随州市城乡居民基本医疗保险政策解读

(一问一答)

目前，我国已基本实现全民医保，建成了世界上最大的基本医疗保障网。国家鼓励居民参加基本医保，是为了维护全体居民的健康权益。

基本医保不分年龄、不论病史为广大群众提供了基本、可靠和安全的医疗保障，确保广大群众能够及时就医，医疗费用能够得到分摊，参加基本医保能有效防范“因病致贫、因病返贫”风险。我国居民医保优势很多，具体体现在五个方面:

1. 是成本低，我国居民医保2024年度个人缴费标准为每人每年不低于 400元，平均每天 1.1元，每月30多元，群众能用低成本获取对自已健康的保障。
2. 是补助面广，所有参保群众都能享受国家普惠性参保财政补助，参保是自己交小头，国家补大头，2024年财政补助标准每人涨到670元，每年财政补助达到6000 多亿元。对于符合条件的困难群众，国家还资助参保，每年超过8000万人。
3. 三是抵御疾病风险有优势，2023年参保居民医保人员平均住院率20.7%,而2023年全国居民医保次均住院费用三级医院、二级医院、一级医院分别为12765元、6205 元、2943元，报销金额三级医院、二级医院、一级医院分别为6648元、3994元、2172元，居民平均报销金额为4437元，10年居民医保参保费用加起来都不及一次住院报销费用。
4. 四是综合保障有优势，参加居民医保后不仅享受基本医保门诊报销、门诊慢特病报销、住院报销，还能同时享受大病保险报销，因大病住院无需申请自动报销，所以很多居民有收益却没感觉，困难群众还可以享受医疗救助。

**(单独说一句，现在长岭有部分村的村民因为居住地就不在本地参保缴费的，尽量还是让他们在长岭参保缴费。现在医保政策有个大病救助。只要是不在户籍地参保缴费的生病住院后花了再多的钱民政那里收不到信息 做不了监测，那就救助不了。医保系统没有住院信息，就算以后有政策想救助 ，也查不到患者的住院信息 看不到花了多少钱，慢性病 大病报销也申请不了，所以这个建议村里面好好宣传一下在本地参保缴费。外地就医办理异地长期备案手续 报销比例和本地差不了多少。)**

1. 五是基本医保服务好，除特殊情况外，参保人无需拿着一堆票据来回奔波进行手工报销，在定点医药机构可以享受直接结的便捷，还可异地就医，只需线上或线下提前备案，即可在外地就医直接结算。在随州市参加居民医保没有户籍限制。

为什么居民医保缴费标准需要提高?

城乡居民基本医疗保险是采取财政补助和个人缴费相结合的定额筹资模式，近年来，国家不断加大财政投入，同步提高个人缴费水平，动态调整筹资水平，不断优化筹资结构。目前居民医保筹资标准达到1070元(个人缴费400 元、财政补助 670元)，

一是医疗费用在增长，根据国家医保局公布的数据显示，近年来医药费用年增幅在8%左右，2021年与2011年相比，全国次均住院费用由6632元上涨到11003 元。

二是医保待遇水平在提高，随着经济社会发展，新医药、新技术广泛应用，目录等医保报销范围不断扩大，门诊待遇保障水平持续提高。如果居民医保缴费不增加，还维持在原来的缴费水平，医保基金就会不可持续，新技术、新药品就无法纳入医保报销，群众就医就无法有效保障。只有在每年增加财政补贴的同时，适当提高居民缴费标准，才能有效支撑医保制度可持续发展。今年个人缴费标准提高了 20元，是自2016年以来，个人缴费增加幅度首次低于财政补助增加幅度。

1. 每年增长的居民医保费都用在哪些方面?

