

五华县2025年度城乡居民医保参保缴费已全面启动

全民医保惠及万家



▲工作人员向村民解释政策内容。

部署2025年度医保征缴工作

本报讯 近日,五华县召开2025年度城乡居民医保征缴推进会暨医保基金监管工作会议。副县长丘武秋参加会议。

会上,传达了梅州市2025年度城乡居民医保征缴工作推进会及市领导专题调度居民医保征缴有关工作会议精神,部署了五华县2025年度城乡居民医保参保缴费工作;通报了江苏省无锡市虹桥医院骗取医保典型案例,2024年梅州市定点医疗机构医保基金监管核查情况,部署下一步医保基金监管工作,并对医保基金监管工作纪律要求进行了强调。

会议指出,医保基金平稳健康运行是医保制度可持续的基本保证,要深入贯彻落实中央、省、市有关全民参保、基金监管工作的有关要求。当前参保工作、基金监管工作形势依然严峻复杂,各镇、各相关部门要提高政治站位,强化责任担当,以更高的标准、更实的举措,全力推进2025年度城乡居民医保参

保缴费工作和扎实做好医保基金监管工作。

会议强调,在医保参保方面,一要统一思想。各镇、各有关部门要增强城乡居民医保征缴工作的责任感、使命感、紧迫感,全力抓好这件事关人民群众健康福祉的大事要事。二要压实责任。要坚持统筹高效抓宣传、抓服务、抓责任、抓举措,结合个人缴费标准变化、国家出台参保长效机制、医保惠民政策的推出等新形势和新变化,创新工作举措,高质高效推动今年的参保征缴工作。三要加强指导。2025年度城乡医保参保征缴工作指导组要对各镇、有关部门的参保征缴工作进行督促指导,检查进度,分析问题,提出要求,整体推进工作落实。要强化考核,将参保征缴完成情况纳入县对各镇的年度考核,提高责任意识,确保五华县如期完成2025年度征缴任务。在基金监管方面,一是思想认识要更加到位。医保基金是医保制度的基础,是人民“病有所医”的资金

保障。要增强维护基金安全的责任意识,切实守好人民群众的“看病钱”“救命钱”。二是监管责任要更加明确。医保部门要压紧压实医保基金监管的主体责任,强化对定点医药机构医保基金使用情况的监督,靶向发力、精准监管,不断筑牢医保基金监管“防火墙”。三是监管措施要更加有力。要加大监管力度,加强智能监管系统数据的运用,持续通过专项检查、经办稽核、智能监管等方式加大监管力度,努力做到检查一个、查透一个、规范一个,加快形成综合监管态势。要畅通投诉举报渠道,落实举报奖励办法,加强对医保经办机构医保协议签订、履行等情况的监督,促进医保经办机构业务规范。四是监管机制要更加完善。要健全完善日常监管办法,细化监督检查工作规范和要求,完善部门间协同监管机制,完善定点医疗机构内部管理制度,确保医保基金安全规范使用。

(五华新闻)

下沉乡村举办综合宣传活动

本报讯 日前,驻镇帮镇扶村工作队、税务局、医保局工作人员以及镇驻村团队、禁毒办成员齐聚周江镇红源村,共同开展“百千万工程”、医保缴费、禁毒及森林防火等工作的宣传活动。此次活动旨在提高村民对相关政策的知晓率,增强村民的法治意识和自我保护能力。

活动现场,各部门工作人员通过悬挂横幅、发放宣传资料、现场解答疑问等多种方式,向村民普及“百千万工程”的政策

内容,详细解读医保缴费的重要性和缴费流程,同时宣传禁毒知识和森林防火的紧迫性。村民们积极参与,纷纷表示通过此次活动,对相关知识、政策等有了更深入的了解。

驻镇帮镇扶村工作队队长边侠表示:“红源村作为典型村,我们希望通过这样的宣传活动,将政策和服务送到村民家门口,真正做到为民服务解难题。”

