

济宁市居民医疗保险服务指南

(2023年9月)

一、参保范围

我市行政区域内不属于城镇职工基本医疗保险参保范围的城乡居民，包括农村居民、城镇非从业居民、各类全日制高等院校和中等职业学校的学生、国家和省规定的其他人员。

二、参保缴费

1、居民医保缴费分为个人缴费和政府补助两部分，筹集后直接划入居民医保基金；居民大病保险无需单独缴费。

2、根据全省统一规定，每年9月1日至12月31日为下一年度城乡居民医保参保缴费期。城乡居民可在参保缴费期内持户口簿(或居住证)、身份证至户籍所在地的镇街医保服务站办理参保登记，也可以通过“济宁医保”微信、支付宝小程序为自己办理或为家人代办参保登记。参保登记完成后，可以通过“山东税务社保费缴纳”微信小程序等税务部门提供的缴费渠道进行缴费。居民在集中征缴期按时缴纳医保费的，自次年1月1日起享受居民基本医疗保险待遇；次年1月1日后缴费的，居民缴纳个人缴费部分后，设置3个月的待遇享受等待期。对低保对象、特困人员、等低收入人口和返贫致贫人口等特殊人员，不设置待遇等待期。

3、根据政策要求，新生儿自出生之日起6个月内办理基本医疗保险参保手续并缴费的，自出生之日起享受基本医疗保险待

遇；超过6个月的，自缴费的次月起享受基本医疗保险待遇；超过12个月的，按普通居民缴费及享受待遇相应政策规定执行。

三、医疗保险待遇

居民医疗保险待遇包括基本医疗保险待遇、大病保险待遇和国家、省规定的医疗保险待遇，其中基本医疗保险待遇包括普通门诊统筹、“两病”门诊用药保障、门诊慢性病、分娩医疗待遇、无责任人的意外伤害和住院医疗报销待遇。

（一）普通门诊统筹。

1、待遇标准。一个年度内，参保居民在乡镇（街道）卫生院、社区卫生服务中心（含基层中医药机构）发生的医保统筹支付范围内的普通门诊医疗费用，不设起付标准。与辖区内家庭医生团队签约的参保居民发生的范围内普通门诊医疗费用，由门诊统筹基金支付60%；未签约的，由门诊统筹基金支付50%。一个年度内，居民医疗保险普通门诊统筹基金最高支付限额为300元。

2、就医范围。居民门诊统筹不再实行定点签约就医管理，门诊统筹定点医疗机构扩大至市内所有基层定点医疗机构，参保人员在市内门诊就医不受跨乡镇（街道）和县（市、区）限制，可自主选择市内基层定点医疗机构就医。参保人员在基层定点医疗机构就诊发生的普通门诊医疗费用实行即时联网结算。

（二）“两病”门诊用药保障。

1、经一级及以上医疗机构诊断，明确患有“两病”（高血

压、糖尿病)确需采取药物治疗的患者,其在二级及以下定点基层医疗机构门诊发生的降血压、降血糖药品费用纳入居民医保统筹支付范围,不设起付标准,政策范围内支付比例为70%。一个自然年度内高血压患者、糖尿病患者最高支付限额为300元,合并高血压糖尿病患者以及糖尿病使用胰岛素患者最高支付限额为600元。

2、已纳入门诊慢性病保障范围的“两病”患者的待遇,继续执行现行政策,门诊慢性病与“两病”待遇政策不得重复享受。

3、“两病”发生的药品费用达到医保基金支付限额的,可享受普通门诊统筹医疗待遇。普通门诊统筹待遇、门诊慢性病待遇和“两病”门诊用药待遇年度最高支付限额分别计算、费用单独结算、基金单独支付。

(三) 分娩医疗待遇。

参保人员符合计划生育政策分娩发生的医疗费实行定额结算,顺产定额标准为500元,剖宫产定额标准为1800元,低于定额的按实际发生额结算。参保人员因生育引起的疾病发生的医疗费用,纳入居民基本医疗保险支付范围,按居民基本医疗保险政策规定办理。

(四) 无责任人的意外伤害。

1、无责任人的意外伤害发生的住院医疗费用,执行同级医院支付比例的60%,一个年度内最高支付限额3万元;