近年来，随着医保改革不断推进，我市居民医保待遇保障水平不断提高，每年增长的医保费全部都用于提高参保居民医保待遇，居民缴纳的医保费完完全全是取之于民用之于民。

一是用于扩大参保居民的医保目录报销范围。扩大医保目录就是增加医保可报销的药品、医疗服务项目、医用耗材的品种等。医保目录实行每年动态调整，随着医疗技术的快速进步，每年都把一些新药品、新技术、新耗材纳入医保目录范围，很多临床必需、价格昂贵的创新药可以报销了，更多的罕见病药物也纳入了报销范围。

**过去医保目录内药品只有300种，而现在医保目录内药品平均每年增加100多种，2023年达到3088 种**。

二是用于提高参保居民门诊待遇保障水平。不断提高参保居民门诊待遇水平，

**过去我市居民门诊统筹年限额只有200元，现在年限额提高到350元;**

**过去门诊慢特病只有25种，现在增加了12种，达到37种，**

**取消原规定的200元起付线，并且扩大了门诊慢特病的报销范围，**

**过去门诊慢特病只有用药费用纳入报销，现在门诊慢特病所须的药品、检查、检验、治疗、医用材料等全部纳入报销范围。**

三是用于提高参保居民生育待遇保障水平。

**我市支持积极生育，提升参保居民生育医疗待遇水平，实现生育全过程保障，过去参保居民住院分娩定补800 元，现在调整为按照住院政策报销;过去产前检查费及先兆流产、流(引)产门诊费用不纳入门诊统筹支付，**

**现在均纳入门诊统筹支付且不受每日限额控制;**

**过去生育住院基本医保不报销，现在并发症、合并症、先兆流产、流产、引产住院发生的医疗费用全部纳入住院报销。**

四是用于提高参保居民住院待遇保障水平。提高住院报销比例和年封顶线。

**过去住院用到的进口材料和血液制品报销比例在甲类费用的基础上下降20%，现在调整为先行自付10%，再按甲类费用比例报销。**

**过去基本医保年封顶线为12万元，大病保险年封顶线为 30 万元。现在基本医保年封顶线调高到15万元，大病保险年封顶线调高到35万元。**

五是用于提升参保居民的异地就医便捷性。

**过去参保居民离开本县看病就医，需要办理转诊转院手续并备案，否则医保无法报销。**

**随州市已经实现基本医保市级统筹，参保居民可自愿选择一级、二级或三级医院看病就医，无需备案。全省已经放开了省内异地就医，跨省异地就医备案也越来越方便。过去转市外住院起付线为:省内住院1500 元、省内部属及其他医院住院为2000元。现在转市外住院起付线统一调整到1500 元。**

为什么青壮年要参加医保?

一是从为自己着想的角度考虑，青壮年要积极参加医保。

人吃五谷杂粮，谁也不能保证不生病。疾病风险的不确定性和偶发性，是谁也无法掌控的。从中青年住院率数据看，除了15-24岁年龄段低于10%外，其他年龄段均在10%以上。次均费用均在7000 元以上，最高费用甚至达到几百万元。一场突如其来的大病，导致家底一夜掏空，后续的治疗费只好求助亲朋好友，这样的案例确实也在我们身边真实发生过。青壮年不缴纳医保，就像是在社会上“裸奔”，抗风险能力极其脆弱，一旦发生疾病和意外，

给自已和家庭带来的就是灾难性的重创。参加居民医保，就是给自己加了一道保障，极大增强了抵抗疾病风险的能力。

二是从减轻经济负担的角度者虑，青壮年要积极参加医保。

个人花 400元购买一年的基本医疗保险,平均每天仅需一块多钱，就能给自已和家人买一份安心和保障，这个账其实很好算。现在小病住院一次医保也能报销几千元，如果不参加医保，这些费用都要个人自已承担，对于每个人、每个家庭都是一笔不小的开支。很多青壮年都是家庭的主要劳动力和收入来源，一旦生病影响家庭收入。一年缴纳400元，住院一次报销的钱等于花了自己十多年缴纳的医保费。居民医保作为政府主办的社会医疗保险，不以营利为目的，是一项惠民性政策。对于广大参保居民来说，这是国家给予的民生保障，是参与国民收入二次分配的一个途径。

