

# 居民基本医疗保险政策解读

## 一、相关政策法规

为建立合市统一、城乡一体、惠民高效、公平可及的居民基本医疗保险制度，保障居民基本医疗需求，根据《中华人民共和国社会保险法》、《国务院关于开展城镇居民基本医疗保险试点的指导意见》（国发〔2007〕20号）及《山东省人民政府关于建立居民基本医疗保险制度的意见》（鲁政发〔2013〕31号）等有关规定，结合我市实际，临沂市人民政府制定出台《临沂市居民基本医疗保险暂行办法》（临政发〔2014〕34号）和《临沂市居民基本医疗保险办法》（临政办发〔2017〕17号），2017年10月18日，关于做好2018年居民医疗保险参保缴费工作的（临人社发〔2017〕31号）和临社保函〔2017〕28号文《关于居民医疗保险工作有关问题的通知》。

## 二、基本原则

- （一）全覆盖、保基本、多层次、可持续；
- （二）个人缴费与政府补助相结合，参保人员权利与义务相对等；
- （三）筹资标准和保障水平与经济社会发展水平及各方承受能力相适应，适度合理，重点保障参保居民基本医疗需求；
- （四）市级统筹，分级管理，有效衔接，协调发展；
- （五）居民基本医疗保险基金以收定支、收支平衡、略有结余。

### 三、参保范围

具有本市户籍且不属于职工基本医疗保险参保范围的城乡居民，本市行政区域内的各类全日制高等学校、中等职业学校和中小学校的非本市户籍学生，可以参加居民基本医疗保险。

根据《山东省人民政府关于贯彻国发〔2016〕44号文件实施支持农业转移人口市民化若干财政政策的意见》（鲁政发〔2016〕23号）文件，对居住证持有人也可以参加居民基本医疗保险，新生儿可随父母在居住地参保。

### 四、缴费标准

（一）2019年度居民基本医疗保险个人缴费标准为220元，各级财政补助标准根据上级规定执行。

（二）根据省人社厅、省扶贫开发办、省暑政厅三部门《关于贯彻落实省委、省政府扶贫开发工作部署坚决做好就业与社会保障精准扶贫工作的通知》（鲁人社发〔2016〕17号）精神，对符合条件的农村贫困人口参加居民基本医疗保险个人缴费部分，由县财政给予补贴。

其他农村五保供养对象、城乡最低生活保障对象、重点优抚对象、持证残疾人等特殊群体参保，由所在县区政府足额代缴个人缴费部分。

（三）70周岁以上老年人参保，由所在县区政府根据当地财力情况对其个人缴费给予补助。

（四）新生儿出生后6个月内，到派出所落户后，其父母凭其户口簿至户籍所在地的镇街（街道）人力资源社会保障服务机构办理居民基本医疗保险参保手续，根据个人缴费标准缴纳新生

儿出生当年的基本医疗保险费，自出生之日起享受医疗保险相关待遇。

（五）鼓励村（居）委会对本村（居）民参保缴费给予资助。有条件的用人单位可对本单位职工供养的直系新属参保缴费给予资助。

## 五、参保办理时间

居民基本医疗保险实行年缴费制度，参保居民应于集中参保缴费期内足额缴纳下一年度居民基本医疗保险费。集中参保缴费期为每年10月1日至12月31日，享受居民医疗保险待遇期为下年度的1月1日至12月31日。下年2月底以前办理参保缴费手续的，按当年度个人缴费标准缴费；3月1日后办理参保缴费手续的，按当年度人均筹资总额缴费。享受居民医疗保险待遇期均为参保缴费系统到账之日起30日后至当年12月31日。

## 六、参保缴费经办

### （一）参保登记

#### 1. 所需材料：

- a. 户口簿（或身份证）原件及复印件；
- b. 在本市常住的非本市户籍人员，还需提供居住证原件及复印件；
- c. 特殊人员身份证明材料；
- d. 《居民基本医疗保险参保登记表》；
- e. 新生儿参保登记还需提供监护人（父母双方）身份证原件及复印件。

