

下月起全省居民医保将城乡统一 个人缴费标准每人每年150元

# 年度看病最高可报销15万元

明年起,全省城乡居民基本医保将不再有“农村人”和“城里人”的差别,报销标准和范围统一执行。

近日,省政府办公厅印发《湖南省城乡居民基本医疗保险实施办法》(简称《办法》),2017年1月1日起我省将全面实施城乡居民基本医疗保险制度。根据办法,一个结算年度内,城乡居民基本医疗保险(不含城乡居民大病保险)累计最高支付限额统一为15万元;生育医疗费用(含产前检查费)给予一次性补助,平产最高补助1300元,剖宫产最高补助1600元。

■记者 王智芳 通讯员 唐清莹

## 【参保标准】

个人缴费标准每年150元,不得重复参保

据了解,2003年与2007年,我国针对农村人口、城镇非就业人口分别建立了新农合和城镇居民医保制度。制度建立以来,覆盖范围不断扩大,保障水平稳步提高,对于健全全民基本医保体系、满足群众基本医疗保障需求、提高人民群众健康水平发挥了重要作用。然而近年来,两项制度城乡分割的负面作用开始显现,不仅增加政府的管理成本和负担,而且不利于社会公平和人员流动。

《办法》明确规定:整合城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗两项制度,建立统一的城乡居民基本医疗保险制度,实现覆盖范围、筹资政策、保障待遇、医保目录、定点管理和基金管理的“六统一”。2017年1月1日起,全省统一执行城乡居民医保新政策。城乡居民医保实行政府补助和个人缴费相结合的筹资方式,筹资标准不低于570元/人(其中个人缴费不低于150元)。

明年是我省整合城乡居民医保制度全面实施的第一年,原新型农村合作医疗、城镇居民基本医疗保险政策及相关规定同时废止。原参加城镇居民医保和新农

合的居民,其个人账户或家庭账户余额可以继续使用。

我省城乡居民医保参保对象为:除职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民。具体包括农村居民、城镇非从业居民、在校大中专学生、在湘长期居住的外省户籍人员,以及国家和湖南省规定的其他人员。在参保形式上,原则上以家庭为单位参保缴费,大中专学生以学校为单位参保缴费。城乡居民基本医疗保险实行年缴费制度,每年8月1日至12月31日为下一年度的参保缴费期。参加城乡居民基本医疗保险的人员不得同时参加城镇职工基本医疗保险,不得重复享受医疗保险待遇。

目前,2017年度城乡居民医保缴费已经启动,个人缴费标准统一为每人每年150元,参保缴费期截止到2017年2月28日。

### 【观点】

“我生孩子以前在老家参加的新农合,每年缴纳几十元,生病后医疗费可报销一半以上。”杨女士说,结婚后留在长沙,在长沙看病,新农合就不具优势了。“现在将城乡居民医保进行整合,对流动人口而言是最好的。”

## 【报销比例】

县级医疗机构不低于70%,市级不低于60%

《办法》规定,城乡居民医保基金设置住院起付标准:乡镇卫生院、社区卫生服务机构不低于200元;县级医疗机构不低于500元;市级医疗机构不低于1000元。逐步完善起付标准动态调整机制,原则上当年度起付标准控制在上年度均次住院费用的10%至20%。一个结算年度内多次住院的,累计起付标准以省级定点医疗机构最高起付标准为限额。

参保居民在统筹地区基本医疗保险定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费,起付标准以上的部分,由城乡居民医保基金按比例支付:乡镇卫生院、社区卫生服务机构不低于80%;县级医疗机构不低于70%;市级医疗机构不低于60%。

同时,参保居民在省级定点医疗机构住院,起付标准按照上年度各省级定点医疗机构住院次均费用的10%左右确定,且不低于1500元,政策范围内住院医疗费用支付比例不低于50%,具体支

付标准由省人力资源和社会保障厅会同省财政厅根据各统筹地区城乡居民医保基金运行和参保居民就医情况合理确定。因突发疾病急诊抢救转为住院治疗的,急诊抢救医疗费用与住院医疗费用合并计算;急诊抢救死亡的,对政策范围内的医疗费用,视同住院医疗费用按规定报销。