三是从对家人和社会负责的角度考虑，青壮年要积极参加医保。

基本医疗保险坚持公平普惠，通过大数法则分散疾病带来的风险，实现全体参保人中患病与健康人群之间的互助共济。有的人认为自己身体好、不会生病，缴费就算白交了，只给家里老人和孩子缴纳医保。青壮年是家庭顶梁柱，一倒下家庭就带来灾难，另外如果大家都这么想、这么做，只给老人、孩子和有病的人缴纳医保，医保基金就会收不抵支、医保制度就不可持续，自己的老人、孩子生病了也就无法享受医保待遇。人人为我，我为人人。自己不生病，但缴纳的医保费可以给自己的老人、孩子和其他生病需要的人使用;同样，当自己需要看病报销时，其他不生病的人缴纳的医保费也给自已使用了。参加居民医保是富有社会责任感的具体体现，众人拾柴火焰高、众人划桨开大船，参保缴费就是大家团结一心、你我互帮互助，共同抵御风险。

**现在不缴，如果生病了可以中途再缴费报销医疗费用吗?**

自2025年居民医保集中征缴期开始，除新生儿等特殊群体外，

对未在居民医保集中征缴期内参保缴费或上一年度未参保缴费的人员,设置参保后固定待遇等待期3个月(等待期就是交了钱后，自居民医保享受之日起再等3个月才能报销，这3个月期间发生的费用不能报销。);

其中，未连续参保的，每多断保1年，原则上在固定待遇等待期基础上增加变动待遇等待期1个月,参保人员可通过缴费修复变动待遇等待期,每多缴纳1年可减少1个月变动待遇等待期，连续断缴4年及以上的，修复后固定待遇等待期和变动待遇等待期之和为6个月。缴费参照当年参保地的个人缴费标准。可能你们觉得这个政策好严，但是很多参了保的人认为挺公平，人家总问，为什么我一直老老实实参保没什么好处，他们有病了再参，待遇和我一样，不公平。

这个政策就是为了维护参保人的利益。其实只要您按时参，政策对您不仅没有任何影响，还有连续参保奖励。

缴费到底是自愿，还是一定要参保缴费?

应该依法参保!因为根据《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》第八十二条规定:“公民有依法参加基本医疗保险的权利和义务”。依法参保是您的义务，享受待遇是您的权利。“依法参保、覆盖全民”，这是党中央、国务院对人民群众健康和医疗保障工作的高度重视，也是为了减轻群众就医负担、增进民生福祉、维护社会和谐稳定的重大制度安排。“没有健康的身体一切无从谈起”，建议您树立健康风险意识，转变观念，从自愿参保缴费到依法参保缴费进行改变。

我现在参保缴费了，有哪些待遇可以享受?

参保居民按参保年度和政策规定享受医保待遇。

包括普通门诊**(即“门诊统筹”)**、高血压和糖尿病**(简称“两病”)门诊**、门诊慢特病、住院、生育医疗费用、“双通道”药品等医疗保障待遇，困难群众还可享受医疗救助。简要概括起来就是“四个保”和一个医疗救助。

门诊统筹、“两病”门诊以及门诊慢特病用药均有保障。

**一保门诊：门诊统筹。不设起付标准，在一级及以下定点医疗机构政策范围内费用医保基金支付50%，年限额350元。卫生室(所、站) 每人每天可报销30元，卫生院(卫生服务中心、附属医院)每人每天可报销50元**。

**“两病”门诊。不设起付标准，与门诊统筹年限额合并计算，政策范围内费用医保基金支付50%。高血压年限额450元，糖尿病年限额500元,同时符合高血压和糖尿病标准的年限额550元，不受日限额限制。**

**门诊慢特病。我市将37 种门诊慢特病纳入保障范围，政策范围内报销比例达到60%一80%，门诊慢性病年度封顶线达到2000 元左右;其中有11 种门诊特殊疾病参照住院管理，不单独设年封顶线。**

“**单独支付”药品。政策范围内按50%报销。**

**二是保住院:我市居民住院政策范围内报销比例达到70%左右，基本医保年封顶线15万元。城乡特困人员、孤儿、最低生活保障对象、丧失劳动能力的残疾人、严重精神障碍患者和计划生育特殊困难家庭中经核定的特困家庭夫妻及其伤残子女，过渡期内住院不设起付标准。**