据统计,活动当天共发放各类宣传资

料三百余份,接受村民咨询百余次。此次宣传活动的成功举办,不仅为红源村村民提供了一个了解政策、学习知识的平台,也为后续推动村级各项工作的顺利开展奠定了坚实基础。

接下来,红源村将继续深化“百千万工程”的实施,加大医保、禁毒及森林防火等各项工作的宣传力度,努力构建和谐稳定的乡村治理新格局,为村民创造更加美好的生活环境。

(五华新闻)

五华县2025年度城乡居民医保参保缴费政策

一、缴费标准

2025年度居民医保筹资标准为1070元,其中财政补助每人每年670元,个人缴费标准为每人每年400元。参保人员应按个人缴费标准,一次性足额缴纳全年居民医保费。

二、缴费和待遇享受时间

(一)集中缴费期从2024年9月15日至2024年12月31日。此期间缴费的,待遇享受有效期为2025年1月1日起至2025年12月31日止。

(二)2025年6月30日前办理补缴的,按当年度个人缴费标准400元缴费;2025年7月1日至2025年9月30日期间办理补缴的,按当年度居民医保全额筹资标准1070元(个人缴费+财政补助)缴费。自2025年起,除新生儿等特殊群体外,对非集中征缴期缴费参保人员按国家规定设置了待遇等待期。

三、参保缴费方式

(一)普通居民缴费。除享受政府全额资助参保的特殊人群外,所有居民医保参保人员可根据实际情况,通过线上或线下方式进行缴费。其中线上可通过粤医保、粤省事、粤税通等渠道;线

下可通过农商、邮政银行窗口、税务部门窗口、签约银行扣款等方式。

(二)在校学生缴费。按照属地管理原则,各中职学校以学校为单位在学校所在地集中办理参保手续。在校学生属资助参保救助对象、残疾人等特殊人员的,可在身份认定地区参保,其他在校学生学籍地医保经办机构办理新参保登记和缴费手续。

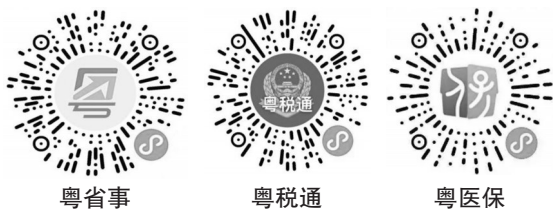
(三)特殊人员缴费。民政部门认定的特困人员、孤儿、事实无人抚养儿童、低保对象、低保边缘家庭成员和农业农村部门认定的农村易返贫致贫人口,其个人缴费部分由医疗救助全额资助参保。重度残疾人员、农村纯生二女结扎的夫妇双方及其年龄在14周岁以内的女孩、优抚对象等享受当地政府全额资助参保的人员,其个人缴费由县级政府统筹安排给予全额补助。

四、温馨提示

(一)新生儿不受户籍和居住地限制,可凭出生证落地参保。

(二)扩大职工医保个人账户共济范围,职工医保个人账户可用于支付参保人员近亲属参加居民医保的个人缴费。

五华县医疗保障局
2024年9月18日



城乡居民医保参保政策 热点问答最新发布

问题一:为什么要参加城乡居民医保?

答: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。基本医保没有参保门槛,为广大群众提供了基本、可靠和安全的医疗保障。居民医保成本低,平均每天一块多钱,群众能用低成本获取对自己健康的保障。基金的“池子”要靠所有城乡居民的共同“注水”才能做大做强,只有人人参加基本医疗保险,“池子”才会不断扩容增量,保障水平才能整体提升。

问题二:参加城乡居民医保,可以享受哪些保障?