另外,根据《办法》一个结算年度内,城乡居民基本医疗保险(不含城乡居民大病保险)累计最高支付限额统一为15万元。

### 【对比】

《办法》实施前,以长沙市为例,一个年度内首次使用基本医疗保险支付时,无论是在职人员还是退休人员起付金额都是1300元;第二次及以后住院的医疗费用,起付标准按50%确定,也就是650元。目前,长沙市城乡居民的住院报销比例根据三类、二类、一类收费医院分别为50%、60%、70%,定点社区卫生服务中心的门诊费用可部分报销。



我省城乡医保将统一,看病报销将不再区分“农村人”和“城里人”。

## 【生育补助】

生育医疗费用最高一次性补助1600元

《办法》规定,新生儿在出生28天内(含28天)取得本省户籍并按当年度城乡居民医保个人缴费标准一次性缴纳基本医疗保险费,可自出生之日起享受基本医疗保险待遇。另外,城乡居民医保基金对参保居民符合计划生育政策规定的生育医疗费用(含产前检查费)给予一次性补助,平产最高补助标准为1300元,剖宫产最高补助标准为1600元,按单病种包干管理,在定点医疗机构实行即时结算。

“目前,新生婴儿的医保缴费是每年120元,有无户口都可办理。”长沙市城乡居民医保负责人介绍,长沙市新生儿医保政策自2011年开始实施,针对自出生之日起到出生后28天内的新生儿。根据《长沙市城乡居民基本医疗保险办法》,新生儿出生后,家长应首先去派出所上户口获取身份证号码,再拿户口簿和照片在户口所在地社区或街道办事处为新生儿办理医保,如新生儿未及时上户口,带准生证、出生证和照片也可办理。

该负责人介绍,新生儿出生28天内按标准缴纳当年参保费用,就能从出生之日起享受与城乡居民同等的医疗保险待遇。“区别在于新生儿投保可以即时享受报销,居民投保有等待期。”该负责人提醒,婴儿出生超过28天后,家长仍可为孩子购买医保,但已不是新生儿医保,而属于未成年人医保,需要等待3个月后才能开始享受医保待遇。

### 【算账】

为新生儿购买医保能省多少钱?长沙市民杨女士2016年6月顺产一子,孩子没满月的时候,因肺炎在省儿童医院治疗花费23700元,她实际花了15000元,节省了8400余元,报销比例大概为30%左右。此外,当时的自然分娩补贴标准为1000元。

## 展望

省内异地就医有望即时结算

《办法》要求,建立省内异地就医即时结算周转金制度,异地就医即时结算周转金纳入财政专户管理;建立全省统一的异地就医即时结算制度,实现全省范围内异地就医即时结算。省内异地就医即时结算

办法由省人力资源和社会保障厅商省财政厅另行制定。

按照国家统一部署,做好跨省异地就医即时结算工作。各级城乡居民医保经办机构要密切配合,切实加强异地就医监管。

## 提醒

这些不属医保报销范围

- 应当从工伤保险基金中支付的;
- 应当由第三人负担的(第三人支付或无法确定第三人的,由基本医疗保险基金先行支付。基本医疗保险基金支付后,有权向第三人追偿);
- 应当由公共卫生负担的;
- 在境外就医的;
- 国家和我省规定不予支付的其他情形。

异地就医、转诊及时备案

提醒参保居民,因外出务工、长期在外地居住、转省外医疗机构治疗等特殊情形在异地就医时发生的政策范围内住院医疗费用,可比照统筹地区同级别定点医疗机构相关标准予以报销,但需报参保地城乡居民医保经办机构同意备案。

未按照分级诊疗制度有关规定办理转诊手续的(危急重症患者抢救除外),城乡居民医保基金支付比例相应降低

15个百分点。在非基本医疗保险定点医疗机构发生的医疗费用原则上不予支付(危急重症患者抢救除外)。

因危急重症抢救未及时办理转诊手续或在非定点医疗机构住院治疗的,应当在入院治疗3个工作日内报统筹地区城乡居民医保经办机构同意备案,其发生的政策范围内住院医疗费用,可比照统筹地区同级别定点医疗机构的相关标准予以报销。