**三是保生育。近年来，医保部门坚决贯彻落实国家积极生育**

**支持政策，持续加强生育医疗费用保障，保障水平稳步提升。参保居民产前检查、住院分娩和孕产妇因并发症、合并症、先兆流产、流产、引产住院发生的医疗费用，纳入医保基金支付范围，参照居民医保住院政策执行。**

**四是保大病。无需另行缴费即可享受城乡居民大病保险待遇。大病保险对参保居民发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。参保居民住院和门诊慢特病治疗所发生的高额医疗费用(含“单独支付”药品)，经基本医疗保险按规定支付后，累计金额在1.2万元以上3万元(含)以下部分报销60%;3万元以上10万元(含)以下部分报销65%;10万元以上部分报销75%，年封顶线 35万元。**

**城乡特困人员、孤儿、低保对象、返贫致贫人口大病保险起付标准减半，各段报销比例分别提高5%，取消年封顶线。**

**五是医疗救助。对困难群众实施基本医保、大病保险、医疗救助三重保障制度。参保困难群众均可享受医疗救助，一是参保可获得资助，二是医疗费用经基本医保、大病保险报销后纳入救助范围。城乡特困人员、孤儿、城乡低保、返贫致贫人口、城乡低保边缘家庭成员、三类监测人口(包含脱贫不稳定、边缘易致贫、突发严重困难人口)、因病致贫重病患者等困难群众政策范围内个人自付医疗费用救助比例达到50%一100%，年救助最高可达16万元。**

1. 意外伤害能报销吗?为什么有些人报不了?

意外伤害是可以报销医疗费的，如果无他方责任、无非法行为、无故意致伤行为，这样的意外伤害住院医药费用可以报销，其报销范围、起付线、报销比例与普通疾病住院的规定相同。

但如果是有他方责任或非法行为等，比如犯罪、吸毒等人为的、有第三方责任造成的医疗费用，按规定不能报销。医保部门将进一步加强意外伤害报销的服务和监管，确保您依规享受待遇权益。

1. 居民医保与商业保险有区别吗?

很多人拿商业保险来比较，说商业保险缴费低报销比例高，“一元保”只要交一块钱。这里请您注意:基本医疗保险是政府举办的公益性事业，商业保险属于商业性质。商业保险基本都是划定年龄和限定病种的，只有居民医保这种政府的社会保险，才不管年龄多大，病有多重，敞开大门一律纳入。

很多商业保险报销都是以居民医保参保为前提，都是在基本医疗保险报销后再进行报销。比较起来，居民医保最具性价比。

居民医保缴费标准较低，参保不设门槛，没有年龄和健康状况的限制;在全国各地很多大医院住院还可以异地结算直接报销，非常方便;这都是其他医疗保险所不能比的，具有明显的优势。为自己参保，求一份安心;为儿女参保,献一份爱心;为父母参保，尽一份孝心。

1. 参加城乡居民医保缴了费却没用到是不是亏了?

不亏，您获得了一份保障，还有奖励。首先，您帮助了别人。您的钱为别人的困难作出了一定贡献，体现互助精神，这是大善事。

**其次，从2025年起，我省将对基金零报销人员建立零报销激励，当年没有报销，次年即可按规定提高大病保险最高支付限额至少 1000元。**

对连续参保人员，也有激励政策，连续参保4年后，从第 5年起，每多参一年可按规定提高大病保险最高支付限额至少 1000 元。就像买车险一样，难道也认为不出车险是自己亏了吗?