答:城乡居民医保缴纳一次保障一年,不论身体好坏、年龄大小都可以参保。城乡居民只要按规定缴费参加居民医保,就可以享受相应的待遇,包括住院医疗、普通门诊、门诊慢性病、门诊特殊疾病、大病保险、糖尿病、高血压用药保障以及生育医疗等多方面保障。

问题三:为什么居民医保缴费标准需要提高?

答:2025年度医保筹资标准达到1070元,其中个人每交400元,政府就补助670元,政府补助的钱占了大头。缴费标准提高的主要原因是随着经济社会发展,新医药、新技术广泛应用,目录等医保报销范围不断扩大,待遇保障水平不断提高。如果缴费标准还维持在原来水平,医保基金就会不可持续,群众就医就无法有效保障。为最大限度减轻参保缴费负担,我市一直以来执行国家最低缴费标准。

问题四:现在不缴,如果生病了再中途缴费报销费用可以吗?

答:不可以。部分群众缺乏互助共济意识,身体健康时不愿参保,生病时选择性参保,或中青年不参保,只给看病多花钱多的老人小孩参保。国家不鼓励选择性参保,因为这样对那些连续参保缴费的人群来说是不公平的。从2025年起,国家规定对未在集中征缴期参保和中断缴费人员再参保都会有等待期,等待期内不享受居民医保待遇。

更多了解请关注微信公众号“梅州医保”。

2025年梅州市城乡居民医保缴费标准一览表

缴费时间		缴费人群范围		财政补助(元/人)	个人缴费(元/人)	享受待遇日期
集中缴费期	2024年9月15日至2024年12月31日	符合缴交居民医保的所有人员		670	400	2025年1月1日至2025年12月31日
	2025年1月1日至2025年6月30日	除符合中途参保人员外的其他人员		670	400	补缴费用后,待遇享受等待时间3个月
补缴期	2025年7月1日至2025年9月30日			0	1070	补缴费用后,待遇享受等待时间3个月
中途缴费期	2025年1月1日至2025年12月31日	困难群众	收入型医疗救助对象和纳入监测范围的农村易返贫致贫人口	670	0	从有关部门认定其医疗救助资格之日起享受居民医保待遇
			支出型医疗救助对象	670	400	从参保之日起享受居民医保待遇
		新生儿		670	400	1.出生6个月内参保的,其出生到参保前所发生的医疗费用给予支付;2.出生6个月后参保的,从参保次月起享受居民医保待遇;3.如新生儿出生6个月内死亡无法办理户籍的,可凭死亡医学证明在父亲或者母亲户籍地参加居民医保。
		其他人员	当年已办理职工医保中止手续的人员和退休且累计缴费未达到规定最低缴费年限的职工退休人员	670	400	从缴费次月起享受居民医保待遇
			外市就读回梅的应届毕业生,中途转入本市就读的全日制在校学生、学龄前儿童			
			新迁入本市户籍人员			
			刑满释放人员、退役士兵、重度残疾人等特殊群体			
			因特殊原因错过集中参保期的稳定脱贫人员			

2025年梅州市城乡居民医保报销待遇标准一览表

基本医疗保险							大病保险				
普通门诊			门诊特定病种			住院	门诊特定病种			住院	年度最高支付限额(万元)
医院等级	报销比例	年度最高支付限额(元)	医院等级	报销比例	年度最高支付限额	就医类型	医院等级和起付标准(元)	报销比例	年度最高支付限额(万元)	起付标准(元)	报销比例
						市内住院	一级:200 二级:450 三级:800	一级90% 二级80% 三级65%		10000	(10000-30000)×75% (30000以上)×85%
基层卫生院	60%	月限额50,年 限额300	不分等级	根据病种设置60%-90%	详见门特报销标准	异地已办备案	一级:200 二级:450 三级:800	一级80% 二级70% 三级60%	50	7000	75%
						异地自行就医	2000	一级70% 二级60% 三级45%		5000	(2000-30000)×80% (30000以上)×85%
										异地自行就医人员大病保险住院报销比例按市内住院的标准相应降低10%	