海南省医疗保障局全方位多角度解读医保政策

医疗保障小知识科普来啦！

医疗保障是事关人民群众健康福祉的重大民生工程，是全面建成小康社会的重要民生指标，是社会和谐稳定的“压舱石”。党的二十大报告提出，健全覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的多层次社会保障体系。

为进一步提高医疗保障政策的知晓率，让群众全面了解医疗保障政策、享受医疗惠民政策，提高人民群众医疗保障的获得感、幸福感和安全感，法治时报联合海南省医疗保障局推出医疗保障知识科普专版，全方位多角度解读医保政策。

1. 基本医疗保险有哪些类型？如何选择适合自己的基本医疗保险？

答：目前我国基本医疗保险有两种，分别是城镇从业人员基本医疗保险（简称职工医保）、城乡居民基本医疗保险。

职工医保主要面向单位的职工，如果有了正式工作，就能够在单位参加职工医保；进城务工的农民工也有权参加职工医保，只要是有就业单位、签订劳动合同并与用人单位建立稳定劳动关系的劳动者，用人单位应依法按照国家规定明确缴费责任，为其参加职工医保。

如果不是单位职工，参加医保有两个选择：第一个是参加城乡居民基本医疗保险，能够在个人缴费基础上享受财政补助；第二个还是参加职工医保，不过是灵活就业人员的职工医保，以个人身份参加城镇从业人员基本医疗保险，由个人按照规定缴纳基本医疗保险费。

2. 哪些人员可以参加我省城乡居民基本医疗保险？

答：一是具有本省户籍，未纳入城镇从业人员基本医疗保险制度覆盖范围的人员。二是在本省就读的学生。三是已经取得本省居住证，且未在原籍参加基本医疗保险的外省户籍非从业人员。四是已经取得本省港澳台居住证，未就业的港澳台人员。五是已经取得本省居留证，未就业的外籍人员。六是本省不能足额享受城镇从业人员基本医疗保险待遇且确无能力补缴的退休人员。七是无能力缴费的国有困难企业职工。八是高层次人才未就业的配偶、直系亲属和身边服务人员。九是父母任一方参加我省基本医疗保险的子女。十是服刑人员。

3. 参加我省城乡居民基本医疗保险享受什么待遇？

答：一是参保人员在集中征缴期参保缴费后，于次年1月1日至12月31日享受待遇。二是大、中专在校生待遇享受期为学制年度内每年的9月1日至次年的8月31日，毕业当年度待遇享受期至12月31日。三是新生儿自出生90天内（含）凭新生儿相关证明办理当年城乡居民基本医疗保险参保缴费手续，自出生之日起按规定享受当年度和次年度城乡居民基本医疗保险待遇。四是本省户籍的高校毕业生、退役士兵回到本省，无法足额享受城镇从业人员基本医疗保险待遇且自愿选择参加城乡居民基本医疗保险的退休人员，无能力缴纳城镇从业人员基本医疗保险的国有困难企业职工，中断缴纳城镇从业人员基本医疗保险的参保人员，经我省认定的高层次人才未就业配偶、直系亲属和身边服务人员，服刑人员和刑满释放人员，凭相关证明在90天内（含）办理当年度城乡居民基本医疗保险参保缴费手续，自参保缴费后享受当年度的城乡居民基本医疗保险待遇。超过90天（不含）办理参保缴费手续的，缴费标准和待遇享受按照海南省基本医疗保险待遇衔接有关规定执行。

待遇包括基本医疗保险对“两病”（高血压、糖尿病）门诊用药、普通门诊、门诊慢性特殊疾病和住院合规费用的报销及城乡居民大病保险报销。

4. 参加我省城镇从业人员基本医疗保险享受什么待遇？

答：城镇从业人员基本医疗保险有统筹基金支付待遇和个人账户待遇。其中以用人单位身份参加的从业人员和失业保险金代缴基本医疗保险费的失业人员享受个人账户待遇、统筹基金支付待遇（包含生育医疗费用和生育津贴的生育保险待遇）；无雇工的个体工商户、未在用人单位参加基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员退休前享受统筹基金支付待遇（含仅享受生育医疗费用的生育保险待遇），退休后享受个人账户待遇和统筹基金支付待遇。