2、学生及其他未成年人发生无责任人的意外伤害事故的门诊

诊医疗费用，基本医疗保险基金支付比例为 80%，一个年度内最高支付限额为 1500 元。

（五）本地住院报销待遇。

人员类别	起付标准（元）			报销比例			基本医疗 报销限额
	一级医院	二级医 院	三级医 院	一级医 院	二级医 院	三级医 院	
成年人	100	400	800	85%	75%	60%	15 万元
未成年人	100	400	800	90%	80%	65%	

（六）居民大病保险待遇。

1、我市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（含）以上、10 万元以下的部分报销 60%，10 万元（含）以上、20 万元以下的部分报销 65%，20 万元（含）以上、30 万元以下的部分报销 70%，30 万元（含）以上的部分报销 75%。一个医疗年度内，居民大病保险每人报销限额为 40 万元。

2、一个自然年度内，符合政策规定的特药费用，起付标准 2 万元，支付比例 80%，最高支付 40 万元。

3、对将治疗戈谢病、庞贝氏病和法布雷病等三种罕见病特殊疗效药品纳入居民医保省级统筹大病保险保障范围，对三种罕见病必需的特殊疗效药品费用制定单独的支付政策，单独列支费用，起付标准为 2 万元，2 万元-40 万元以下的部分基金支付 80%，40 万元（含）以上的部分基金支付 85%，一个年度内每人最高支付 90 万元。

（七）医疗救助待遇。

1、特困人员、低保对象和返贫致贫人口门诊慢性病和住院医疗费用，经基本医保、大病保险报销后，医疗救助不设起付线，个人自付政策范围内医疗费用给予70%的救助，年度救助限额6万元；对经基本医保、大病保险、医疗救助报销后，政策范围内门诊慢性病和住院医疗费用个人负担仍然较重的，超过5000元的部分按70%给予再救助，年度救助限额2万元。

2、低保边缘家庭成员及防止返贫监测帮扶对象，经基本医保、大病保险报销后，政策范围内个人负担费用超过3000元以上的部分按60%比例给予救助，年度救助限额1万元。对经基本医保、大病保险和医疗救助报销后，政策范围内门诊慢性病和住院医疗费用个人负担仍然较重的，超过10000元的部分按70%给予再救助，年度救助限额2万元。

3、医疗救助对象门诊慢性病医疗救助（含再救助）与住院救助的起付标准、限额，累计计入年度医疗救助起付标准、限额。门诊慢性病医疗救助报销比例与住院同等标准。

4、救助对象在定点医疗机构发生的住院费用和门诊慢性病费用，按医保帮扶政策报销后需个人自负的费用纳入医疗救助范围，但不包含以下费用：医保目录中的乙类药品、医疗服务项目（设施）、医用耗材个人首先自付费用；药品、医疗服务项目（设施）、医用耗材超过医保支付标准部分的费用；医疗保险目录外

由个人全额支付的药品、医疗服务项目（设施）、医用耗材的费用。

5、对经认定符合因病致贫重病患者医疗救助待遇条件的，经基本医保、大病保险报销后，政策范围内个人负担费用超过起付标准以上的部分，按 60%比例给予救助，年度救助限额 1 万元。个人负担费用可追溯至自申请之月前 12 个月（不含申请当月），一次身份认定享受一个医疗年度救助待遇和申请年度救助限额，一个自然年度内不得重复申请，救助时间区间不重叠计算。

6、上述范围以外的其他人员，不享受医疗救助政策。

四、下列情形不纳入居民基本医疗保险基金支付范围

- （一）应当从工伤保险基金中支付的医疗费用；
- （二）应当由第三人负担的医疗费用；
- （三）应当由公共卫生负担的医疗费用；
- （四）在境外就医的医疗费用；
- （五）因本人违法犯罪、戒毒戒瘾、打架斗殴、自杀自残（有明确精神病诊断的除外）等原因发生的医疗费用；
- （六）因医疗事故发生的医疗费用；
- （七）各种健康体检发生的医疗费用；
- （八）其他不符合居民基本医疗保险基金规定支付范围的医疗费用。