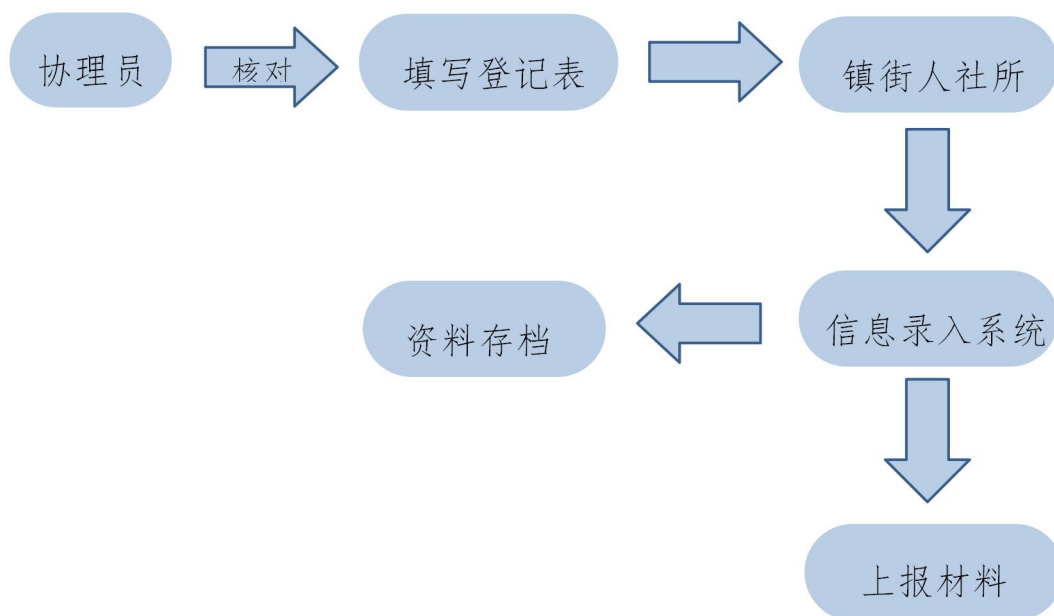
#### 2. 经办流程：

a.行政村（社区、学校）社会保障协理员（以下简称协理员）负责组织本代缴单位参保人员填写《居民基本医疗保险参保登记表》，并核对参保人员身份证（或户口簿）原件，确保填报信息内容准备。

b.人社所以对行政村（社区、学校）提交的参保资料进行审核，无误后签字盖章，将参保登记表等资料存档，将基础信息录入信息系统。

### 3.操作流程简图:

参保登记流程图



### （二）申报缴费

#### 1.所需材料:

- a.身份证或户口簿原件及复印件
- b.特殊人员身份证明材料
- c.《居民医疗保险缴费花名册》

## 2. 办理流程:

### a. 一般缴费人员代收代缴流程

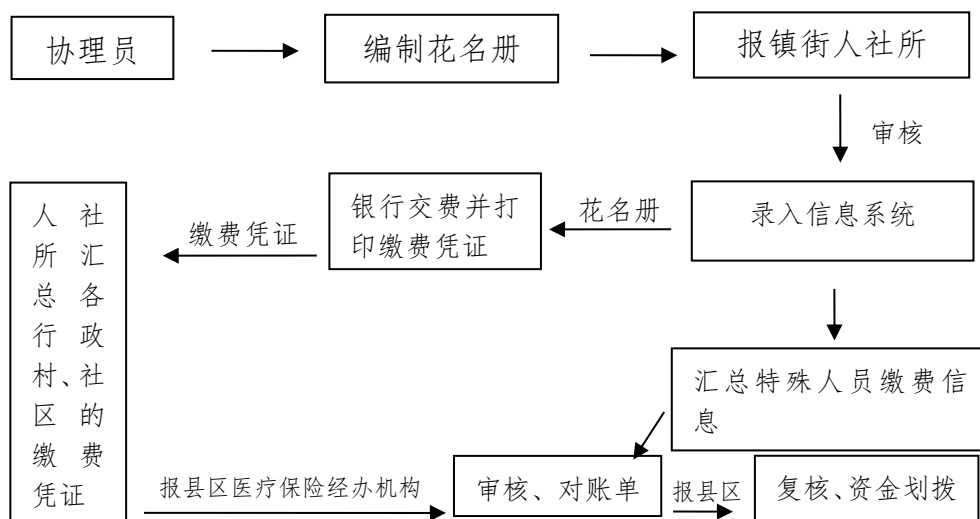
- ◆ 协理员编制缴费花名册，上报镇街人社所。
- ◆ 人社所以对缴费花名册及汇总表进行核对，无误后录入信息系统。
- ◆ 协理员持花名册到银行缴费，银行开具缴费凭证。
- ◆ 人社所汇总缴费凭证并上报县区医疗保险经办机构。
- ◆ 县区医疗保险经办机构与银行对账，确认参保信息，资金划转至财政专户，缴费参保完成。