1. 大学生在家参保还是在学校参保呢?

根据规定，各类全日制普通高等学校(包括民办高校)中全日制本专科生、全日制研究生都可以参加高校所在地基本医疗保险。参保手续由学校统一办理，费用由学生个人承担，所在高校代收代缴。

近年来，我省大学在校生人数不断增多，为进一步提高大学生参保水平，省医保局联合省教育厅日印发了《关于做好大学生参加基本医疗保险相关工作的通知》，提出在自愿参保缴费和属地原则基础上，鼓励在校大学生参保,提高基本医疗保险覆盖面。

此外，对家庭经济困难大学生，个人应缴纳的基本医疗保险费和基本医保支付后应由个人负担的符合规定的医疗费用，通过医疗救助、家庭经济困难学生资助体系和社会慈善捐助等多种途径给予救助帮扶，切实减轻家庭经济困难学生的医疗费用负担。

1. 大学生毕业后如何继续参保?

应届毕业生虽然已经陆续离校，但在校期间缴纳的城乡居民医保报销待遇将延续至年底。医疗保障不断档，让处于身份转换期的毕业生也打消了后顾之忧。虽然应届毕业生相关待遇可延续至今年年底，但如果今年毕业的大学生选择自由职业和创业的，

应当及时按照灵活就业人员参加职工医保，或者在户籍地、常住地参加城乡居民医保，接续基本医保参保，保障基本医疗需求。

大学生毕业后，无论是选择参加工作、继续深造，还是灵活就业，都需要按规定参加基本医疗保险。基本医保对降低看病负担，维护生命健康有着不可替代的作用。应届毕业生在进入新角色的同时，也要关注自己的参保情况。

参加职工医疗保险是国家对劳动者合法权益的保护，也是用人单位的法定义务。用人单位以试用期等为由不为员工缴纳医保的均属于违法行为。此外，不少大学生毕业后选择继续攻读研究生，可以在就读高校或科研院所所在地继续参加居民医保，一般由所在高校或科研院所统一组织参加或集中办理。

1. 现在是现役军人，明年可能转业，以前一直没参保，是不是会受到影响，有等待期?

我国基本医保对退役军人参保不设等待期。退役后如就业可参加职工医保，未就业也可选择参加居民医保。

。

十四、很多人觉得医保费上涨，六口之家一年费用2000多元，确实是笔不小的支出?怎么看待这个问题?

客观讲，对一个人一定时期而言，2000多元确实较多，对农民而言，也是这样。但是我们的数据显示，很多家庭全家都参保，如果 2000多元一次性交齐有困难，可以先交2个人，再交2个人，并不是要求一次交齐，只需在居民医保集中征缴期缴费即可。

职工医保个人账户也可以共济给参加城乡居民医保的家属 。(国务院办公厅印发的《关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》明确，将职工医保个人账户共济范围扩大到近亲

属。其中，近亲属是指《民法典》中规定的配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。职工医保个人账户可用于支付近亲属参加居民医保的个人缴费.参加基本医疗保险的近亲属，也可以在报销医疗费用时，使用关联的职工医保参保人的个人账户来结算。)但是，我们也看到一个现象，很多人说医保费高，交不起，但是红白喜事一上就是好几百，每月烟该抽还抽，酒该喝还喝，参加聚会请客吃饭动辄就是几百元，其实这些费用但凡省出点，医保费就有了。

1. **一旦不参保，你将失去的待遇。**
2. 失去财政补贴 670 元。2025年财政补贴增加额高于个人缴费增加额。

2.失去普通门诊保障待遇。参保人每个年度可以享受350元的门诊统筹报销待遇，报销比例50%，一些常见病的日常用药完全可以通过门诊解决;“两病”患者另外可以再享受100-150元的高血压和糖尿病门诊用药待遇。

