配偶身份享受生育保险生育补助金的,居民基本医疗保险基金不再予以支付。

少年儿童因意外伤害发生的门诊急诊医疗费用,在居民医保基金支付范围内累计超过200元以上的部分,由居民基本医疗保险基金支付80%,在一个医疗年度内最高支付限额为2000元(含个人按一定比例负担部分)。

## 五种病人 可申请办理家庭病床

据市社保局工作人员介绍,以下五种病人可向所在县(市)区定点社区卫生服务机构、乡镇卫生院申请开设家庭病床。一是脑中风丧失全部或大部分行动能力且病情符合住院条件的;二是恶性肿瘤晚期行动困难的;三是严重心肺疾病符合住院条件,但住院医疗确有困难的;四是骨折牵引固定需卧床的;五是80岁以上老人需连续住院治疗,到医院就诊确有困难的。

申请办理家庭病床时,需经接诊医师提出初步意见,由定点社区卫生服务机构、乡镇卫生院报所在县(市)区社会保险经办机构备案。

## 居民大病保险 最高补偿30万

据了解,2016年大病保险政策规定,参保人一个医疗年度发生的住院医疗费用和纳入统筹基金支付范围的门诊慢性病费用,经居民医保补偿后,个人累计负担的合规医疗费用超过1.2万的部分,由居民大病保险给予补偿。

2016年,全省居民大病保险起付标准为1.2万元,个人负担的合规医疗费用1.2万元以下的部分不予补偿。个人负担的合规医疗费用1.2万元以上(含1.2万元)、10万元以下的部分给予50%补偿;10万元以上(含10万元)、20万元以下的部分给予60%的补偿;20万元以上(含20万元)以上的部分给予65%补偿。一个医疗年度内,居民大病保险每人最高给予30万元的补偿。

## >>>链接

### 没有社保卡咋办?

### 不影响待遇,可开具无卡证明

本报记者 周国芳  
通讯员 夏天 潘宁

在医保卡制作期间,参保人因病需住院、接受门诊或门诊病种治疗的,可凭本人有效身份证明(身份证或

户口簿),到所属乡镇(街道)人力资源社会保障服务中心或县(市)区医保办开具“无卡证明”(需住院的应同时携带医院开具的住院证明),凭“无卡证明”登记,就可以享受居民医保待遇。

### 异地转院治疗

### 转院前须到社保经办机构备案

本报记者 周国芳  
通讯员 夏天 潘宁

据了解,如果参保人需要转院到外地住院治疗,应先由本市三级甲等定点医院或者市级以上专科

定点医院开具《外地转院转院备案表》,经参保人所在县(市)区医保办确认,方可转院至外地三级医疗机构治疗,居民医保基金支付按省(部)三级医疗机构的标准执行。

## 居民基本医疗保险待遇标准

项目	定点医疗机构级别	住院和门诊规定病种		普通门诊统筹	
		少年儿童与成年居民一档	成年居民二档	少年儿童与成年居民一档	成年居民二档
医保起付标准	三级医疗机构	省(部)三级医疗机构1200元、其他三级医疗机构1000元		无	
	二级医疗机构	700元			
	一级医疗机构	400元			
	社区医疗机构	400元		不设起付线	
	乡镇卫生院	200元			
村卫生室	无				
医保支付比例	三级医疗机构	省、部三级40%、其他三级55%		无	
	二级医疗机构	65%			
	一级医疗机构	75%			
	社区医疗机构	75%			
	乡镇卫生院	90%			
村卫生室	无		50%		
最高支付限额		20万元(含个人自付部分)		300元	
生育医疗费用		顺产800元、阴式手术产1000元、剖宫产1900元			

注:门诊规定病种中的肾功能衰竭的透析治疗,居民基本医疗保险基金支付比例,不再区分缴费档次和医疗机构级别,统一为80%(乡镇卫生院仍为90%)。