### b. 特殊缴费人员

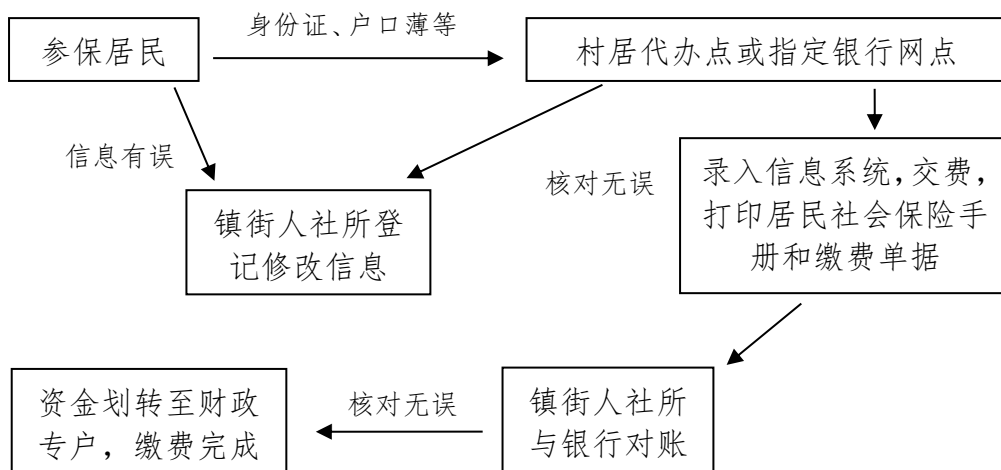
- ◆ 协理员编制特殊人员缴费花名册，连同相关证件原件（及复印件）或有关部门证明信报送镇街人社所
- ◆ 人社所核对特殊人员缴费花名册及相关证件，无误后录入系统。
- ◆ 人社所核对特殊人员缴费信息报县区医疗保险经办机构
- ◆ 县区医疗保险经办机构与人社所核对确认特殊人员参保缴费信息，并将名单报县区财政部门审核，县区财政部门拨付代缴资金，参保缴费完成。

## 3. 业务流程图:

### (社区、学校) 代缴操作流程图



## 银行代收方式流程图



4.办理时限：征缴期内即进办理。

5.操作实例：略。

## 七、医疗保险待遇

居民基本医疗保险待遇包括住院医疗待遇、普通门诊待遇、慢性病门诊待遇及特殊疾病门诊待遇等。

参保居民就医发生的政策范围内医疗费用按照相应待遇标准从居民基本医疗保险基金中予以支付。一个医疗保险年度内，

参保居民基本医疗保险统筹基金最高支付限额为 15 万元。

### （一）普通门诊：

普通门诊统筹重点解决参保居民在县域内定点基层医疗机构（主要指社区卫生服务中心、站和乡镇卫生院、一体化管理村卫生室）门诊发生的一般诊疗费和医药费用，一般诊疗费按规定收取和报销。参保居民在普通门诊定点医疗机构发生的政策范围内普通门诊医疗费用按 50%比例报销，新参保的每人每年最高报销限额为 120 元。连续参保的年度报销限额结余部分，可转入下年与下年度报销限额合并使用。鼓励居民连续参保缴费，中断参保缴费的，其结余部分不予结转。