统筹基金支付待遇包括基本医疗保险待遇、大额医疗费用补助待遇、生育保险待遇、基本医疗保险保障范围：普通门诊、52种门诊慢性特殊疾病、普通住院；大额医疗费用补助范围：住院、52种门诊慢性特殊疾病；生育保险待遇：生育医疗费用和生育津贴。

普通门诊待遇：符合条件足额享受待遇的参保人在定点医疗机构普通门诊就医，其符合基本医疗保险规定范围的医疗费用，统筹基金支付标准一是一级及以下定点医疗机构年度起付标准为10元、二级定点医疗机构年度起付标准为50元、三级定点医疗机构年度起付标准为100元。与门诊慢性特殊疾病、住院合并计算。二是年度累计最高支付标准（含一般诊疗费），在职人员为1500元、退休人员为2000元，计入统筹基金年度最高支付标准内。三是统筹基金和参保人员按比例分担，一级及以下定点医疗机构，统筹基金支付比例为70%，个人支付比例为30%；二级定点医疗机构统筹基金支付比例为60%，个人支付比例为40%；三级定点医疗机构统筹基金支付比例为50%，个人支付比例为50%。

门诊慢性特殊疾病待遇：参保人门诊慢性特殊疾病待遇实行部分病种按住院比例报销，部分病种按定额报销。患慢性肾功能衰竭需同时进行血液、腹膜透析治疗的，按血液透析定额标准执行。泌尿系统疾病液碎石治疗的，医疗费用单列结算，不影响其他门诊慢性特殊疾病待遇。一级及以下定点医疗机构不设起付标准；二级及以上定点医疗机构设起付标准，起付标准与普通门诊、住院合并计算。泌尿系统疾病液碎石治疗、精神病积极转病不设起付标准。

住院待遇：参保人住院治疗发生的符合基本医疗保险规定范围的医疗费用，统筹基金支付时设年起付标准、年最高支付限额和支付比例。一是一个自然年度内，从业人员在定点医疗机构住院起付标准为一级定点医疗机构300元，二级定点医疗机构600元，三级定点医疗机构800元；退休人员在定点医疗机构住院起付标准为一级定点医疗机构200元，二级定点医疗机构400元，三级定点医疗机构600元。二是一个自然年度内，参保人住院统筹基金最高支付限额（包括门诊和门诊慢性特殊疾病）为26万元。三是符合条件足额享受待遇的参保人在起付标准以上、最高支付限额以下医疗费用的分担比例为，从业人员在一级定点医疗机构就医的，统筹基金支付比例和个人负担比例分别是90%和10%；在二级定点医疗机构就医的，统筹基金支付比例和个人负担比例分别是88%和12%；在三级定点医疗机构就医的，统筹基金支付比例和个人负担比例分别是85%和15%。退休人员在定点医疗机构就医的，统筹基金支付比例和个人负担比例分别是90%和10%。四是一个自然年度内，参保人多次普通门诊、门诊慢性特殊疾病、住院治疗且所在定点医疗机构级别不同的，起付标准累计计算。

5. 我省职工医保的参保人员个人账户使用范围是什么？

答：一是支付参保人本人及其配偶、父母、子女在定点医药机构就医或购买药品、医疗器械、医用耗材等应由个人负担的医药费用。二是缴纳参保人配偶、父母、子女的城乡居民基本医疗保险费。

6. 当前我省基本医疗保险的门诊慢性特殊疾病种有多少种？

答：52种。各种恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭、器官移植术后、脑血管意外后遗症、帕金森病（综合征）、高血压病、糖尿病、慢性再生障碍贫血、精神病、结核病、泌尿系统震波碎石治疗、肝硬化、系统性红斑狼疮、心脏病、血管支架植入术、心脏瓣膜置换抗凝治疗、重症肌无力、强直性脊柱炎、肾病综合征、系统性硬化症、运动神经元病、骨髓增生异常综合症、血友病、原发性青光眼、癫痫病、慢性阻塞性肺疾病、小儿脑性瘫痪、性早熟、小儿智力障碍、广泛性发育障碍、地中海贫血（中间型、重型）、类风湿性关节炎、风湿性关节炎、甲状腺功能亢进症、甲状腺功能减退症、阿兹海默病（症）、慢性乙型病毒肝炎、丙型病毒肝炎、黄斑病变、肺动脉高压、银屑病、多发性硬化症、艾滋病、肢端肥大症、C型尼曼匹克病、中重度特应性皮炎、克罗恩病、血小板减少症、特发性肺纤维化、亨廷顿病、肌萎缩侧索硬化和过敏性哮喘。