3.失去门诊慢特病待遇。37种门诊慢特病报销比例在60%以上，11种门诊特殊疾病不封顶。

4.失去住院报销待遇。政策范围内报销比例达到70%左右，基本医保年封顶线15万元。

5.失去大病报销待遇。大病保险不用另行缴费,参加基本医保，自动享受大病报销待遇，年封顶线35万元。

6.失去医疗救助待遇。医疗救助对困难群众参保给予资助，对医疗费用负担较重者给予医疗救助，年封顶线4万元;对困难群众身份认定前依申请救助，年封顶线4万元;对规范转诊且在省

域内定点医疗机构就的医疗救助对象，按规定给予倾斜救助，城乡特困人员、孤儿不设年封顶线，其他对象年封顶线8万元。

7.失去医保监管的帮助。有医保监管的情况下，医疗机构和医务人员医疗行为相对更加规范，过度医疗和医疗不足远远少于医保外诊疗行为，且一旦遇到医保费用方面的纠纷，可以向医保部门投诉和求助。

8.失去国谈药品和集采药品的价格优惠。创新药通过医保药品谈判进入医保目录后，价格大幅下降。没有医保就享受不到这 个优惠价格。

9.失去新生儿的优惠政策。新生儿在出生后90 天内参保，可以享受自出生之日的医保报销。

10.失去生育医疗费用报销待遇。现在不仅参加职工医保可以报销生育医疗费用，参加居民医保同样可以报销生育医疗费用。

11.失去商保直接结算的机会。很多商保产品与基本医保快速结算，快速理赔。没有基本医保，还需要自己拿着各种单据去商保手工报销。

12.失去慈善救助机会。医保部门即将推进一单一清分，助力慈善救助资源为参保人提供服务。

13.失去其他社会资源机构救助机会。医保与农业农村乡村振兴有数据信息共享，对符合条件的防返贫监测对象开展及时救助。

14.失去“连续参保激励和基金零报销激励”。从2025 年起，对连续参保满4年的人员，每多参保1年，即可提高大病保险最高支付限额至少1000元。当年基金零报销人员，次年也可以提高大病保险最高支付限额至少1000元。这个奖励远高于个人缴费的 400元。

参保对象本市行政区域内除职工基本医疗保险参保人员以外的所有城乡居民（包括在校中小学学生、学龄前儿童和婴幼儿等）均纳入居民医保覆盖范围，不受户籍限制。

集中缴费期2024年9月1日至2024年12月31日。

待遇享受时间2025年居民医保待遇享受期自2025年1月至12月。

缴费标准2025年度居民医保个人缴费标准为400元/人/年。



以上同一对象符合多项资助缴费政策的，按就高不就低原则给予资助，不得重复资助。

1.未在集中缴费期内参保或未连续参保的人员，参保后按规定设置待遇等待期，待遇等待期内不享受居民医保待遇。

2.新生儿出生当年参保的，免缴参保费用享受当年居民医保待遇，次年按规定参保缴费。

3.缴费时请务必认真核对参保地是否正确，参保地信息无误后再缴费，以免因信息有误影响待遇享受。

七如何办理城乡居民参保缴费

1. 首次办理广水市城乡居民医保可通过鄂汇办APP、“湖北医疗保障”微信小程序/支付宝小程序和湖北省政务服务网等线上渠道进行参保登记，也可凭身份证在广水市、镇（街道）政务服务窗口现场办理。
2. 继续在上年参保地参保的直接缴费即可。可通过鄂汇办APP、“鄂汇办”支付宝小程序、楚税通APP、湖北省电子税务局PC端等线上缴费；也可到税务服务大厅、协议代征银行网点（如：我市的代征银行有农村商业银行、邮政储蓄银行等）等线下缴费。具体可咨询税务部门，电话：0722-6297608

（三）**不在上年的参保地参保的要办理上一年参保地的“参保暂停”后（不影响本年度12月31日前居民医保待遇享受），**再在新参保地办理参保登记，在税务缴费端确认了是新年度的参保地后缴费即可。**(上年度在异地参保后现在参保信息暂停待遇不暂停，可以用到12月31日)**