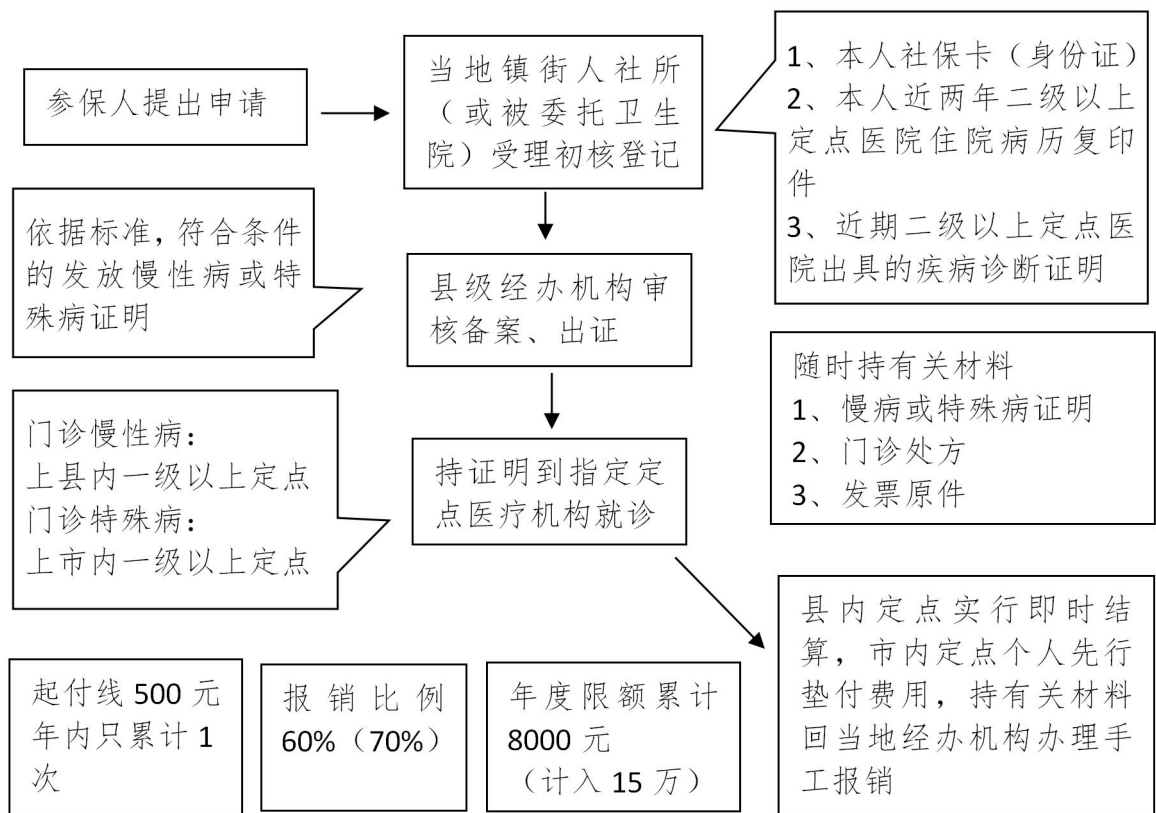
### （二）门诊慢性病（特殊门诊疾病）：

门诊慢性病实行准入和定点限额管理制度。经认定对患肺源性心脏病、消化性溃疡（胃、十二指肠球部溃疡）、慢性支气管炎、银屑病、溃疡性结肠炎、肺结核（两年有效期）、脑出血（后遗症）、脑梗塞（后遗症）、系统性红斑狼疮、前列腺增生、糖尿病（并发症）、颈腰椎病（椎间盘突出、椎管狭窄）、冠心病、高血压、类风湿性关节炎活动期（强直性脊柱炎）、甲亢、甲低、慢性肝炎（乙型、丙型病毒性肝炎）、慢性肾炎、肾病综合征、股骨头无菌性坏死、垂体瘤（催乳素瘤）、帕金森氏病、肝豆状核变性、垂体性侏儒症、癫痫、硬化病、重症肌无力、四氢生物蝶呤缺乏症、苯丙酮尿症（不含 6 周岁以下免费治疗者）等 30 个病种的参保居民，累计年内起付标准为 500 元（患多种疾病的合并执行一个起付标准），政策范围内医药费用的支付比例为 60%。一个医保年度内最高支付限额为 8000 元。