医院导诊人员给患者讲解使用医保电子凭证知识

7. 用人单位应当自用工之日起多少日内为其职工向经办机构申请办理医疗保险登记？

答：30日内。

8. 城镇从业人员基本医疗保险费率为多少？

答：单位8.5%，个人2%；灵活就业人员缴费比例为6%。

9. 职工基本医疗保险参保人员如何办理基本医疗保险关系跨省转移接续？

答：参保人员转移接续申请成功受理后，转出地经办机构完成基本医疗保险关系转出，生成《参保人员基本医疗保险信息表》，核对无误后，将带有电子签章的《信息表》同步上传到医保信息平台，经医保信息平台传送至转入地经办机构；若个人账户有未划拨余额的，办理个人账户余额划转手续。

转入地经办机构收到《信息表》后，核对相关信息将《信息表》同步至本地医保信息平台，完成基金医疗保险关系转入。

转入地经办机构收到转出地经办机构划转的个人账户余额，与业务档案匹配并核对个人账户转移金额，核对无误后可将个人账户金额计入参保人员的个人账户。

10. 我省退休人员医疗待遇按性别实行累计缴费年限，男性需满三十年、女性需满二十五年，缴费年限不足的每少一年，待遇标准降低多少？

答：每减少一年降低3%。

11. 参保人退休后如果缴费年限不足，需要办理基本医疗保险退休一次性补缴，补缴标准是多少？

答：从未参加基本医疗保险的退休人员，可以在一次性缴纳10年基本医疗保险补偿费后，按条例规定享受待遇。参加基本医疗保险的退休人员，缴费年限未达到女性25年，男性30年的，可以一次性缴纳余期应当缴纳的基本医疗保险费，补足后足额享受待遇，月补缴标准为当年灵活就业人员的缴费标准，即上年社会平均工资的6%。

12. 失业人员领取失业保险金期间，其本人按照生育保险政策享受生育医疗费用报销待遇，是否可以享受生育津贴待遇？

答：2023年1月31日前不可以。2023年2月1日后新生育条例细则第十一条规定，领取失业保险金人员应当参加生育保险，所需资金从失业保险基金中列支，按规定享受相应的生育保险待遇。因此，自2023年2月1日后，符合条件的领取失业保险金人员可以发放生育津贴。

13. 跨省异地就医备案人员分哪三类？

答：一是跨省异地长期居住人员：异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保地以外工作、居住、生活的人员。二是跨省临时外出就医人员：因病情需要转诊至省外异地治疗人员；因工作、旅游等原因在参保地以外急诊治疗或抢救人员；患有各种恶性肿瘤、器官移植、罕见病及精神类疾病的参保人员。三是其他跨省外出就医人员（上述两类情形以外的其他外出就医人员）。

14. 跨省异地就医备案有效期限是多长？

答：跨省异地长期居住人员办理异地就医备案手续后，备案长期有效；跨省临时外出就医人员、其他跨省外出就医人员备案有效期1年；参保人员可根据就医需求通过线上或线下渠道办理变更、取消备案手续。

15. 跨省异地就医的支付范围和待遇标准是如何规定的？

答：跨省异地就医直接结算的基本医疗费用（含住院、普通门诊、门诊慢特病），执行就医地的医保目录和相关规定，执行我省基本医疗保险的待遇标准及门慢特疾病病种。

16. 跨省异地就医人员报销医保待遇政策是如何规定的？

答：办理跨省异地长期居住备案人员可以在备案地和参保地双向享受医保待遇，结算时不降低报销比例；跨省临时外出就医人员，办理或补办跨省异地就医备案手续的，结算时不降低报销比例；其他跨省外出就医人员，通过个人承诺制方式办理跨省异地就医备案手续的，结算时其基本医疗保险待遇降低20%。