参保居民因患恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植

术后抗排异治疗、血友病、重性精神病人药物维持治疗、耐多药肺结核、儿童脑瘫、儿童智障、儿童孤独症等特殊病种，经县级经办机构批准，到具备诊疗条件的定点医疗机构（须单独确定公布）门诊就医治疗，累计年内起付标准为 500 元，政策范围内医疗费用的支付比例为 70%，支付限额与住院医疗费用合并计算，累计不超过年度最高支付限额。

### 门诊慢病和特殊疾病认定及报销流程



### (三) 普通住院：

参保居民在市内定点医疗机构发生的住院医疗费用，按照不同定点医疗机构级别、起付标准和报销比例从居民基本医疗保险基金中予以支付。政策范围内住院医疗费用的报销比例分别为：实行药品零差率的一级定点医疗机构 85%（其中基本药物为 90%），未实行的 80%；实行药品零差率的二级定点医疗机构



70%，未实行的 65%；三级定点医疗机构 55%。对各级定点医疗机构住院治疗使用的中药饮片（中草药）费用，报销比例相应再提高 5%，但最高不超过 90%。

参保居民持社会保障卡或二代居民身份证到定点医疗机构就医，并由定点医疗机构负责核实参保身份后按政策规定实行出院即时结算。参保居民在不具备即时结算功能的定点医疗机构就医（含异地就医）发生的住院医疗费用，先由参保居民个人垫付，治疗终结后应及时持有关资料到参保地经办机构办理审核报销手续，最迟应于次年 2 月底以前上报，逾期不再办理。

参保居民到市内县域外定点医疗机构住院，须经县级综合或专科定点医院出具转诊证明、并在县级经办机构备案。参保居民在异地或因急、危病症需住院（转院）治疗的，应当自住院（转院）之日起 5 个工作日内凭急诊门诊病历等，按上述规定到参保地经办机构办理相关手续。未经县级转诊备案，直接到市内县域外定点医疗机构住院的，其相应级别医院的支付比例降低 10 个百分点。转往省内市外联网医院住院治疗的，按省结算平台统一规定执行。转往市外非联网定点医院住院治疗的，发生的政策范围内医疗费用，执行市内三级定点医院住院起付标准，按规定办理转诊备案手续的，个人先负担 10%，再按照市内三级定点医院比例报销；未按规定办理转诊备案手续的，个人先负担 20%，再按照市内三级定点医院比例报销。

符合计划生育政策的参保孕产妇，其住院生育医疗费用，按照自然顺产每人 800 元、符合指征的剖宫产手术每人 1000 元定额标准，从居民基本医疗保险基金中支付。

#### （四）意外伤害住院费用：

参保居民发生的无责任人或无法确定责任人（第三人）的意外伤害的医疗费用，须由个人提出书面申请，并提供公安交警、单位或村（居）委会等出具的证明材料。经县级经办机构认定符合居民基本医疗保险支付政策规定的，其政策范围内的医疗费用由个人自负 40%后，剩余部分按照相应医院级别和待遇标准报销，基本医疗保险年度最高支付 5 万元。

#### （五）大病保险费用：

参加居民基本医疗保险的居民同时享受居民大病保险待遇，参保个人不另外缴费，统一执行省里的居民大病保险相关政策规定，采取按医疗费用额度补偿的办法。在已实行即时结算的定点医院，一单、一站式报销；尚不能实现即时结算的医院费用，出院后由参保患者持规定的有关材料，到参保地经办机构办理手工审核报销。

#### （六）医疗费用的手工报销：

1. 特殊门诊疾病费用报销所需材料：
  - a. 特殊病种卡
  - b. 门诊处方、诊断证明
  - c. 发票原件
2. 普通住院费用报销所需材料：
  - a. 社保卡、患者及代办人身份证（或户口簿）复印件
  - b. 身份审核确认单（转诊备案单）
  - c. 住院费用发票原件
  - d. 住院费用明细清单
  - e. 住院病历复印件（参保孕妇、外伤等特殊证明）