17. 我省医疗救助办法规定的医疗救助对象如何划分？

答：一是重点救助对象，一类人员为特困人员、孤儿；二类人员为最低生活保障对象、农村返贫致贫人口。二是低收入救助对象，即低收入家庭成员、农村易返贫致贫人口。三是支出型贫困救助对象，即因病因灾因意外事故等刚性支出较大导致基本生活出现严重困难的大病患者。同时符合以上多重救助身份的人员按就高不就低原则给予救助，不得重复享受医疗救助待遇。

患者在窗口办理住院手续

18. 我省医疗救助对象如何认定？

答：一是重点救助对象和低收入救助对象需经本省各级民政、乡村振兴等部门认定。二是支出型贫困救助对象认定应当同时符合以下条件：（1）具有本省户籍人员。（2）申请之日前12个月家庭总收入扣除合规个人负担医疗费用后，人均可支配收入不超过12个月城镇（农村）最低生活保障标准。（3）家庭现金、存款及有价证券总金额在按照城镇（农村）最低生活保障标准扣除12个月的生活费后，低于合规个人负担医疗费用；家庭人均住房建筑面积低于当地的上年度人均住房建筑面积；家庭成员名下均无商事登记信息（无雇员的夫妻小作坊、小卖部除外）。

19. 我省医疗救助如何进行？

答：采取资助参保、门诊救助、住院救助和其它救助等方式进行。

（1）资助参加城乡居民基本医疗保险。重点救助对象中的一类人员参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分给予全额财政补助。重点救助对象中的二类人员，农村易返贫致贫人口、低收入家庭成员中的一、二级重度残疾人、未成年人（未满十八周岁）、老年人（年满六十周岁及以上）参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分给予90%财政补助。低收入家庭成员中三、四级非重度残疾人参加城乡居民基本医疗保险个人缴费部分给予50%财政补助。具备多种身份的人员，按照可享受的最高资助标准给予补助，不得重复补助。

（2）普通门诊救助。重点救助对象在定点医药机构发生政策范围内的普通门诊治疗费用，经基本医疗保险报销后，一类人员和二类人员的合规个人负担费用分别给予100%、80%救助，年度最高救助限额2000元。

（3）门诊慢特病和住院医疗救助。①门诊慢特病和住院医疗救助累计计算年度（指自然年度，下同）救助金额，合规个人负担费用在年度救助限额内按分段累进方式进行救助。②重点救助对象中一类人员在定点医药机构发生的门诊慢特病和住院医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险或城镇从业人员大额医疗费用补助等报销后，合规个人负担费用予以全额救助，年度救助无限额。③重点救助对象中二类人员在定点医药机构发生的门诊慢特病和住院医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险或城镇从业人员大额医疗费用补助等报销后，合规个人负担费用在1万元以内（含）的按80%救助，超过1万元（不含）的按85%救助，年度最高救助限额8万元。④低收入救助对象在定点医药机构发生的门诊慢特病和住院医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险或城镇从业人员大额医疗费用补助等报销后，合规个人负担费用超过本省上年度公布居民人均可支配收入10%的部分按60%救助，超过本省上年度公布居民人均可支配收入20%的部分按65%救助，年度最高救助限额6万元。⑤支出型贫困救助对象在定点医药机构发生的门诊慢特病和住院医疗费用，经基本医疗保险、城乡居民大病保险或城镇从业人员大额医疗费用补助等报销后，合规个人负担费用在本省上年度公布居民人均可支配收入25%的部分按50%救助，超过本省上年度公布居民人均可支配收入35%的部分按55%救助，年度最高救助限额4万元。

（4）除重点救助对象中一类人员外，其他救助对象中的14周岁以下（含）未成年人，救助比例和年度最高救助限额按照以上对应标准基础上增加10%。

（5）对救助金额已达到年度最高限额，但个人负担费用仍较大，导致基本生活难以保障的救助对象，经县级及以上政府同意，其发生政策范围内的门诊慢特病和住院医疗费用可按不超过90%的比例救助。

（6）救助对象因未参加我省基本医疗保险或因个人原因未按规定办理逐级转诊手续的，政策范围内个人负担的门诊慢特病和住院医疗费用，可按照以上对应类别救助标准的50%给予一次性救助。

（李崇育）